

S 3 Leitlinie

Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

LANGFASSUNG

Teilnehmende Fachgesellschaften und Verbände:



Deutsches Kollegium für
Psychosomatische Medizin
(DKPM) (*federführend*)
(Mandatsträger: Peter Henningsen)



Deutsche Gesellschaft
für Psychosomatische
Geburtshilfe und
Gynäkologie (DGPF)
(Mandatsträgerin:
Friederike Siedentopf)



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.
(DGPM) (*federführend*)
(Mandatsträger: Peter Henningsen)



Deutsche Gesellschaft
für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und
Hals-Chirurgie
(DGHNO)
(Mandatsträgerin: Astrid
Marek)



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und
Familienmedizin (DEGAM)
(Mandatsträger: Markus Herrmann)



Deutsche Gesellschaft
für Urologie (DGU) / AK
Psychosomatische
Urologie und
Sexualmedizin
(Mandatsträger: Dirk
Rösing)



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und
Nervenheilkunde (DGPPN)
(Mandatsträger: Volker Arolt)



Deutsche Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
(DGZMK) / AK
Psychologie und
Psychosomatik
(Mandatsträgerin: Anne
Wolowski)



Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie (DGCH) (Mandatsträger:
Marcus Schiltenswolf)



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie und
Geburtshilfe (DGOG)
(Mandatsträgerin:
Friederike Siedentopf)



Deutsche Gesellschaft für Innere
Medizin (DGIM) (Mandatsträger:
Hubert Mönnikes)



Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie (DGK)
(Mandatsträger: Karl-
Heinz Ladwig)



Deutsche Gesellschaft für
Neurologie (DGN) (Mandatsträgerin:
Marianne Dieterich)



Deutsche Gesellschaft
für Rheumatologie
(DGRh) (Mandatsträger:
Wolfgang Eich)



Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
(Mandatsträger: Gerd Rudolf)



Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) (Mandatsträger: Ulrich Schultz-Venrath)



Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
(Mandatsträgerin: Heide Glaesmer)



Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)
(Mandatsträger: Winfried Rief)



Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
(Mandatsträgerin: Alexandra Martin)



Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP)
(Mandatsträgerin: Caroline Herr)



Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
(Mandatsträger: Dennis Nowak)



Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
(Mandatsträger: Hubert Mönnikes)



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
(Mandatsträger: Marcus Schiltenswolf)



Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
(Mandatsträger: Uwe Gieler)



Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI)
(Mandatsträger: Uwe Gieler)



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
(Mandatsträgerin: Kirsten Mönkemöller)



Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM)
(Mandatsträger: Wolfgang Deetjen)



Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)
(Mandatsträger: Jürgen Matzat)

Steuerungsgruppe/ Redaktion:

Constanze Hausteiner-Wiehle, Rainer Schäfer, Winfried Häuser, Markus Herrmann, Joram Ronel, Heribert Sattel und Peter Henningsen

Weitere Autoren und Berater:

Gudrun Schneider, Michael Noll-Hussong, Claas Lahmann, Martin Sack, Emil Brodski, Ina Kopp

Externe Experten:

Nina Sauer, Antonius Schneider, Bernhard Arnold

Vorbemerkungen:

Zum Inhalt:

In dieser Leitlinie werden unter der Mitwirkung *verschiedenster Fächer* Informationen und Handlungsanweisungen für eine *Vielzahl unterschiedlicher Beschwerden* und Syndrome, und das auch noch *für die verschiedenen Versorgungsebenen* und dabei „*psychosoziale*“ *ebenso wie somatische*“ *Fächer* gegeben. Dieses Vorhaben setzt zwingend voraus, dass die Leitlinie zwar viele Querverweise zu spezielleren Quellen (v.a. deutsche Leitlinien zu speziellen funktionellen Syndromen und somatoformen Störungen) bietet, selbst viele Themen aber nur „*oberflächlich*“ streift (z.B. Syndrom-spezifische Pharmakotherapie und Psychotherapie). Die Mitwirkenden sind sich darüber im Klaren, dass viele Definitionen und Grenzziehungen (etwa „*somatisch*“ versus „*psychosozial*“, „*psychotherapeutisch*“ versus „*somatotherapeutisch*“, oder „*schulmedizinisch*“ versus „*komplementärmedizinisch*“), mit denen ja oft auch Zuständigkeiten bzw. „*claims*“ begründet werden, gerade bei der Thematik „*nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden*“ problematisch sind. Natürlich gibt es spezifische Diagnose- oder Therapieverfahren, die den dafür ausgebildeten Spezialisten vorbehalten sein sollten. Zu starke Polarisierungen und Zuständigkeitsgerangel führen aber häufig dazu, dass genuin *ärztliche* Aufgaben (wie die umfassende Anamnese, die Gesprächsführung, die Beratung hinsichtlich einer gesunden Lebensführung etc.) gar nicht mehr als wesentlicher Aufgabe *aller Disziplinen* betrachtet werden - obwohl sie doch gerade für die hier besprochene Patientengruppe von zentraler Bedeutung sind. Berufspolitische Abgrenzungen (nach dem Motto: Wem „*gehört*“ das Chronische Müdigkeitssyndrom? Wer „*darf*“ bestimmte Gesprächsinterventionen durchführen?) und damit mögliche spezielle Anliegen der beteiligten Fachgesellschaften werden deshalb hier nur in den seltensten Fällen thematisiert. Dafür liegt der Schwerpunkt auf der angestrebten Aufwertung basaler (und dadurch vielleicht manchmal banal erscheinender) Regeln für das ärztliche Handeln, die bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden die zentralen, oft sogar die einzig nötigen Interventionen darstellen – vielleicht auch, weil gerade diese Patienten besonders viele negative Vorerfahrungen im Gesundheitswesen haben.

Die Patientenzielgruppe dieser Leitlinie umfasst die in der Praxis aller medizinischen Disziplinen relativ große Gruppe von erwachsenen Patienten mit anhaltenden nicht-spezifischen, funktionellen bzw. somatoformen Körperbeschwerden. Kinder und Jugendliche, sowie Patienten mit klar definierten, hinreichend organisch begründeten Erkrankungen der jeweiligen Fachgebiete stellen keine Zielgruppen dar. (Obwohl die Leitlinie im Epidemiologie-Kapitel bereits kurz auch auf nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen eingeht, um die Behandler von Erwachsenen für die biographische Bedeutung des Themas zu sensibilisieren, wäre eine separate Leitlinie für Kinder und Jugendliche sinnvoll.)




Die Leitlinie soll also Standards für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschland setzen und ihre Anwender bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen unterstützen. Allerdings sollten Diagnostik und Behandlung, insbesondere Psychotherapie, immer individualisiert erfolgen und können bzw. sollen nicht vollends standardisiert werden. Letztendlich bleibt die diagnostische und therapeutische Verantwortung daher beim Behandler selbst. Darüber hinaus unterliegt die Medizin einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben dieser Leitlinie jeweils nur dem Wissensstand zur Zeit ihrer Entstehung entsprechen. Daher bitten wir, im Interesse der fortlaufenden Verbesserung der Empfehlungen, Fragen oder Anregungen der Steuerungsgruppe mitzuteilen.

Zum Format:

Vor allem im Interesse der Lesbarkeit und der Kürze dieser Leitlinien verwenden wir

- trotz des weitaus häufigeren Auftretens nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bei Frauen ausschließlich geschlechtsneutrale oder männliche Formen.
- als Adressaten überwiegend, aber keinesfalls ausschließlich Ärzte oder – allgemeiner – „Behandler“.
- die Bezeichnung „somatische Fachmedizin“ für alle „somatischen“ Fächer einschließlich der Zahnmedizin ohne hausärztliche und psychosoziale Fächer.
- die Bezeichnung „psychosoziale Fächer“ für die Psychosomatische Medizin, die Psychiatrie, die ärztliche (auch fachgebundene!) und psychologische Psychotherapie.
- Wo hilfreich oder erforderlich, sind den Statements und Empfehlungen in der Langfassung Kommentare, teilweise auch Abbildungen, nachgeordnet. Das zugehörige Gesamtliteraturverzeichnis befindet sich am Ende des Dokuments.
- Einigen Empfehlungen folgen, sowohl in der Kurz- als auch in der Langfassung, konkrete Tipps für die Umsetzung in der Praxis.

Legende der verwendeten Symbole:

- ⇒ Querverweis innerhalb dieser Leitlinie
- ↻ Querverweis auf *externe* Quellen, z.B. andere Leitlinien
-  „Yellow flag“: Risikofaktor für ungünstigen Verlauf
-  „Red flag“: Warnsignal bezüglich eines abwendbar gefährlichen Verlaufs
-  Protektiver, günstiger prognostischer Faktor
- 12.** Schlüsselaussage bzw. Schlüsselempfehlung (roter Rahmen)

Erläuterung der Empfehlungsgrade (siehe auch: Leitlinienreport):

- ↑↑ A Starke Empfehlung („soll bzw. soll NICHT gemacht werden“)
- ↑ B Empfehlung („sollte bzw. sollte NICHT gemacht werden“)
- ↔ 0 Offene Empfehlung („kann gemacht werden“)

„Starker Konsens“ steht für eine Zustimmungsrate von über 95%, Konsens für eine Zustimmungsrate zwischen 75 und 95%.

Wichtige Abkürzungen (in alphabetischer Reihenfolge)

ACR	American College of Rheumatology
CBT	Cognitive Behavioural Therapy/ Kognitive Verhaltenstherapie
CFS	Chronic Fatigue Syndrome/ Chronisches Müdigkeits- bzw. Erschöpfungssyndrom
CI	Confidence Interval/ Konfidenzintervall
CPP	Chronic Pelvic Pain Syndrome/ Chronischer Unterbauchschmerz
CWP	Chronic Widespread Pain/ Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen
FMS	Fibromyalgiesyndrom
FSS	Funktionelles somatisches Syndrom
IBS	Irritable Bowel Syndrome/ Reizdarmsyndrom
ICD-10	International Classification of Disease

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICPC-2	International Classification of Primary Care
KKP	Klinischer Konsenspunkt (Empfehlung als gute klinische Praxis)
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LL	Leitlinie
MCS	Multiple Chemical Sensitivity Syndrome/ Multiples Chemikalienempfindlichkeitssyndrom
MUS	Medically unexplained Symptoms
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OR	Odds Ratio
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
RCT	Randomized Controlled Trial/ Randomisiert-kontrollierte Studie
SDM	Shared Decision Making
TAU	Treatment as Usual
TMD	Temporomandibular Disorder/ Temporomandibulärsyndrom

Die Abkürzungen für die medizinischen Fachgesellschaften (z.B. AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) finden sich im vorausgegangenen Verzeichnis der an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften bzw. im Leitlinienreport (Langfassung). Weitere Abkürzungen sind in den Fußnoten der Tabellen bzw. den Hintergrundkommentaren erklärt.

Die Steuerungsgruppe, die Mandatsträger und alle Autoren und Berater haben das © Urheberrecht an der Leitlinie, dem Leitlinienreport und weiteren der Leitlinie zugeordneten Materialien. Die AWMF erhält mit dem Einreichen der Leitlinie durch die Fachgesellschaften ein Nutzungsrecht für die elektronische Publikation im Informationssystem "AWMF online". Kommentare willkommen: www.funktionell.net

Gliederung

1. **Ziele**
2. **Anwenderzielgruppen**
3. **Patientenzielgruppen und Positionierung gegenüber anderen Leitlinien**
4. **Übersicht der in der Leitlinie behandelten Fragen und Probleme**
5. **Begriffe, Ätiologie, Epidemiologie und Versorgungssituation**
 - 5.1. *Begriffe*
 - 5.2. *Ätiologie*
 - 5.3. *Allgemeine Epidemiologie*
 - 5.4. *Geschlechtsspezifische Aspekte*
 - 5.5. *Spezielle Altersgruppen*
 - 5.6. *Soziale Position und Bildung*
 - 5.7. *Interkulturelle Aspekte*
 - 5.8. *Versorgungssituation*
 - 5.9. *Forschungsdefizite*
6. **Grundlagen und Voraussetzungen für die Behandlung**
 - 6.1. *Haltung, Denk- und Verhaltensweisen, Behandler-Patient-Beziehung*
 - 6.2. *Gesprächsführung*
 - 6.3. *Praxisorganisation*
 - 6.4. *Forschungsdefizite*
7. **Diagnostisches Prozedere**
 - 7.1. *Anamneseerhebung*
 - 7.2. *Basis-Anamnese der körperlichen Beschwerden*
 - 7.3. *Basis-Anamnese von Funktionsfähigkeit und psychosozialer Belastung*
 - 7.4. *Basis-Anamnese von Annahmen und Verhaltensweisen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit*
 - 7.5. *Erweiterte psychosoziale Anamnese: Beschwerdekontext*
 - 7.6. *Erweiterte psychosoziale Anamnese: Diagnostische Hilfsmittel*
 - 7.7. *Somatische Diagnostik*
 - 7.8. *Prognose, klinische Charakteristika leichter versus schwererer Verlaufsformen und Diagnoseverschlüsselung*
 - 7.9. *Forschungsdefizite*
 - 7.10. *Diagnostik-Algorithmus*
8. **Therapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden**
 - 8.1. *Therapeutisches Prozedere in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin*
 - 8.1.1. *Therapeutische Basis-Maßnahmen*
 - 8.1.2. *Zusätzliche therapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen*
 - 8.1.3. *Forschungsdefizite*
 - 8.2. *Störungsorientierte Fach- oder fachgebundene Psychotherapie*
 - 8.2.1. *Psychotherapeutische Basis- Maßnahmen*
 - 8.2.2. *Zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen*
 - 8.2.3. *Forschungsdefizite*
 - 8.3. *Therapie-Algorithmus*
9. **Häufige Fehler und obsoleete Maßnahmen**
10. **Präventive, rehabilitative und sozialrechtliche Aspekte**
 - 10.1. *Prävention*
 - 10.2. *Rehabilitation*
 - 10.3. *Sozialrecht*
 - 10.4. *Forschungsdefizite*
11. **Ethische Aspekte**

1. Ziele

Statement 1. Somatisch nicht hinreichend erklärte, so genannte nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden sind in der Medizin häufig, aber oft schwer einzuordnen. Patienten sind oftmals frustriert und verunsichert, da sie unter den Beschwerden zum Teil erheblich leiden, es aber scheinbar keine Erklärung bzw. Behandlung für sie gibt, und Behandler befürchten, eine ernsthafte somatische Erkrankung zu übersehen.

Die wichtigsten **konkreten Ziele** dieser Leitlinie sind deshalb

- die Einführung **allgemeiner Kriterien** zur Erkennung schwererer Krankheitsverläufe,
- die Vermittlung **praxisrelevanter diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen** für alle Behandlergruppen, die mit Betroffenen in den verschiedenen Versorgungssettings zu tun haben, unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Einstellung, des Verhaltens, der Behandler-Patient-Beziehung und der Kooperation mit anderen Behandlern,
- die **Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung** in Diagnostik und Behandlung,
- die **Verbesserung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit** betroffener Patienten.

Übergeordnete Ziele sind eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen einerseits und des gesellschaftlichen Verständnisses von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden andererseits, vor allem durch

- Förderung eines **biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit**,
- aber auch durch eine **Verbesserung der Position der fehlerhaft behandelten Patienten**, da die Leitlinie aufgrund der fachübergreifenden Konsensbildung Standards setzt und auch eine gewisse **rechtlich relevante Verbindlichkeit** erlangt.

Starker Konsens

2. Anwenderzielgruppen

Statement 2. Diese Leitlinie richtet sich in erster Linie an **Angehörige aller Gesundheitsberufe** vor allem im ärztlichen, aber auch im nicht-ärztlichen Bereich, und darüber hinaus an **Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker** und **-ökonom**en.

Starker Konsens

3. Patientenzielgruppen und Positionierung gegenüber anderen Leitlinien

Statement 3a: Jedes Fachgebiet beschreibt eigene, nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden und Syndrome: In den psychosozialen Fächern werden sie als „somatoforme Störungen“, also als psychische Störungen nach ICD-10 bezeichnet, in der somatischen Medizin als bestimmte „funktionelle Syndrome“; in der Allgemeinmedizin werden überwiegend sog. „Symptom-Diagnosen“ (nach der Logik der ICPC-2) vergeben. Eine Übersicht über alle von den an dieser Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften als relevant erachteten Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder bietet ⇒Tabelle 3.1.

Starker Konsens

Statement 3b: Diese Leitlinie befasst sich überwiegend mit den **Gemeinsamkeiten** und weniger mit den Unterschieden der verschiedenen Manifestationen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden. Sie versteht sich als **fachübergreifende Leitlinie** für die *gesamte Medizin*, d.h. für die hausärztliche Versorgung, die somatischen Fachmedizin einschließlich der Zahnmedizin und für die psychosozialen Fächer. Für Empfehlungen zu *einzelnen Beschwerden*, **speziellen funktionellen Syndromen** und zu den *einzelnen somatoformen Subdiagnosen* verweist sie auf einschlägige aktuelle Leitlinien (⇒Tabelle 3.2.).

Starker Konsens

Tabelle 3.1: Klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedenen Fachdisziplinen, auf die sich diese Leitlinie bezieht (Angaben der Mandatsträger der mitwirkenden Fachgesellschaften)

Psychosomatische Medizin Psychiatrie Klinische und Medizinische Psychologie	Somatisierungsstörung Undifferenzierte Somatisierungsstörung Somatoforme autonome Funktionsstörung Anhaltende somatoforme Schmerzstörung Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Hypochondrische Störung Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung (Konversion) (Nicht wahnhafte) Körperdysmorphie Störung Neurasthenie „larvierte“ oder „somatisierte“ Depression
Allgemein- und Familienmedizin	<p>Wichtige Allgemeinsymptome: Abgeschlagenheit, Leistungsknick, außergewöhnliche Müdigkeit, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Schlafstörungen, Essstörung, Kreislaufbeschwerden, Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörungen, Juckreiz</p> <p>Abdominelle Beschwerden (Reizmagen und Reizdarm): Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Druckgefühl, Bauchschmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten, Luftschlucken, vermehrtes Aufstoßen, Sodbrennen; Meteorismus, Schluckauf, Flatulenz, postprandiale dyspeptische Beschwerden, Diarrhöen, häufiger Stuhldrang, Obstipation, Pruritus ani; Kribbeln im Bauch, Appetitverlust, Speisunverträglichkeit, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, Mundtrockenheit, Zungenbrennen</p> <p>Unterbauchbeschwerden/Urogenitale Beschwerden: chronische Unterbauchschmerzen, Pelvipathiesyndrom</p> <p>Urogenitaltrakt (Reizblase, Urethrasyndrom, Prostatadynie): Häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen, Gefühl erschwelter Miktion, Schmerzen im Unterbauch/Damm, Juckreiz, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; <i>beim Mann:</i> funktionelle Sexualstörungen, Impotenz oder Störungen des Samenergusses; <i>bei der Frau:</i> schmerzhaft und unregelmäßige Regelblutungen, ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss, sexuelle Gleichgültigkeit, unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich, funktionelle Sexualstörungen</p> <p>Thorakale Beschwerden: Herzrasen oder Herzstolpern, Atemhemmung/ Atembeklemmungen, Druckgefühl/Beklemmungsgefühl/Stiche in der Herzgegend; Atmungsstörungen z. B. Hyperventilieren; Globusgefühl, Dysphagie, retrosternale Schmerzen</p> <p>Nervensystem und Sinnesorgane: Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl, Flüsterstimme oder Stimmverlust, Sinnestäuschungen, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Doppelbilder, Ohrgeräusche, Verlust des Hörvermögens, Krampfanfälle, Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit, ticartige Erscheinungen</p> <p>Muskuloskelettal: Arthritische Beschwerden, Wirbelsäulen-Syndrome, Verkrampfungen, Verspannungen.</p> <p>Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation: Kopf- oder Gesichtsschmerzen, muskuloskelettale Schmerzen (Rücken, Arme oder Beine, Gelenke), organbezogene Schmerzen (Magen-/ Darm, Brust)</p>
Allgemeine Innere Medizin Gastroenterologie Kardiologie Pulmonologie Rheumatologie	Reizmagen/Reizdarm-Syndrom Chronische Müdigkeit/ Chronic Fatigue Syndrome Fibromyalgie-Syndrom Atypischer Brustschmerz Mitralklappenprolaps Hyperventilationssyndrom Post-Lyme (Borreliose)-Syndrom Candida-Hypersensitivitäts-Syndrom (Golfkriegssyndrom)
Neurologie	(Spannungs-) Kopfschmerz Atypischer Gesichtsschmerz Nicht-epileptische („psychogene“) Anfälle Schwindel Psychogene Bewegungsstörungen

Orthopädie und Schmerztherapie	Rückenschmerzen Nackenschmerzen /Schleudertrauma) Fibromyalgie-Syndrom/ Ganzkörperschmerzen/ „Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen“ Schmerzen nach Operation
Arbeits- und Umweltmedizin	Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS) Elektro-Hypersensitivität Sick building syndrome Amalgamüberempfindlichkeit Beschwerden, die auf Expositionen mit Holzschutzmitteln, Lösungsmitteln, Insektiziden und Schwermetallen bezogen werden Arbeitsplatzbezogene Schulter- und Rückenschmerzen
Gynäkologie und Geburtshilfe	Chronischer Unterbauchschmerz der Frau Vulvodynie Chronischer vaginaler Pruritus/ chronischer vaginaler Fluor Dysmenorrhoe Dyspareunie
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	psychogene Hörstörung (Tinnitus)* psychogener Schwindel psychogene Aphonie psychogener Globus, psychogenes Räuspern oder Husten Glossodynie Körperdysmorphie Störung psychogene (pseudoallergische) Reaktionen
Urologie und Sexualmedizin	Psychogene Blasenentleerungsstörung Psychogener Harnverhalt Reizblase, Enuresis diurna et nocturna im Erwachsenenalter Urethralesyndrom (Frau) Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie (Frau) Interstitielle Zystitis (Frau) Rezidivneigung der Urethrozystitis (Frau) Chronischer Beckenschmerz/ Prostatodynie (CPSS) (Mann) Anogenitales Syndrom (Mann)
Dermatologie Allergologie/Immunologie	Pseudo-Nahrungsmittelunverträglichkeiten Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS) Somatoformer Juckreiz (Pruritus sin materia) Dysästhesien der Haut (z.B. Scalp Dysästhesie) somatoformer Haarausfall (diffuses Effluvium) Glossodynie (Zungenbrennen)
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	(Somatoforme) „Prothesenunverträglichkeit“ (Druck, Schmerz, Fremdkörpergefühl, Geschmacksveränderung, Veränderung des Speichelflusses ohne somatische Erklärung) Mundtrockenheit bzw. Glossodynie/Zungenbrennen/Burning Mouth Syndrom Atypischer bzw. idiopathischer Kopf- oder Gesichtsschmerz, „atypische Odontalgie“, muskuloskelettale Schmerzen Bruxismus, Craniomandibuläre Dysfunktion (Schmerzhafte Funktionsstörung der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur, Schmerzen) "Amalgam-Syndrom"/Amalgamüberempfindlichkeit, andere Unverträglichkeiten, z.B. von Zahlfüllmaterialien Schluckbeschwerden, psychogener Würgereiz, Übersteigerte Würgereaktionen Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Körperdysmorphie Störung)

*Anmerkung der DGHNO: Tinnitus stellt ein Symptom unterschiedlicher Ursachen dar. Neben otogenen Ursachen müssen zusätzliche, außerhalb des Ohres gelegene Auslöser und Verstärkungsfaktoren individuell ermittelt oder ausgeschlossen werden. Wenn Tinnitus als besonders quälend und beeinträchtigend erlebt wird, kann er Ausdruck einer somatoformen, differenzialdiagnostisch auch depressiven, Angst- oder Anpassungsstörung) sein.

Tabelle 3.2: **Andere, für die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden direkt oder differenzialdiagnostisch relevante Leitlinien (Stand 9/2011)**

Herkunft und Inhaltlicher Schwerpunkt	Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	Andere nationale Leitlinien	Wichtige Internationale Leitlinien
Psychosomatische oder psychologische Fachgesellschaften: Somatoforme Störungen	DGPT, DKPM, AÄGP: „Somatoforme Störungen“ (abgelaufen) DGKJP: „Somatoforme Störungen“ DGPM, DKPM: „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ (angemeldet) DKPM: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatischer Medizin (angemeldet)	DGPs: Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“ (in Vorbereitung)	CBO (Niederlande): „Somatoforme Klachten en Stoornissen“
Allgemeinmedizin	DEGAM u.a.: „Müdigkeit“ DEGAM u.a.: „Kreuzschmerz“ DEGAM u.a.: „Nackenschmerzen“ DEGAM u.a.: „Brustschmerz“		
Somatische Fachgesellschaften (interdisziplinärer Ansatz)	DGPFG: „Chronischer Unterbauchschmerz der Frau“ DGN: „Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz“ DIVS u.a.: „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“ DDG u.a.: „Psychosomatische Dermatologie“ (geht hauptsächlich auf psychosomatische Aspekte überwiegend somatisch definierter Hauterkrankungen ein) DDG u.a.: „S3 – Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Lyme – Borreliose“ (in Vorplanung) DGVS, DGNM u.a.: S3-Leitlinie Reizdarm-Syndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. DGN u.a.: „Begutachtung von Schmerzen“ DGSS u.a.: „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“	NVL: „Kreuzschmerz“ Leitlinien-gruppe Hessen/ Hausärztliche Pharmakotherapie: Hausärztliche Leitlinie „Psychosomatische Medizin“	NICE: „Chronic Fatigue Syndrome / Myalgic encephalomyelitis“ NICE: „Irritable Bowel Syndrome“ NICE: „Chest pain“
Somatische Fachgesellschaften (LL unter vorwiegend somatischen Aspekten)	DGN: „Diagnostik und apparative Zusatzuntersuchungen bei Kopfschmerzen“ DGN: „Neuroborreliose“ DGN: „Schwindel“ DGN: „Therapie des episodischen und chronischen Spannungskopfschmerzes und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen“ DGN: „Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen“ DDG: „Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei chronischem Pruritus“ DGN: „Erstmaliger epileptischer Anfall“ DGHNO: „Tinnitus“ DGAUM: „Arbeiten unter Einwirkung von Quecksilber und seinen Verbindungen“ DGAUM: Umweltmedizinische Leitlinien „Quecksilber“ und „Polychlorierte Biphenyle (PCB)“ DMKG und GNP: „Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter“ DGAI u.a.: Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen“		
Zahnmedizinische Fachgesellschaften	DGZMK/AKPP: „Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“		

Psychiatrische, psychosomatische und psychologische Fachgesellschaften in Kooperation mit verschiedenen anderen Fachgesellschaften (hinsichtlich Komorbidität oder Differenzialdiagnose relevant)	DeGPT, DGPM, DKPM, DGPPN: „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ DeGPT: „Posttraumatische Belastungsstörung“ DGPM: „Angststörungen“ (angemeldet) DDG/DGPM: „Artifizielle Störungen“ (angemeldet) DGPPN: „Psychopharmakotherapie“ (angemeldet) DGKJP: „Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch“ DGPPN/DG Sucht: „Medikamenten-abhängigkeit“ DGPPN: „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ DGPM/DKPM: „Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen“	NVL: „unipolare Depression“ DGS: „Leitlinien für Krisenintervention und Suizidprävention“	NICE: „Anxiety“ NICE: „Depression in adults“ NICE: „Depression with a chronic physical health problem“ NICE: „Post traumatic stress disorder“ APA: „Suicidal Behaviors “
---	---	--	---

Kommentar zu Statements 3a und 3b (siehe auch Statement 4 bis 9 und Empfehlung 89):

Die sehr unterschiedlichen Herangehensweisen in den einzelnen Fächern und Versorgungsebenen an nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, was die Nomenklatur, die diagnostischen Kriterien und das klinische Vorgehen betrifft, erfordern eine Leitlinie, die versucht, alle **Gemeinsamkeiten** für einen bestmöglichen Umgang mit betroffenen Patienten zusammenzufassen.

Zu Recht bestehende **Unterschiede**, wie etwa die unterschiedlichen Herangehensweisen von Allgemeinmedizin (Konsultationsanlass – Symptom-Diagnose – kategoriale Diagnose – Behandlungsepisode) versus fachärztlicher Medizin (Diagnose nach ➡ ICD-10 Kriterien), oder bestimmte Syndrom-spezifische therapeutische Vorgehensweisen (Beispiele wären Eliminationsdiäten oder Probiotika; ➡ LL „Reizdarmsyndrom“), stehen in dieser Leitlinie dagegen nicht im Vordergrund; für sie wird auf externe Quellen verwiesen.

4. Übersicht der in der Leitlinie behandelten Fragen und Probleme

<i>Fragen und Probleme</i>	<i>Kapitel</i>
Mit welchen Begriffen werden nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden beschrieben? Was sind Vor- und Nachteile möglicher Bezeichnungen? Was ist zur Ätiopathogenese nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bekannt? Wie häufig sind nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden? Welches sind besondere geschlechtsspezifische, altersspezifische, sozioökonomische oder interkulturelle Aspekte? Wie ist die aktuelle Versorgungssituation? Wie kann sie verbessert werden? Wie hoch sind die Kosten?	5
Welche Empfehlungen gibt es hinsichtlich allgemeiner Grundlagen und Voraussetzungen für die erfolgreiche Behandlung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (Haltung, Denk- und Verhaltensweisen, Behandler-Patient-Beziehung, Gesprächsführungstechniken und Praxisorganisation)?	6
Welches diagnostische Vorgehen wird empfohlen? Wie können leichtere von schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden unterschieden werden?	7
Welches therapeutische Vorgehen wird für Hausarzt- und somatische Fachmedizin bzw. für die Psychotherapie empfohlen?	8
Was sind häufige diagnostische und therapeutische Fehler?	9
Welche präventiven und welche rehabilitativen Optionen gibt es? Welche sozial- und haftungsrechtlichen Aspekte sind wichtig?	10
Welche ethischen Aspekte sind zu beachten?	11

5. Begriffe, Ätiologie, Epidemiologie und Versorgungssituation

Vorbemerkung:

Ein zentrales Problem beim Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist die uneinheitliche, teilweise unscharfe und stigmatisierende Terminologie. Ziel der Leitlinie ist es daher auch, Transparenz und ein Bewusstsein für die Vor- und Nachteile der jeweiligen Begriffswahl zu schaffen. Aufgrund ihrer Heterogenität, unzureichender Validität, unzureichender Akzeptanz, und aufgrund der überhöhten Bedeutung des problematischen Kriteriums der fehlenden somatischen Erklärbarkeit sind alle bislang gebräuchlichen Begrifflichkeiten als letztlich unzureichend einzustufen (Stone et al. 2002; Berrios & Markova 2006; Löwe et al. 2008; Fink et al. 2008; Launer 2009; Creed 2009; Creed et al. 2010; Henningsen et al. 2011).

5.1. Begriffe

Statement 4a: „Medizinisch“ „organisch“ oder „somatisch nicht/ nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ sind körperliche Beschwerden, für die auch nach systematischer Abklärung keine *hinreichende* somatische Krankheitsursache gefunden wird. Der Nachweis zentralnervöser funktioneller oder struktureller Veränderungen ist mit dieser Bezeichnung jedoch vereinbar.

Starker Konsens

Statement 4b: Die häufigsten Erscheinungsformen somatisch nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden sind:

- **Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation**
- **Störungen von Organfunktionen** einschließlich so genannter vegetativer Beschwerden
- **Erschöpfung/ Müdigkeit.**

Starker Konsens

Kommentar zu Statements 4a und 4b:

Körperliche Beschwerden sind in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig: 82% der Befragten geben Beschwerden an, die sie innerhalb der letzten Woche zumindest leicht, 22% mindestens eine Beschwerde an, die sie schwer beeinträchtigt (Hiller et al. 2006). Die Ursache für die Beschwerden wird selten gefunden, in vielen Fällen wird erst gar nicht danach gesucht. Denn viele Beschwerden (am besten nennt man sie vielleicht „Befindlichkeitsstörungen“) verschwinden ganz von selbst oder durch die Anwendung von einfachen Hausmitteln oder Verhaltensänderungen wieder.

Wenn die Betroffenen ihre Beschwerden jedoch als beunruhigende Warnsignale wahrnehmen, sich in Ihrem Alltag beeinträchtigt fühlen, sich Sorgen machen, sich Hilfe erhoffen, oder ausschließen wollen, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, dann wenden sie sich an einen Arzt und werden dadurch zu „Patienten“. Klinisch relevante Körperbeschwerden gehen mit mehr oder weniger deutlichen Bedeutungszuschreibung von Nichtnormalität einher und sind in der Regel mit weiteren (auch gesellschaftlichen und medialen) Bedeutungszuschreibungen und Verhaltenskonsequenzen (z.B. Krankschreibung) verbunden (Henningsen et al. 2002; Aronowitz 2001).

Wenn für Körperbeschwerden auch nach sorgfältiger Ursachenabklärung kein hinreichendes somatischen Korrelat gefunden werden kann, werden sie als „somatisch unerklärt“ bezeichnet; in der englischsprachigen Literatur hat sich hierfür in den letzten Jahren der Begriff „medically unexplained (physical) symptoms (MU(P)S)“ durchgesetzt (Rosendal et al. 2007; McFarlane et al. 2008; Hatcher et al. 2008; Guthrie et al. 2008). Solche Beschwerden können grob eingeteilt werden in drei große Gruppen; Schmerzen verschiedener Lokalisation, Störung von Organfunktionen oder Müdigkeit/Erschöpfung (Henningsen et al. 2007); außerdem kann das klinische Bild von Gesundheitsangst dominiert werden (bisher klassifiziert als Hypochondrische Störung). Umstritten ist das gemeinsame Auftreten mehrerer Symptome als ausgestanzte „Cluster“; die verschiedenen epidemiologischen Studien widersprechen sich (Fink et al. 2007; Dimsdale & Creed 2010; Schröder & Fink 2010). Die *Negativdefinition* von „MU(P)S“ über das *Fehlen* somatischer Erklärungen birgt eine Reihe methodischer Probleme: Experten sind oft uneinig, was einzelne Befunde bedeuten bzw. wann eine somatische Diagnostik „abgeschlossen“ ist; eine langdauernde somatische Ausschluss- anstatt einer biopsychosozialen Paralleldiagnostik führt häufig zur Verzögerung einer adäquaten Therapie (Hickie et al. 1998; Reid et al. 1999; van Hemert et al. 1993; Noyes et al. 2008; Creed et al. 2010); Patienten, die ihre Beschwerden ja real erleben sind durch die Negation (implizit „Sie haben nichts“) verunsichert; und vor allem dann, wenn *mehrere* unklare Körperbeschwerden vorliegen ist die Frage, ob davon manche erklärt werden können, andere nicht, von geringer praktischer Relevanz.

Statement 5: Der Begriff „**nicht-spezifische Körperbeschwerden**“ wird überwiegend in der Allgemeinmedizin verwendet. Er betont die (vorläufig, oft aber auch dauerhaft) fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden, mit denen Patienten ihre Ärzte, v.a. ihren Hausarzt, aufsuchen. Darüber hinaus soll er eine zu frühe diagnostische Etikettierung als „Krankheit“ v.a. in solchen Fällen verhindern, in denen die Beschwerden aufgrund fehlender Progredienz, fehlender Signalwirkung für eine somatische Erkrankung oder fehlender Beeinträchtigung von Lebensqualität oder Funktionsfähigkeit des Patienten keinen eigenen Krankheitswert besitzen.

Konsens

Kommentar zu Statement 5:

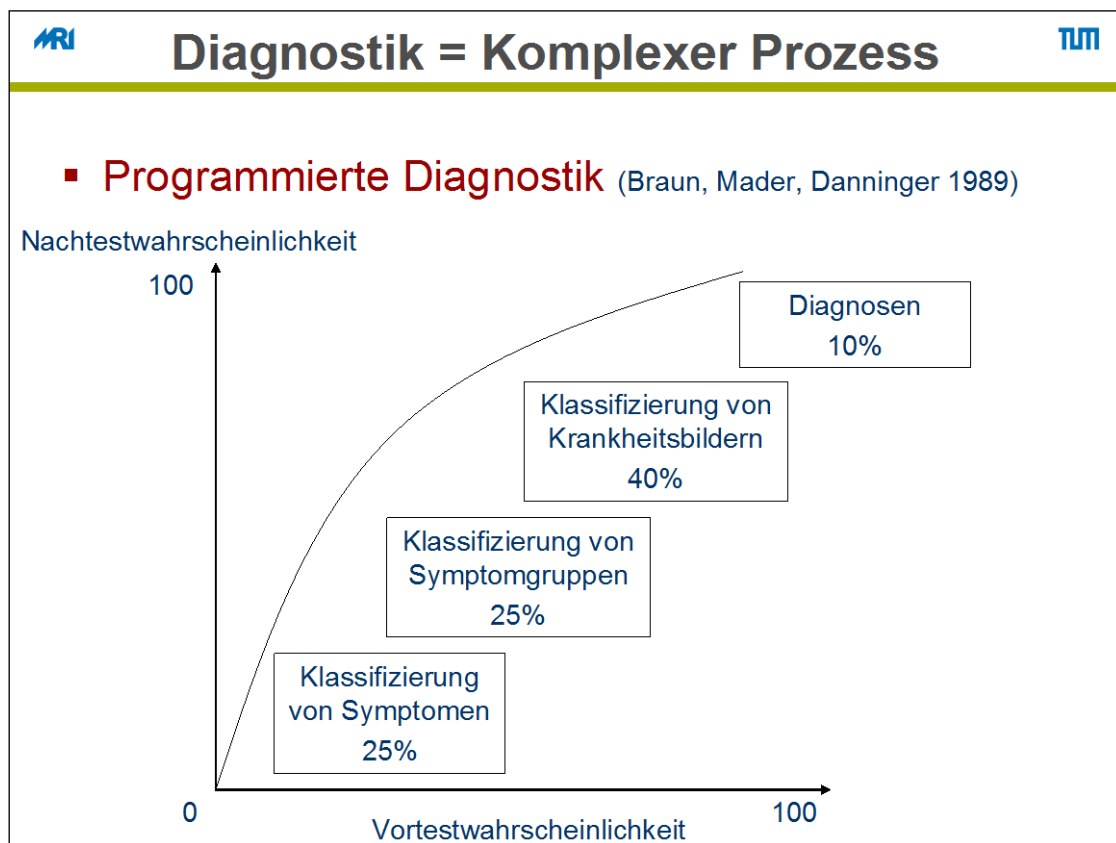
Vor allem in der Allgemeinmedizin wird für (noch) unerklärte Beschwerden und Symptome relativ häufig der Begriff „nicht-spezifisch“ verwendet. Ein solcher Begriff betont mehr als andere die (vorläufig, oft aber auch dauerhaft) fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden zu einer spezifischen Erkrankung, mit denen Patienten ihre Ärzte aufsuchen und soll eine zu frühe diagnostische Etikettierung als

„Krankheit“ („disease“) und damit Schaden für den Patienten verhindern („quartäre Prävention“) (vergl. Abb. 5.1.; Schäfert et al. 2010).

Gerade in der hausärztlichen Praxis ist anfangs fast jede Beschwerde „nicht-spezifisch“, da noch keine Diagnostik und (bewusst!) noch keine Zuordnung zu einer Erkrankung erfolgt ist. Zwar gibt es zu diesem Begriff so gut wie keine wissenschaftliche Literatur (vereinzelt: „non-specific back, neck“ und „chest pain“) und somit beziehen sich auch die in dieser Leitlinie zusammengetragenen Studien ganz überwiegend auf „funktionelle“ und „somatoforme“ Körperbeschwerden, bei denen bereits eine hinreichenden Ausschlussdiagnostik erfolgt ist. Nach ausführlicher Diskussion in den Konsensuskonferenzen und Fachgesellschaftsvorständen wird er jedoch aus folgenden Gründen bewusst in Titel und Text der Leitlinie beibehalten: Einerseits soll damit ein klares Zeichen gegen eine zu frühe Medikalisierung von Beschwerden gesetzt werden. Andererseits ist es, da erst eine somatische Ausschlussdiagnostik abgewartet werden muss, bis Beschwerden als funktionell oder somatoform bezeichnet werden können, dann oft bereits zu spät für eine bewusst gestaltete Behandler-Patient-Beziehung und eine gleichzeitig *abwartende* und *offene, somatische* und *psychosoziale* Paralleldiagnostik. Auch wenn die Beschwerden im weiteren Verlauf wieder verschwinden, und auch, wenn sie später doch einer klar definierten körperlichen Erkrankung zugeordnet werden können, sind die in dieser Leitlinie gegebenen Empfehlungen gültig.

Allerdings entspricht auch der Begriff „nicht-spezifisch“ einer Negativdefinition, die die Notwendigkeit eines bewussten Umgangs mit diesen Beschwerden (s.u.) unzureichend abbildet.

Abbildung 5.1. Diagnostische Unschärfe, v.a. in der Hausarztpraxis



(mit freundlicher Genehmigung von Antonius Schneider nach Braun, Mader und Danninger 1989)

Statement 6: Der Begriff „funktionell“ deutet an, dass hier überwiegend die **Funktion** des aufgrund der Beschwerden **betroffenen Organ(system)s** (z.B. des Herzens bei Herzbeschwerden, des Darms bei Verdauungsstörungen) bzw. der **zentralnervösen Verarbeitung von Beschwerdewahrnehmungen** gestört ist. Der Begriff wird zum Teil auch so interpretiert, dass die Beschwerden eine **bestimmte Funktion** für den Organismus bzw. für die Person haben (z.B. Signal für Rückzug).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 6:

Auch so genannte „funktionelle“ Beschwerden können häufig keinem gängigen Erklärungsmuster oder objektiv nachweisbaren Ursachen zugeordnet werden. Der Begriff deutet an, dass überwiegend die Funktion, nicht die Struktur, eines Organ(system)s (z.B. des Herzens bei Herzbeschwerden, des Darms bei Verdauungsstörungen) bzw. der zentralnervösen Verarbeitung von Beschwerdewahrnehmungen gestört scheint. Der eigentliche Wortsinn von „funktionell“ (nämlich: eine bestimmte Funktion erfüllen, für eine Funktion passen) legt aber noch eine weitere Betrachtungsweise nahe: Ungeachtet ihrer Ätiologie haben funktionelle Beschwerden möglicherweise eine bestimmte Funktion für den Organismus bzw. die Person haben (z.B. Signal für Rückzug), deren Thematisierung bereits mit der Begriffswahl auch von therapeutischer Bedeutung sein kann. Der Funktionsbegriff ist also grundsätzlich mehrdeutig: als "Funktion für" (genaugenommen: teleofunktionalistisch; also mit Bedeutungsfunktion) und als "Funktion von" (ohne Bedeutungsfunktion). Der Begriff „functional disorders“ oder „functional syndromes“ wird in der wissenschaftlichen Literatur und auch von den Ärzten selbst uneinheitlich gebraucht (Kanaan et al., 2012). Sowohl Beschwerdebilder, die objektive Befunde aufweisen als auch Beschwerdebilder ohne jegliche objektive Befunde werden als „funktionell“ bezeichnet. Es gibt keine offizielle Klassifikation funktioneller Syndrome/Beschwerden. Aus einer historischen Perspektive betrachtet verweist der Begriff „funktionell“ auf körperliche Beschwerden, die nicht *einfach* auf einer rein somatischen *oder* rein psychischen Störung beruhen.

Viele somatische Disziplinen haben eigene funktionelle Syndrome (FSS) formuliert, die sich durch persistierende, somatisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden auszeichnen (Wessely et al. 1999; Wessely und White al., 2004). Sie sind allgemein definiert: a) durch typische Symptomkomplexe, b) durch eine definierte (Mindest-)Zeitdauer und c) durch den Ausschluss hinreichend erklärender somatischer Krankheitsursachen (☞ LL Fibromyalgie-Syndrom). Bekannte Beispiele sind Chronic Fatigue Syndrom (CFS), Fibromyalgie-Syndrom (FMS), Reizdarmsyndrom (IBS), Multiple Chemical Sensitivity (MCS), Temporomandibular-Syndrom (TMD), Chronischer Unterbauchschmerz der Frau (CPP), chronische Spannungskopfschmerzen, die kranio-mandibuläre Dysfunktion oder die Prostatodynie (CPP Typ III), auch wenn nicht alle dieser Entitäten durch ein „Zusammentreffen (verschiedener) einzelner, für sich allein uncharakteristischer Symptome zu einem kennzeichnenden Krankheitsbild“, sondern durch eine Hauptbeschwerde definiert sind (☞ LL „Fibromyalgie-Syndrom“).

Zum kleineren Teil sind für diese FSS Forschungskriterien definiert (z.B. Fukuda et al. 1994; Rome Foundation, 2006) oder Diagnoseverschlüsselungen vorhanden (z.B. in ICD-10), insgesamt ist die Validität der einzelnen Krankheitskonstrukte jedoch unzureichend: So schwanken die Prävalenzen schon mit minimalen Veränderungen der Definition massiv, und im Langzeitverlauf werden bei

schwankenden klinischen Befunden die Diagnosekriterien mal erfüllt, mal nicht erfüllt (Henningsson et al. 2007; Walitt et al. 2011).

Obwohl die Begriffe „funktionelle Beschwerden“ und „funktionelle Syndrome“ in den somatischen Fächern weit verbreitet und bei den Patienten offenbar gut akzeptiert sind (Stone et al. 2002; leider gibt es dazu keine deutschen Zahlen), ignoriert eine Einteilung in Einzelsyndrome die oft polysymptomatischen Verläufe und verleitet zu einer Missachtung wesentlicher anderer Beschwerden aus anderen somatischen oder psychosozialen Fachgebieten (Wessely 1999; Henningsson et al. 2007). Ein positives Beispiel sind die ACR 2010- und S3-Leitlinien-Kriterien des FMS, die weitere körperliche und seelische Beschwerden als ein diagnostisches Kriterium aufführen (Wolfe et al. 2010; ➔ S3-LL „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“).

Solange komplizierende Faktoren und Komorbiditäten diagnostisch beachtet werden, kann die Abgrenzung eines bestimmten, auf ein Organsystem beschränkten funktionellen Syndroms für eine organ- oder symptombezogene Differenzialdiagnostik oder Therapie durchaus sinnvoll sein. Die Diagnose als einzelne funktionelle Störung birgt aber auch das Risiko, dass die oft vielfältigen zusätzlich bestehenden körperlichen und/ oder psychischen Beschwerden aus dem Blick geraten („Scheuklappendiagnose“), vor allem bei (zu) frühem Aufsuchen von Spezialisten.

Statement 7: Eine **somatoforme Störung** im engeren Sinne, d.h. mit *Körperbeschwerden* als primärer Symptomatik, liegt nach ICD-10 (Abschnitt F „psychische Störungen; vergleichbare Klassifikation im DSM-IV) vor, wenn eine oder mehrere Körperbeschwerden, für die keine hinreichende somatische Krankheitsursache gefunden wird, über mindestens ein halbes Jahr persistieren und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen.

Zusätzlich in ICD-10 aufgeführte Charakteristika sind die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn doch somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Die derzeit noch gültigen Diagnosekonstrukte für somatoforme Störungen gelten als wenig praktikabel und wenig valide und werden gerade grundlegend diskutiert.

Starker Konsens

Statement 8: Der Begriff der „**Somatisierung**“ wird uneinheitlich gebraucht. Er sollte besser **deskriptiv** als in einem pathogenetischen (meist psychogenetischen) Sinne verwendet werden. Deskriptiv bietet er die Möglichkeit, die Bereitschaft zum verstärkten Erleben, zu einer vermehrten Darbietung und zu einer negativen Bewertung funktioneller Körperbeschwerden **dimensional** auszudrücken.

Starker Konsens

Tabelle 5.1: Aktuelle Klassifikation somatoformer Störungen nach ICD-10 (im engeren Sinne, also mit Dominanz körperlicher Beschwerden)

Bezeichnung nach ICD-10	Bemerkungen	Vergleich mit DSM-IV	Kriterien nach ICD-10
F 45.0 Somatisierungsstörung ¹		DSM-IV 300.81 Somatisierungsstörung	<ul style="list-style-type: none"> - multiple Symptome jedweder Art oder Lokalisation (≥ 6 aus ≥ 2 Bereichen) , wiederholt auftretend und häufig wechselnd - seit mindestens 2 Jahren: meist lange und komplizierte „Patientenkarrieren“ - Verlauf: chronisch und fluktuierend - häufig Störungen des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens
F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung ¹		DSM-IV 300.81 Undifferenzierte somatoforme Störung	<ul style="list-style-type: none"> - die körperlichen Beschwerden sind zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig, das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung ist aber nicht erfüllt
F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung F45.30 Herz und Kreislaufsystem F45.31 Oberes Verdauungssystem F45.32 Unteres Verdauungssystem F45.33 Atmungssystem F45.34 Urogenitalsystem F45.37 Mehrere Organe u. Systeme F45.38 Sonstige Organe u. Systeme F45.39 Nicht näher bezeichnetes Organ oder System	Viele Gemeinsamkeiten mit dem Konzept einzelner funktioneller Syndrome, etwa dem Reizdarm-Syndrom	Kein Äquivalent in DSM-IV! Dadurch ist die manchmal durchaus hilfreiche Zuordnung zu symptomtragenden Organsystemen erschwert.	die Symptome werden so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines weitgehend oder vollständig vegetativ innervierten und kontrollierten Organs Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen: objektivierbare Symptome der vegetativen Stimulation: z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. subjektive Beschwerden nicht-spezifischer und wechselnder Natur (flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden), die vom Pat. einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden.
F45.4 Anhaltende Schmerzstörung ¹ F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	Viele Überlappungen mit dem „Fibromyalgie-Syndrom“ und anderen schmerzdominanten funktionellen Syndromen	DSM-IV 307.8X Schmerzstörung	<i>Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40):</i> <ul style="list-style-type: none"> - andauernder (mehr als 6 Monate), schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann - der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht - Auftreten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt - meist beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung <i>Chron. Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41):</i> <ul style="list-style-type: none"> -andauernde (≥ 6 Monate) Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben; -psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die

			ursächliche Rolle für deren Beginn; -Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
F45.8/9 Sonstige/nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen		DSM-IV 300.81 Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	-alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens klassifiziert werden, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, die auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers begrenzt sind und mit belastenden Ereignissen oder Problemen eng in Verbindung stehen.
F 48.0 Neurasthenie	Weitgehend identisch mit dem „Chronic Fatigue Syndrome“	Kein Äquivalent in DSM-IV!	Zwei Hauptformen: 1. Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben 2. Gefühle körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. - Zusätzlich oft andere unangenehme körperliche Empfindungen (Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst). -beträchtliche kulturelle Unterschiede
F44.4-7 Konversionsstörungen (Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung) ² (eigene ICD-10 Kategorie)		DSM-IV 300.11 Konversionsstörung (dem Kapitel „Somatoforme Störungen“ zugeordnet)	- am häufigsten vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile -große Ähnlichkeit mit fast jeder Form von Ataxie, Apraxie, Akinesie, Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie, Anfällen oder Lähmungen (Pseudoneurologische Symptomatik) - Ausdruckskrankheit ¹ : Ein auslösender Konflikt muss erkennbar sein und drückt sich im Symptom im Sinne einer Kompromisslösung aus

¹ Diese SFD-Subtypen werden im DSM-V voraussichtlich unter dem Begriff des „complex somatic symptom disorder“ zusammengefasst. ² Im ICD-10 Kapitel F 44.0-3 sind in darüber hinaus verschiedene „dissoziative Bewusstseinsstörungen“ aufgelistet, wie etwa die dissoziative Fugue oder die dissoziative Amnesie. Die Zuordnung der Konversionsstörungen in DSM-V ist noch nicht abschließend geklärt.

Kommentar zu den Statements 7 und 8:

Der Begriff „somatoforme Störungen“ bezeichnet das anhaltende Klagen über nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden, die zu einer relevanten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führen. Somatoforme Störungen sind bisher in ICD-10 (und DSM-IV) als psychische Erkrankungen klassifiziert, wobei inzwischen eher ihre Stellung *zwischen* körperlichen und psychischen Erkrankungen betont wird (psycho-somatisch/somato-psychisch; „Interface disorders“) (Syke et al. 2006; Creed et al. 2010). Über die in Tabelle 5.1 genannten Kategorien hinaus listet die ICD-10 im Kapitel „Somatoforme Störungen“ noch die Hypochondrische Störung (F45.2) auf, die aber weniger durch körperliche Beschwerden als vielmehr durch die Angst, erkrankt oder – im Fall der nicht wahnhaften Dysmorphophobie – missgestaltet zu sein, gekennzeichnet ist. Als Konversionsstörungen werden somatisch nicht hinreichend erklärbare Störungen der Bewegung, der Sensibilität, der Wahrnehmung oder psychogene

nicht-epileptische Anfälle (d.h. „pseudoneurologische“ Körperbeschwerden) bezeichnet. Im ICD-10 werden sie als eigene Kategorie der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen; vor allem F44.4-7: Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung), im DSM-IV dagegen als eine Unterkategorie der somatoformen Störungen geführt (⇒ Tabelle 5.1.). Im Unterschied zu anderen somatoformen Syndromen entwickelte sich der Begriff der „Konversionsstörung“ historisch aus einer frühen Konzeptionalisierung der „Hysterie“; dieser Begriff ist jedoch heute veraltet. Von anderen somatoformen oder funktionellen Syndromen unterscheidet sich die Konversionsstörung v.a.durch die explizite Erwähnung eines konflikthafter oder traumatisch erlebten Auslösers (körperliche Verletzungen und ärztliche Eingriffe wie Operationen, aber auch unlösbare/unerträgliche Konflikte oder gestörte Beziehungen). Teilweise ist das Erkennen eines Zusammenhanges mit Belastungen durch zeitliche Verzögerungen (Latenz) erschwert.

Der Begriff „somatoforme Störungen“ stammt aus der psychosozialen Medizin, hat sich aber unter Patienten und teilweise auch Behandlern nicht gut etabliert; er ist nicht allgemein bekannt und wird teilweise als stigmatisierend erlebt (siehe auch Empfehlung 43 und 98; Stone et al. 2002; Barmer GEK Report Krankenhaus 2011).

Die derzeit noch gültigen Diagnosekonstrukte der somatoformen Störungen gelten als wenig praktikabel und wenig valide und werden gerade grundlegend diskutiert (Löwe et al. 2008). Darüber hinaus scheint in den meisten Fällen bislang die fachliche Ausrichtung des (Erst-) Untersuchers und nicht die klinische Konstellation darüber zu entscheiden, ob die Diagnose einer somatoformen Störung oder eines funktionellen Syndroms vergeben wird.

Angesichts der anstehenden Revisionen von ICD-10 und DSM-IV gibt es aktuell eine lebhafte Debatte darüber, wie funktionelle und somatoforme Syndrome besser klassifiziert werden können (Kroenke et al. 2007; Noyes et al. 2008). Wesentliche Vorschläge sind die Abschaffung der Kategorie „Somatisierungsstörung“ zugunsten einer weniger restriktiv definierten polysymptomatischen Erscheinungsform, bzw. die Abschaffung der Kategorie „Somatoforme Störungen“ insgesamt, die Klassifikation somatoformer Störungen als „interface disorders“, die Neubewertung der Hypochondrischen Störung entweder als Subkategorie von Angststörungen oder als Dimension allgemeiner „somatoformer“ Störungen (Kroenke et al. 1997; Noyes et al. 1999; Kroenke et al. 2007; Creed 2009; Fink et al. 2007; Creed et al. 2010; Löwe et al. 2009; Hanel et al. 2009). Konsens besteht darüber, dass mehr dimensionale Aspekte berücksichtigt und die Bedeutung des Kriteriums „fehlende somatische Erklärbarkeit“ zugunsten psychobehavioraler Positivkriterien verringert werden sollen, auch um eine somatoforme Störung im Zusammenhang mit einer somatisch definierten Erkrankung besser diagnostizierbar zu machen. Die neue Bezeichnung im DSM-V ist aller Voraussicht nach (Stand: April 2011) „complex somatic symptom disorder“ (CSSD), welches vorliegt, wenn

- über mindestens 6 Monate eine oder mehrere belastende bzw. das Funktionsniveau beeinträchtigende Körperbeschwerden vorliegen – unabhängig von der Frage ihrer Erklärbarkeit - *und*
- psychobehaviorale Kriterien wie eine übermäßige Beschäftigung mit den Beschwerden, z.B. in Form von ausgeprägten gesundheitsbezogenen Ängsten, einer Überzeugung von der medizinischen Ernsthaftigkeit der Beschwerden oder eine übermäßige Beschäftigung damit erfüllt sind.

Auch wenn die Einführung von psychobehavioralen Positivkriterien einen entscheidenden Fortschritt im Hinblick auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell darstellt und außerdem eine frühe

Diagnose und eine adäquate Therapie erleichtern könnte, wurde doch kritisiert, dass die (bisherige) Auswahl psychobehavioraler Positivkriterien (noch) nicht genügend evidenzbasiert ist (Henningsen et al. 2011). Erste Arbeiten bescheinigen dem CSSD eine recht hohe deskriptive und Konstrukt-Validität bei im Vergleich zu früheren Klassifikationen verringerter Restriktivität (Voigt et al. 2010; Rief et al. 2011). Die Zuordnung der Konversionsstörungen in DSM-V ist noch nicht abschließend geklärt, evtl. gibt es dafür die eigene Kategorie „functional neurological symptoms“. Der ICD-11-Prozess ist bislang noch weniger weit fortgeschritten.

Der Alternativvorschlag “Bodily Distress Syndrome (BDS)” von Fink et al. (2007) stellt nach Meinung vor allem europäischer Experten zumindest hinsichtlich seiner Terminologie die bessere Wahl dar (Creed et al. 2010), da er erstens ein schlüssiges (anti-dualistisches) pathogenetisches Konzept einführt (bodily distress), wenig stigmatisierend und leichter verständlich ist. Darüber hinaus besteht die vorläufige Falldefinition ja in erster Linie aus einer reinen Symptomzählung aus vier Clustern (cardiopulmonary/autonomic arousal; gastrointestinal arousal; musculoskeletal tension; general symptoms), allerdings – und das ist entscheidend – ohne die bisherige Forderung nach “somatisch unerklärten” Beschwerden. Die Symptomcluster basieren auf einer explorativen Analyse aller Symptome von Patienten aus den unterschiedlichsten Settings; das auf diesen Clustern basierende Diagnosekonzept hat eine sehr hohe Überlappungsrate mit somatoformen und funktionellen Syndromen (Fink & Schröder 2010; Henningsen et al. *im Druck*). Dieses Konzept ignoriert (zumindest im Hinblick auf eine operationalisierte Diagnose) psychobehaviorale Charakteristika komplett – was im Gegensatz zum CSSD aber vielleicht den Vorteil haben könnte, dass es zumindest im somatischen Bereich praktikabler sein könnte. Trotz dieser Fortschritte sind derzeit leider keine Bestrebungen erkennbar, die Parallelklassifikation nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sowohl in der somatischen wie in der psychosozialen Medizin zugunsten eines einheitlichen Systems zu überwinden.

Der Begriff „Somatisierung“ hat mehrere verschiedene Bedeutungen (Lipowski 1988; Kirmayer & Robbins 1991; Barsky & Borus 1995, und 1999; Henningsen 1998; Henningsen et al. 2002). Er wird in einem eher deskriptiven Sinne („a tendency to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings, to attribute them to physical illness, and to seek medical help for them”; Lipowski 1988), oder aber im eher ätiologischen Sinne eines Abwehrmechanismus (die Umwandlung von seelischen Konflikten und Belastungen in Organerkrankungen) verstanden werden (Crombez et al. 2009). Angesichts fehlender Belege sollte er weniger in einem pathogenetischen/psychogenetischen Sinne verwendet werden; deskriptiv bietet er aber die Möglichkeit, die Bereitschaft zum verstärkten Erleben, zu einer vermehrten Darbietung und zu einer negativen Bewertung funktioneller Körperbeschwerden *dimensional* auszudrücken (Regier et al. 2009).

Statement 9: Im Gegensatz zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden setzen **Simulation** und **Aggravation** eine überwiegend **bewusste Täuschung** voraus. Der gemeinsame Nenner ist die Tatsache der nicht hinreichenden somatischen Erklärbarkeit; der Unterschied (auch im Hinblick auf gutachterliche Fragen!) ist die Aufrichtigkeit des subjektiven Beschwerdeerlebens. Aggravation und Simulation sind von der sehr häufigen (unbewussten) **Verdeutlichungstendenz** (Tendenz, die Symptompräsentation auszuweiten und die Beschwerden genauer darzulegen), soziopathischem Verhalten und artifiziellen Störungen abzugrenzen. **Der Nachweis von Simulation schließt die Diagnosen somatoformer und funktioneller Störungen aus!**

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 9:

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind von *Simulation* und *Aggravation* abzugrenzen, die eine überwiegend *bewusste Täuschung* voraussetzen (Henningsson et al. 2001 und 2002; Hausotter et al. 2004). Der gemeinsame Nenner von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden und Simulation/Aggravation ist die Tatsache der nicht ausreichenden somatischen Erklärbarkeit, der Unterschied ist die Aufrichtigkeit des subjektiven Beschwerdeerlebens. Simulation ist eher selten, und ein Absprechen der Beschwerden führt rasch zu einer Diskreditierung des Patienten (Tait & Chibnall 1997; Kouyanou et al. 1998).

5.2. Ätiologie

Statement 10: Es gibt aktuell eine Reihe schlüssiger **ätiopathogenetischer Modelle** zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, von denen aber keines als bewiesen gelten kann. Alle diese Modelle gehen von **komplexen Wechselwirkungen** verschiedener **psychosozialer, biologischer, iatrogener/medizinsystemischer** und **soziokultureller Faktoren** aus (multifaktorielle Genese), die bei Disposition, Auslösung und Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden eine Rolle spielen (⇒ Tabelle 5.2. Langfassung). Die Direktionalität und die Spezifität dieser Risikofaktoren bzw. ihre Abgrenzung als *ätiologische* bzw. *prognostische* Faktoren sind nicht abschließend geklärt.

Konsens

Kommentar zu Statement 10:

Im Lauf der Geschichte und im Vergleich der Kulturen wechselten sich somatische, psychische und somatopsychische bzw. psychosomatische Modelle zur Entstehung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ab, auf die hier aber nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Aktuelle Störungsmodelle legen ihre Schwerpunkte hauptsächlich auf kognitiv-perzeptive, behaviorale

oder interpersonelle Mechanismen und gehen auch von biologischen, in der Regel zentralnervösen Manifestationen dieser Vorgänge aus (Brosschot 2002; Brown et al. 2004; Henningsen 2003; Henningsen et al. 2007; Rief & Broadbent 2007; Ursin & Eriksen 2007; Waller & Scheidt 2004; Lane et al. 2009a und b; ⇒ Abb. 5.2.).

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind also sehr wahrscheinlich multifaktorieller Genese, d.h. es gibt individuelle psychosoziale und biologische, aber auch iatrogene und soziokulturelle Faktoren, die als Risikofaktoren bezüglich der Disposition, der Auslösung und der Aufrechterhaltung bzw. Chronifizierung fungieren können (⇒ Tabelle 5.2.; Übersichten bei Barsky & Borus 1999, Snyderman & Weil 2002; Mayou & Farmer 2002; Henningsen et al. 2004; Stone et al. 2005; olde Hartmann et al. 2009). Eine eindeutige Trennung in disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren ist nicht immer möglich, ebenso wie eine klare Trennung (individueller und interpersoneller) psychologischer, soziokultureller und biologischer Faktoren: Der Zusammenhang mit frühen Traumata weist beispielsweise klar darauf hin, dass biologische und psychische Prozesse Hand in Hand gehen und voneinander abhängen. Bis zu einem gewissen Grade scheinen sich alle beteiligten Faktoren wechselseitig zu beeinflussen, und oft gleichzeitig eine ätiologische und eine prognostische Rolle zu spielen oder aber eher Epiphänomene zu sein, die wiederum den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen können. So ist es kaum möglich, ein lineares Kausalitätsmodell funktioneller Beschwerden zu entwickeln.

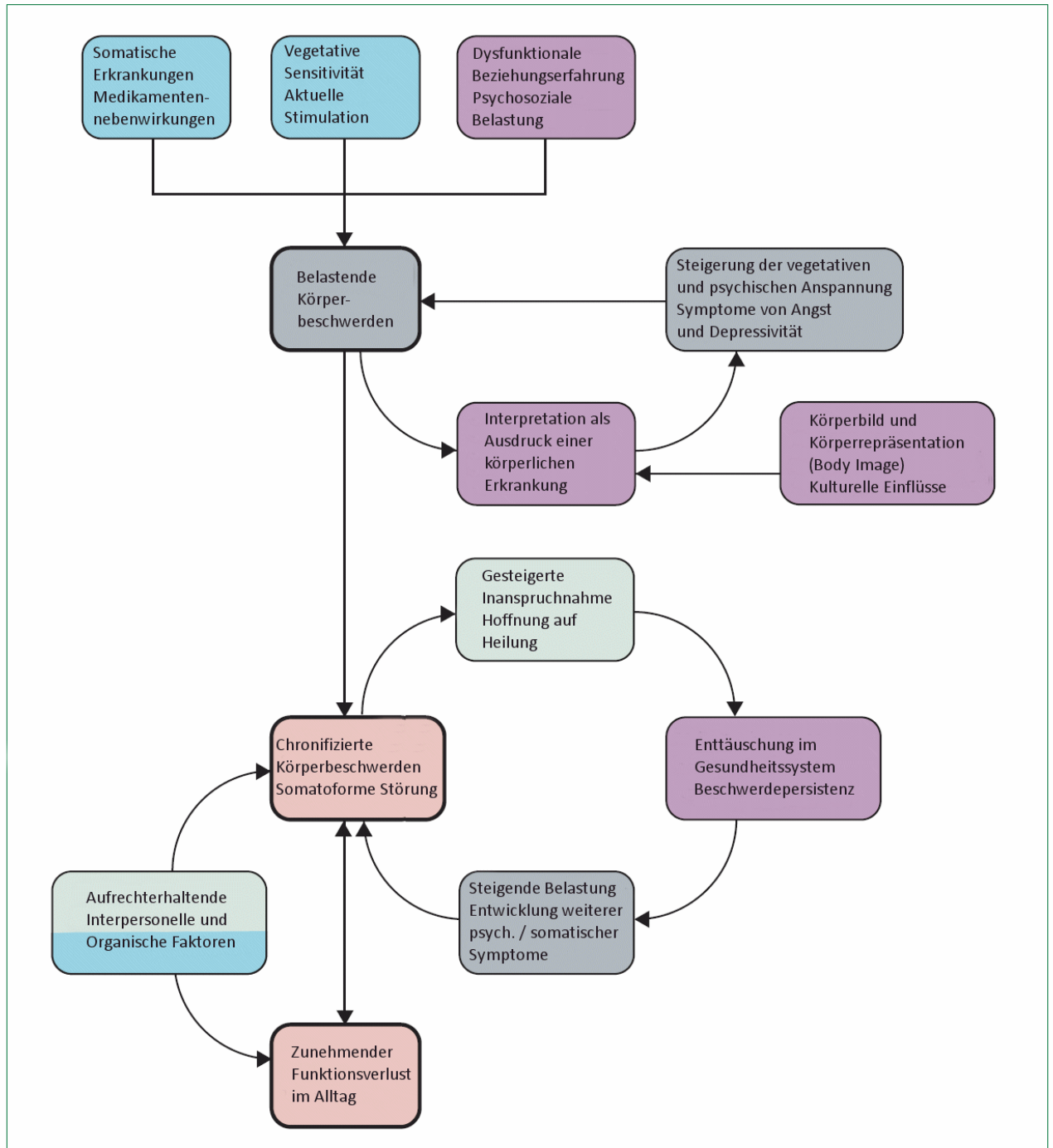
Viele Studien zu Risikofaktoren für die Entwicklung von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden haben methodische Mängel (Querschnittsuntersuchungen, kleine Fallzahlen) oder sind sehr heterogen, was die eingeschlossenen Phänotypen, die beurteilten Charakteristika und die Messmethoden betrifft (siehe z.B. van Geelen et al. 2007; Hempel et al. 2008; olde Hartmann et al. 2009). Insgesamt scheinen viele der angenommenen prädisponierenden Faktoren (z.B. eine belastete Kindheit) eher unspezifisch zu sein und das Risiko für eine ganze Reihe von psychischen sowie körperlichen Symptomen und Erkrankungen zu erhöhen (Somatisierung, Depressivität, Angst, Selbstverletzungen, Drogenmissbrauch etc.) (z.B. Schilling et al. 2007; Mallen et al. 2007; Fliege et al. 2009; Paras et al. 2009), wohingegen die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren (vor allem maldadaptive Krankheitsannahmen und dysfunktionales Krankheitsverhalten sowie iatrogene Somatisierung) spezifischer zu wirken scheinen (Stone et al. 2005; Rief & Broadbent 2007).

Protektive Faktoren für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bestehen natürlich einerseits in der Abwesenheit prädisponierender Faktoren. Im Sinne von Antonovskys Salutogenese-Modell ("Was hält den Menschen gesund?") (Antonovsky & Franke 1997) wurden darüber hinaus aber auch bestimmte genetische, biologische, Persönlichkeits-, Coping- und Umfeld-Faktoren beschrieben, die vorhandenen prädisponierenden Faktoren entgegenwirken bzw. das Auftreten nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden per se unwahrscheinlicher machen („Resilienz-Faktoren“; Cicchetti & Rogosch 1997; Cicchetti & Rogosch 2007; Chicchetti et al. 1993 und 2007; Cederblad et al. 1995; Rogosch & Cicchetti 2004; Nielson & Jensen 2004; Flores et al. 2005; Flannelly et al. 2006; Hollifield et al. 2008; Petrie et al. 2007). Die meisten dieser „Resilienz“-Faktoren sind aber – nach derzeitigem Kenntnisstand – unspezifischer Natur und „schützen“ allgemein vor körperlichen ebenso wie psychischen Beschwerden und Erkrankungen. Einige protektive Faktoren scheinen auch nur unter bestimmten Bedingungen zu wirken, wie etwa stützende Beziehungen eher bei Personen ohne Gewalterfahrungen (Cicchetti & Rogosch, 1997). Auch ist die spezielle Relevanz für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bzw. die differenzielle Bedeutung

als protektive Faktoren hinsichtlich der Verhinderung oder positiven Beeinflussung bereits bestehender nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden noch weitgehend unklar.



Die wesentlichen handlungsrelevanten Ebenen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sind in ⇒ [Praxistipp 1](#) zusammengefasst.

Abb. 5.2. Ätiologisches Modell nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden




Pink=zentrale Charakteristika. Grau=Begleitsymptome. Violett=psychologische und soziokulturelle Faktoren. Grün= behaviorale und interpersonelle Faktoren. Blau= somatische Faktoren. (modifiziert nach Henningsen et al. 2007; mit freundlicher Genehmigung durch Peter Henningsen)

Tabelle 5.2. Übersicht über mögliche soziodemographische, psychosoziale, biologische, iatrogene, medizinsystemische und soziokulturelle Risikofaktoren für die Disposition, Auslösung und/oder Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden.

<p> mögliche soziodemographische/ psychosoziale Faktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • demographisch: • weibliches Geschlecht • niedriger sozioökonomischer Status • biographisch: • außergewöhnliche Belastungen und ungünstige Lebensumstände und Ereignisse in der Kindheit (wie Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, psychische Erkrankungen/Alkoholismus in der Familie) • frühe Lernerfahrungen mit eigener Krankheit, Krankheit in der Familie bzw. unklare Körperbeschwerden bei Bezugspersonen (Modelllernen) • frühere eigene nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden und somatische Grunderkrankungen • aktuell: • psychische Komorbidität • aktuell bestehende Konflikte und Belastungen, v.a. am Arbeitsplatz (evtl. mit subjektiver emotionaler oder interpersoneller Entlastung durch Symptombildung i.S. e. primären Krankheitsgewinns) • ungünstige krankheitsbezogene Annahmen und Verhaltensweisen z.B. katastrophisierendes Denken, starke Krankheitsängste, dysfunktionale Krankheitsverarbeitung • außergewöhnliche Belastungen (z.B. Kündigung, Trennung, Unfälle, Operationen) • persönlichkeitsstrukturelle Defizite, Neurotizismus, unsicherer Bindungsstil, gestörte Affektwahrnehmung, Affektverarbeitung oder Mentalisierungsfähigkeit • starke funktionelle Beeinträchtigung, z.B. längere Arbeitsunfähigkeit, Rentenbegehren • mangelnde soziale Unterstützung und Aktivität, z.B. Einsamkeit im Alter • Verstärkung von Krankheitsverhalten durch fehlende externe Anreize zum Überwinden der Symptomatik bzw. positive Anreize für die Krankenrolle (z.B. Entlastung, Zuwendung, Versorgung i.S. e. sekundären Krankheitsgewinns)
<p> Mögliche biologische Faktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • syndromspezifische biologische Faktoren (➡ entsprechende Leitlinien), z. B. bakterielle und virale Darminfekte beim Reizdarm-Syndrom • vorangegangene oder bestehende somatische Erkrankungen,

	<p>z.B. systemischer Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis oder Sjögren Syndrom beim Fibromyalgie-Syndrom</p> <ul style="list-style-type: none"> • (altersbedingte) Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Kognition • körperliche Dekonditionierung, monotone Körperhaltung • Störungen der peripher- und vor allem zentralnervösen Reizwahrnehmung- und -prozessierung, z.B. in Form einer erniedrigten Empfindungs-/ Schmerzschwelle, neuronale Bahnung/ Sensibilisierung, Entwicklung eines Schmerzgedächtnisses, „somatosensorische Amplifikation“ • psychoneuroimmunologische Regulationsstörungen durch (dauerhafte) Stressbelastung bzw. Traumatisierung • genetische und/oder epigenetische Variationen, z.B. im Hinblick auf Stressverarbeitung
 Mögliche iatrogene/ medizinsystemische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • somatisierende Effekte ärztlicher Verhaltensweisen, z.B. einseitig somatische Vorgehensweise, Ignorieren von Hinweisen auf psychosoziale Zusammenhänge, verunsichernde Bewertung von Symptomen und Befunden, Förderung der Unzufriedenheit durch unerreichbare Therapieziele, suchtfördernde Verordnung von Medikamenten • kontraproduktive Entlohnung im Medizinsystem: Vergütung für Krankheit, krankheitsbezogenes Verhalten und apparative Leistungen, fehlende bzw. unzureichende Vergütung für gesundes Verhalten, Gesprächsleistungen oder Vermeidung unnötiger Maßnahmen • Gesundheitssystem, das v.a. auf „Reparatur“ und „Versorgung“ und weniger auf Selbstverantwortung und Prävention ausgerichtet ist • inkonsistente und unscharfe Begriffe • teilweise einseitige „Psychologisierung“ und „Psychiatisierung“ der Beschwerden
 Mögliche soziokulturelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung bestimmter somatischer oder umweltbezogener Erklärungsmodelle und Krankheitsängste über Arbeitskollegen, Medien, etc. • die gesellschaftliche Bewertung unklarer Beschwerden als illegitim, was die Betroffenen eher zur Betonung als zur Aufgabe der Beschwerden antreibt • Kulturelle (von Behandlern und Betroffenen gleichermaßen geteilte) Deutung von Beschwerden als „somatisch“ bzw. „behandlungsbedürftig“ (z.B. Rückenschmerz in Deutschland, Erschöpfungssyndrom in Großbritannien)

<p> Mögliche protektive/ salutogene Faktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • genetische oder funktionelle Anpassungen der Stressregulations-Systeme, z.B. der HPA-Achse, der 5-HTT-Transporter-Aktivität, der MAOA-Aktivität, oder der DHEA-Sekretion • genetisch oder psychosozial geprägte Persönlichkeitsfaktoren wie „ego resiliency“, „ego control“, „positiver Selbstwert“, eine höhere Intelligenz, eine höhere Solidität (also geringere Impulsivität), Geselligkeit oder auch Zurückhaltung sowie ein sicherer Bindungsstil • adaptive Coping-Strategien (Glaube in eigene Stärke und eigene Zukunftsperspektiven, (körperliche) Aktivität, teilweise auch religiöser Glaube) auch konkret im Bezug zu den Beschwerden selbst. • bestimmte frühere Umgebungsfaktoren wie frühe sichere Bindungen • bestimmte aktuelle Umgebungsfaktoren wie soziale Unterstützung und aktuelle stabile Beziehungen • protektive iatrogene Faktoren wie eine frühe und angemessene, entkatastrophisierende Aufklärung des Patienten oder eine ganzheitliche, biopsychosoziale Sichtweise auf Krankheiten, die beide jedoch eher die Auslösung oder Aufrechterhaltung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden als die Entstehung im eigentlichen Sinne positiv beeinflussen • soziokulturelle Faktoren wie ein Gesundheitssystem, das frei zugänglich ist, aber auf Primärprävention und Eigenverantwortung setzt
--	--

HPA-Achse: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse; 5-HTT: Serotonin-Transporter-Gen; AOA: Monoaminoxidase A; DHEA: Dehydroepiandrosteron

Praxistipp 1: Die wesentlichen Ebenen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden: Versuch eines handlungsorientierten Störungsmodells

Ebene	Handlungsrelevante Aspekte
SUBJEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> • subjektive Krankheitserfahrung und die emotionale Bedeutung von Krankheit/ Gesundheit sind entscheidend für das individuelle „Krank-Sein“ • subjektive Ursachenvorstellungen und das Ausmaß der individuellen Funktionseinschränkung sind wichtiger als so genannte „objektive“ Untersuchungsbefunde
BIOPSYCHOSOZIAL	<ul style="list-style-type: none"> • eine Einordnung der Beschwerden als "somatisch" wäre eine Vernachlässigung psychosozialer Anteile, eine Einordnung als "psychisch" eine Vernachlässigung somatischer Anteile • für Disposition, Auslösung und Aufrechterhaltung spielen verschiedene psychosoziale, biologische, iatrogene/ medizinsystemische und soziokulturelle Faktoren eine Rolle • es gibt sowohl protektive/ salutogene als auch Risiko-Faktoren • zwischen all diesen Faktoren gibt es dynamische Wechselwirkungen • eine multifaktorielle Bedingungsanalyse ist nötig
KONTEXTBEZOGEN	<ul style="list-style-type: none"> • der individuelle Verlauf hängt von sich ständig verändernden äußeren und inneren Umständen ab • Beispiele: berufliche und private Lebenssituation, Interaktion mit Angehörigen und Behandlern sowie deren Verhalten, Einflüsse des Medizinsystems • eine sorgfältige Anamnese des individuellen Beschwerdekontexts ist nötig
INTEGRATIV: PSYCHO-SOMATISCH/ SOMATO-PSYCHISCH	<ul style="list-style-type: none"> • nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden repräsentieren gleichsam eine Brücken- Kategorie („Interface“), die den Dualismus zwischen „psychisch“ und „somatisch“ als unzureichend entlarvt • störungsorientierte und gut koordinierte, Fachgebiets-, Verfahrens- und Schulen-<i>übergreifende</i> Konzepte in Prävention, Diagnostik und Therapie sind nötig

5.3. Allgemeine Epidemiologie

Statement 11: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind häufig (Evidenzgrad: 1b).

Im Überblick sind etwa

- 4-10% in der **Bevölkerung**
- und etwa 20% in der **hausärztlichen Praxis** betroffen.
- In **spezialisierten Settings**, wie etwa in somatischen Spezialambulanzen und –praxen, muss von einem noch höheren Anteil (bis etwa 50%) ausgegangen werden.
- Bei Patienten in der **psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung** sind funktionelle bzw. somatoforme Körperbeschwerden extrem häufig (bis >70%), als *Hauptdiagnosen* (zugunsten von Depressionen oder Angst-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen) aber eher *unterrepräsentiert*.

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 11:

Angesichts der unterschiedlichen diagnostischen und klassifikatorischen Zugänge sind Aussagen zur Epidemiologie organisch nicht hinreichend erklärbarer Körperbeschwerden schwierig. In der Allgemeinbevölkerung ist das Auftreten entsprechender Beschwerden ein sehr häufiges Phänomen. Hiller und Kollegen fanden bei fast 82% einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe mindestens ein solches Symptom innerhalb der letzten Woche (Hoedeman et al. 2010a). Meist berichten die Betroffenen jedoch mehrere Symptome (Hiller et al. 2006d; Hiller et al. 2006e; Salmon et al. 2008a). Etwa 23% der Bevölkerung berichten mindestens ein Symptom mit begleitenden Funktionseinschränkungen (Hiller et al. 2006e). In einer 2002 durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Befragung von 2089 Deutschen (14-92 Jahre) wurden jene körperlichen Beschwerden als somatoform bedingt definiert, die das Befinden ernsthaft beeinträchtigen, bei denen ein Missverhältnis zwischen objektivem Befund und subjektivem Befinden besteht und die durch psychosoziale Aspekte determiniert werden (Hessel et al. 2005b). Nach diesen Kriterien fand sich eine Zweijahres-Prävalenz somatoformer Beschwerden bei 8,3% der Bevölkerung. Wegen dieser Beschwerden wird das Gesundheitssystem erheblich in Anspruch genommen.

Im Gegensatz dazu treten somatoforme Störungen entsprechend den Kriterien der Diagnosesysteme deutlich seltener auf. Die Angaben dazu variieren stark, überschreiten aber nur selten einen Anteil von 10% in der Allgemeinbevölkerung (Escobar et al. 1987; Regier et al. 1988; Clayer et al. 1995; Roca et al. 1999a; Sandanger et al. 1999a; Sandanger et al. 1999b; Meyer et al. 2000; Ladwig et al. 2001a; Rief et al. 2001b; Ladwig et al. 2001b; Andrade et al. 2002; Grabe et al. 2003; Hessel et al. 2005a; Kringlen et al. 2006; Frohlich et al. 2006a; Hiller et al. 2006a; Hiller et al. 2006b; Frohlich et al. 2006b; Frohlich et al. 2006c; Hiller et al. 2006c; Hiller et al. 2006e; Hiller et al. 2006f; Hiller et al. 2006g; Leiknes et al. 2007b; Wittchen et al. 2011). Die somatoforme Schmerzstörung stellt in dieser Gruppe mit etwa 8%

einen großen Anteil dar. Die Somatisierungsstörung findet sich in der Bevölkerung meist mit einem Anteil von unter 1% (Escobar et al. 1989a; Escobar et al. 1989b; Wittchen et al. 1999; Rief et al. 2001b; Ladwig et al. 2001b; Rief et al. 2001c), was unter anderem auf die Problematik der diagnostischen Kriterien für diese Störung zurückzuführen ist. Wie bereits oben beschrieben, führt das Auftreten somatoformer Beschwerden häufig zu ärztlicher Inanspruchnahme. Dementsprechend ist der Anteil in der primärärztlichen Versorgung höher: Im Überblick ist von einem Anteil von rund 20% der Patienten mit somatoformen Beschwerden auszugehen, einzelne Studien berichten von deutlich höheren Raten (Philbrick et al. 1996; Lobo et al. 1996; Linzer et al. 1996; Kroenke et al. 1997; Gureje et al. 1997; Fink et al. 1997 und 1999; Campayo et al. 1998; Escobar et al. 1998a; Escobar et al. 1998b; Roca et al. 1999b; Rief et al. 2001a; Lynge et al. 2004; Escalona et al. 2004; de Waal et al. 2004; Ansseau et al. 2004; Becker, 2004a; Toft et al. 2005; Broers et al. 2006b; Norton et al. 2007; Mergl et al. 2007; Lowe et al. 2008; Fortes et al. 2008; Cwikel et al. 2008; Clarke et al. 2008; Jackson & Kroenke, 2008a; Roca et al. 2009; Steinbrecher et al. 2011). Auch in spezialisierten Settings, wie etwa psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen liegt der Anteil deutlich höher (Fink et al. 2003; Ansseau et al. 2004; Becker 2004a; Becker 2004b; Becker 2004c; Fink et al. 2005; Broers et al. 2006a; Steinbrecher et al. 2011).

Auch die Prävalenz einzelner funktioneller Syndrome kann aufgrund klassifikatorischer Unklarheiten nur geschätzt werden: Chronic Fatigue tritt in der Bevölkerung relativ selten auf. Viele Studien finden Prävalenzraten um 1% (Mezzich et al. 1989; Lawrie & Pelosi 1995; Reyes et al. 2003; Ritsner 2003), andere bis zu 6% (Jason et al. 1999; Martin et al. 2007; Harvey et al. 2008). Für den primärärztlichen Bereich bewegen sich die Angaben aus verschiedenen Studien zwischen 10% und 20% (Cathebras et al. 1992; Walker et al. 1993; Buchwald et al. 1995; Wessely et al. 1997; Skapinakis et al. 2003; Huibers et al. 2004; Lindal et al. 2006). Vergleichbare Zahlen finden sich für das Fibromyalgie-Syndrom (Bates et al. 1993; Gunn et al. 1993a; Gunn et al. 1993c; Gunn et al. 1993d; Gunn et al. 1993e; Gunn et al. 1993f). Für das Reizdarmsyndrom (Irritable Bowel Syndrome, IBS) zeigen die meisten Studien Prävalenzraten zwischen 7-15% der Bevölkerung (Gunn et al. 1993b; Bommelaer et al. 2000; Muller-Lissner et al. 2001; Baretic et al. 2002; Saito et al. 2002; White & Thompson 2003; Bommelaer et al. 2004; Hillila & Farkkila 2004; Wilson et al. 2004; Celebi et al. 2004; Yilmaz et al. 2005; Andrews et al. 2005; Hungin et al. 2005; Wigington et al. 2005; Svedberg et al. 2008; ➔ S3-LL "Reizdarmsyndrom"), ebenso findet sich in Bevölkerungsstudien bei etwa 10% eine Multiple Chemical Sensitivity (Jones & Lydeard 1992; Vandvik et al. 2006a; Vandvik et al. 2006b; Vandvik et al. 2006c; Vandvik et al. 2006d).

Tab. 5.3.: Epidemiologische Studien zum Auftreten belastender, funktioneller und bzw. somatoformer Beschwerden in der Bevölkerung und in der primärärztlichen Versorgung

Quelle	Diagnostik [#]	N	Land	Prävalenz*
Bevölkerungsbasierte Studien				
Andrade et al. (2002)	CIDI	1.464 (>18 Jahren)	Brasilien	SD 6% (Lebenszeit) SD 4,2% (12-Monats-Prävalenz) SD 3,2% (1-Monats-Prävalenz)
Clayer et al. (1995)	Diagnostic Interview Schedule (DISS)	1.009 (>18 Jahren)	Australien	SD 5,3%
Hiller et al. (2006)	SOMS	2.552	BRD	81,6% mindestens 1 Symptom, 22,1% mit Beeinträchtigung

Wittchen et al. (1999)	CIDI-Screener und M-CIDI	4.181	BRD	SD 7,5%
Faravelli et al. (1997)	strukturiertes Interview	673	Italien	SPD 0,6% SOM-D 0,7%
Fröhlich et al. (2006)	M-CIDI	4.181	BRD	SPD 8,1%
Grabe et al. (2003)	M-CIDI,	4.075	BRD	DSM-III SPD (33,7%), DSM-IV: 12,3% (Lebenszeitprävalenz) DSM-III SPD 17,3% und DSM-IV 5,4% (6-Monats-Prävalenz)
Meyer et al. (2000)	M-CIDI	4.075	BRD	SD (12,9%), davon 12,2% SPD (Lebenszeitprävalenz)
Hessel et al. (2005)	SOMS	2.089	BRD	SD 8,3%
Hessel et al. (2002)	SOMS	2.050	BRD	SOM-D 0,2-0,4%
Kringlen et al. (2006)	CIDI	1.080	Norwegen	SD 3,4% (: Lebenszeit) 2,2% (12-Monats-Prävalenz)
Ladwig et al. (2001)	Zerssen-Beschwerdeliste (<6 Symptome)	7.466	BRD	SOM-D 1,84% (Punktprevalenz)
Regier et al. (1993)	DIS	18.5712	USA	SOM-D 0,09%
Leiknes et al. (2007)	WHO-CIDI	1.247	Norwegen	8% SPD
Rief et al. (2001)	SOMS, Whiteley Index	2.050	BRD	SOM-D 0,3%; SSI 3/5 23,6%
Roca et al. (1999)	GHQ-26 SCAN	697	Spanien	SOM-D 0,3%
Sandanger et al. (1999)	1. HSCL-25 (2.015) 2. CIDI (617)	617	Norwegen	SD 5,9% (2 Wochen)
Escobar et al. (1989)	DIS	3.132	USA	abridged SOM 4,4% SOM-D 0,03%
Wittchen et al. (2011)	verschiedene Instrumente	Metaanalyse	27 EU-Staaten, Island, Norwegen, Schweiz	SD 6,3% (Range 1,1% - 11,0%) expertenbasiertes „Best estimate“ 4,9%)
Primärärztliche Versorgung				
Steinbrecher et al. (2011)	PHQ-15	620	BRD	SD 22,9%
Escalona et al. (2004)	CIDI	264 Frauen	USA	abridged SOM 19,3%
Clarke et al. (2008)	PHQ-15	10.507	Australien	SD 18,5%
Fortes et al. (2008)	GHQ-12 (N=714) → CIDI (N=215)	714	Brasilien	SOM-D 18,5%, SPD 19,1% (Lebenszeitprävalenz)
Garcia-Campayo et al. (1998) Lobo et al. 1996	GHQ-28 → Standardized polyvalent psychiatric interview (SPPI)	1.559	Spanien	SOM 21,3% SOM-D 9,4% (nach Goldberg & Bridges)
Ansseau et al. (2004)	PRIME-MD-Interview	2.316	Belgien	SD 18,0%
Escobar et al. (1998a und b)	CIDI	1.456	USA	SOM-D >1% abridged diagnosis 22%
Fink et al.	SCL-25 → stratified	191	Dänemark	SD 22,3%

(1999)	sample: SCAN			
Gureje & Simon (1999)	GHQ-12 → CIDI	5.438	14 Länder	SSI 19,7%
Jackson & Kroenke (2008)	PHQ-15, PRIME-MD	500	USA	MSD 8%
Kroenke et al. (1997) Linzer et al. (1996)	PHQ-15, PRIME-MD-Interview	1.000	USA	MSD 8,2% SD 14,2% (18% Frauen, 9% Männer)
Löwe et al. (2008)	PHQ-15	1.091	USA	SOM 19,5%
Philbrick et al. (1996)	PRIME-MD	350	USA	SD 11,1%
Norton et al. (2007)	PHQ-15	1.151	Frankreich	SD 11,3%
Broers et al. (2006)	PHQ-15	1.285	Bosnien & Herzegowina	SD 16%
Mergl et al. (2007)	CIDI	394	BRD	SD 25,6%
Lynge et al. (2004)	GHQ-12 → SCAN	376	Grönland	SD 22,3%
deWaal et al. (2004)	HADS/PSC → SCAN	1.046	Niederlande	SD 16,1%
Cwikel et al. (2008)	CIDI-Short Form	976	Israel	SD 11,8%
Toft et al. (2005)	SCL → SCAN	1.785	Dänemark	SD 35,9%
Becker (2004)	PHQ-15	431	Saudi-Arabien	SD 19,3%
Wilhelm et al. (2008)	CIDI	371	Australien	SOM-D 3,2%
Zamzam et al. (2009)	PHQ-15	276	Malaysia	SD 12,2%
Roca et al. (2009)	PRIME-MD-Interview; PHQ-15	7.936	Spanien	SD 28,8

* SOM=Somatisierung; SD=Somatoforme Störungen; SOM-D=Somatisierungsstörung; SPD-Schmerzstörung

eingesetzte Instrumente: CIDI=Composite International Diagnostic Interview; M-CIDI=Münchener Composite International Diagnostic Interview; PHQ-15=Patient Health Questionnaire, Modul somatoforme Beschwerden; SOMS=Screening für somatoforme Störungen; DIS=Diagnostic Interview Schedule; GHQ-12/26/28=verschiedene Versionen des General Health Questionnaire; SCAN=Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; HSCL=Hopkins-Symptom-Checklist; SCL=Symptom Checklist; HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale; PSC=Physical Symptom Checklist

5.4. Geschlechtsspezifische Aspekte

Statement 12: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten bei Frauen und bei Männern auf. Frauen berichten aber häufiger darüber als Männer (**Geschlechterverhältnis ca. 1,5-3:1**) (Evidenzgrad: 2b). Als Ursachen für dieses Verhältnis werden v.a. **geschlechtsspezifische Unterschiede** in der **Assoziation mit psychischen Störungen** und **Traumata**, in der **Wahrnehmung, Verarbeitung, Interpretation** und **Kommunikation von Körperreizen**, in der Entwicklung von **Krankheits- und Gesundheitskonzepten und -verhalten**, auch in **unterschiedlichem Ansprechen auf verschiedene Therapieformen**, teilweise aber auch eine **unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen innerhalb des Gesundheitssystems** angenommen.

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 12:

Obwohl nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden nicht an ein bestimmtes Geschlecht gebunden sind, kommen sie bei Frauen deutlich häufiger vor als bei Männern: Frauen geben in fast allen Studien mehr (geschlechtsunabhängige) Beschwerden und eine höhere Inanspruchnahme an als Männer; das Geschlechterverhältnis für alle relevanten Krankheitsbilder liegt bei ca. 1,5-3:1, bei einzelnen Krankheitsbildern wie dem Fibromyalgie-Syndrom sogar noch höher (Barsky et al. 2001; Ladwig et al. 2001; Kapfhammer 2005; Johnson 2008; Zimmer-Albert & Pogatzki-Zahn 2011; ➡ S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“). Auch das bereits gleichzeitige Auftreten verschiedener funktioneller und somatoformer Syndrome scheint sich vor allem bei Frauen zu finden (Akkus et al. 2003; Tseng & Natelson 2004; Jacobi et al. 2004). Weibliches Geschlecht scheint als Risikofaktor für die Entwicklung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden zu wirken (s.u.a. Petersen et al. 2006; Statement 10).

Die Gründe dafür sind nicht abschließend geklärt, man vermutet eine Kombination aus biologischen (z.B. hormonelle Unterschiede oder unterschiedliche Schmerz-Perzeption), vor allem aber psychosozialen und soziokulturellen Gründen (Wool & Barsky 1994; Johnson et al. 2008). Solche soziokulturellen Gründe können sein (Malterud 1999; Johnson 2008; Hausteiner-Wiehle 2011):

- eine erhöhte Prävalenz (früher und aktueller) Traumatisierungen und psychosozialer Belastungen sowie vieler psychischer Störungen
- unterschiedliche Rollenvorstellungen wie zum Beispiel das „Männer weinen nicht“-Paradigma;
- unterschiedliches Hilfesucherhalten (sei es nun rollenbedingt oder auch notwendig, um adäquate Hilfe zu erhalten);
- eine vom (sozialen) Geschlecht geprägte unterschiedliche Art, persönliches Leiden auszudrücken, oder
- die unterschiedliche Wertung körperlicher und seelischer Beschwerdeäußerungen durch die Behandler in einer westlich-männlich geprägten Kultur;

Es gibt eine Reihe von einzelnen Studien, die nachgewiesen haben, dass Faktoren wie Gesprächsführung, diagnostisches Vorgehen, und Wahrscheinlichkeit einer (psychischen)

Fehldiagnose sowohl vom Patienten- als auch vom Arztgeschlecht beeinflusst werden (Hausteiner-Wiehle et al. 2011). Darüber hinaus scheinen auch Therapien geschlechtsspezifisch zu wirken. So ist die Wirksamkeit von Alosetron beim Reizdarmsyndrom nur für Frauen belegt; auch auf verschiedene pharmakologische wie nicht-pharmakologische Therapieansätze bei chronischen Schmerzen reagieren Frauen anders als Männer (Ouyang & Wroz 2006; Fillingim et al. 2009). Ob das Geschlecht jedoch den Verlauf funktioneller Beschwerden beeinflusst, ist nicht abschließend geklärt, tendenziell scheinen Frauen jedoch eher eine ungünstigere Prognose zu haben als Männer (olde Hartman et al. 2009).

Forschungsdefizite:

Gender-Aspekte zählen nach wie vor zu den vernachlässigten Bereichen der gesamten medizinischen Forschung. Frauen wurden in wissenschaftlichen Untersuchungen oft ungerechtfertigter Weise ausgeschlossen: Krankheiten, die überwiegend Frauen betreffen, wurden weniger genau beforscht, Frauen waren seltener als Männer Probanden in klinischen Studien (auch wenn dies oft geschah, um Frauen, zumindest im gebärfähigen Alter zu schützen, gibt es deshalb immer noch einen eklatanten Mangel an entsprechenden klinische Daten), und Frauen wurden deutlich seltener als Männer mit der Leitung solcher Studien betraut (Angell 1993; Richman et al. 2000). Trotz (wegen?) der eindeutig zu den Frauen hin verschobenen Geschlechtsverteilung gibt es auch erstaunlich wenig Studien zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, die etwa beide Geschlechter getrennt betrachten und vergleichen würden (Johnson et al. 2008). Auch qualitative Studien, die subtile geschlechtsspezifische Aspekte aufdecken könnten, sind viel zu selten (Johnson et al. 2008). Aufgrund dieses Forschungsdefizits kann bislang deshalb nur sehr allgemein zu einem differenzierten, individualisierten Umgang mit den betroffenen Patienten aufgerufen werden, der auch das Geschlecht berücksichtigt (Johnson 2008).

5.5. Spezielle Altersgruppen

Statement 13a: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden zeigen etwa ein Drittel der **Kinder und Jugendlichen**. Bei Kleinkindern finden sich am häufigsten **Bauchschmerzen**, bei Schulkindern und Jugendlichen dominieren **Kopfschmerzen** vor Bauch- und Gliederschmerzen und anderen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (Evidenzgrad: 2b). Der Übergang von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in eine somatoforme Störung wird von einer Vielzahl psychischer und sozialer Faktoren begünstigt: ungünstigen Bewältigungsprozessen (Katastrophisieren), Stressfaktoren im Alltag, komorbiden psychischen Störungen (Ängste, depressive Störungen, Bindungsstörungen, Schulphobie) und einer ungünstigen Behandler-Patient Interaktion (Evidenzgrad: 3b). Bei rechtzeitiger Diagnosestellung und adäquater Therapie ist die **Prognose** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen meist **günstig** (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Empfehlung 13b: Bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen sollte eine frühzeitige Betreuung durch ein interdisziplinäres pädiatrisches Team erfolgen. Patienten mit chronischem Kopfschmerz, funktionellem Bauchschmerz und juvenilem Schmerzverstärkungssyndrom (dieser Begriff wird in der Pädiatrie anstatt des Begriffs „(Juveniles) Fibromyalgie-Syndrom“ verwendet) sollten leitlinienorientiert behandelt werden (☞ S3-LL „Reizdarmsyndrom“, „Fibromyalgie-Syndrom; „Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter“).

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 13a und 13b:

In Deutschland und auch aus anderen Ländern gibt es mehrere Untersuchungen zur Prävalenz von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (v.a. Schmerz) bei Kindern und Jugendlichen, so dass die Häufigkeit mit einem Drittel angenommen werden kann (Lieb et al 2000; Essau et al. 2000; Roth-Isigkeit et al. 2004 und 2005; Eminson 2007; Noeker & Petermann 2008; Schulte et al. 2010). Im Vordergrund stehen die chronischen Schmerzsyndrome, neurologische Störungen und andere funktionelle Beschwerden wie Synkopen, Hyperventilationen. Das Vollbild der Somatisierungsstörung scheint allerdings auch noch im Adoleszentenalter selten zu sein. Es liegen keine Langzeitstudien vor, so dass Angaben über die Prognose noch keine abschließenden Aussagen zulassen. Insgesamt scheint die Prognose im Vergleich zum Erwachsenenalter bei adäquater Behandlung günstiger zu sein.

Zum *Umgang* mit pädiatrischen Patienten mit chronischem Kopfschmerz, funktionellem Bauchschmerz und juvenilem Schmerzverstärkungssyndrom (Letzteres wird teilweise auch bezeichnet als: "Chronische Schmerzstörung des Bewegungsapparates mit somatischen und psychischen Faktoren") gibt es Behandlungsleitlinien, auf die an dieser Stelle verwiesen werden soll; sie empfehlen v.a. eine frühzeitige Betreuung durch ein interdisziplinäres pädiatrisches Team (Michels et al. 2008; Ebinger et al. 2009; Layer et al. 2011). Zusätzlich ist auch für Kinder und Jugendliche eine Leitlinie sinnvoll, die die gemeinsamen Aspekte nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden unterstreicht und Empfehlungen für den Umgang mit den Patienten mit einschließt (☞ „Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen“).

Statement 13c: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten bei **jüngeren und älteren Erwachsenen** auf. Die Datenlage lässt keine abschließende Aussage zu, ob sie bei älteren Menschen häufiger, seltener oder gleich häufig wie bei Jüngeren sind (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Empfehlung 13d: Auch wenn die diagnostische Abgrenzung aufgrund von **Multimorbidität** und einer **Multimedikation** komplexer und mit einer höheren Unsicherheit behaftet ist, sollte auch bei älteren

Patienten an nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme **Beschwerden bzw. Beschwerdeanteile** gedacht werden (Evidenzgrad: 2b) .

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 13c und d:

Körperliche Erkrankungen, Behinderungen und Medikation im Alter nehmen in der Bevölkerung zu (z.B. Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1999). Körperliche Beschwerden generell (ohne nähere Spezifizierung ob somatisch hinreichend erklärbar) und auch „unerklärte“, nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, erfasst mit Selbstauskunftsskalen (v.a. Schmerzen), zeigen den gleichen Trend (Fahrenberg et al. 1994; Gunzelmann et al. 1996; Brähler et al. 2000; Hessel et al. 2003; Beutel et al. 2004 (nur Frauen untersucht) u.a.), wobei es hinsichtlich der Häufigkeit nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden durchaus widersprüchliche Ergebnisse gibt.

Somatoforme Störungen im engeren Sinne wurden in einigen Studien erhoben, wenngleich mit unterschiedlicher Methode (Fragebogen oder strukturierte Interviews): Hessel et al. (2003) untersuchten im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung 630 über-60-jährige Personen mittels des SOMS 2 (Screening für Somatoforme Störungen, Rief et al. 1997). 71,8 % der Befragten berichteten von mindestens einem Symptom, 50,5 % von mindestens vier Symptomen und 23,4 % von mindestens 8 Symptomen. Die Häufigkeit der mit dem SOMS erfassten Symptome war bei über-60-jährigen im Vergleich zu den bis-60-jährigen um ein Vielfaches höher. Besonders häufig berichteten die Befragten über Schmerzen unterschiedlicher Lokalisationen. Im Gegensatz zu Befunden aus jüngeren Altersgruppen schilderten in dieser Untersuchung ältere Frauen nicht mehr SOMS- Beschwerden als die älteren Männer. In Abhängigkeit vom Alter fand sich eine Zunahme von Beschwerden mit steigendem Alter. Die extreme Häufigkeit der Einzelbeschwerden bei älteren Menschen stand im deutlichen Gegensatz zu den in der Arbeit ermittelten sehr geringen Prävalenzraten definierter somatoformer Störungen nach DSM IV bzw. ICD-10 (0 – 0,3 %). Eine WHO-Studie zur Primärversorgung (Gureje et al. 1997) fand einen leichten Zusammenhang für ICD-10-Somatisierungsstörungen mit zunehmendem Alter, wobei diese von Center zu Center variierte. Der Zusammenhang zum Alter schien am stärksten in europäischen Städten. Verschiedene andere Querschnittsstudien zur Prävalenz von Somatoformen Störungen/Beschwerden kommen in der altersbezogenen Auswertung aber zu dem Ergebnis, dass keine Häufung mit zunehmendem Alter auftritt (Bland et al. 1988; Regier et al. 1988; Kirmayer & Robbins 1996; Costa & Mc Crae 1980; Pribor et al. 1994; Escobar et al. 1987). Der Bundesweite Zusatz Survey „Psychische Störungen“ des bundesweiten Gesundheits-Surveys erhob die Vier-Wochen-Querschnittprevalenz unter anderem von Somatoformen Störungen in Deutschland nach Altersgruppen, schloss jedoch über 65jährige aus. Für die Somatoformen Störungen fand sich *kein signifikanter Zusammenhang zu den Altersgruppen* (Jacobi et al. 2004). Die Frauen waren in allen Altersgruppen signifikant häufiger betroffen als Männer (Jacobi et al. 2004). Männer zeigten tendenziell höhere Prävalenzraten für somatoforme Störung im Alter von 45–65 Jahren. In der ILSE-Studie (interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters), wurden zu zwei Messzeitpunkten repräsentative Gruppen der Kohorten 1930/32 und 1950/52 aus fünf verschiedenen Regionen Deutschlands untersucht (mittels SKID-Interview). Diese Studie fand Prävalenzen von 0,6% für Somatisierungsstörungen, 0,5% für Hypochondrie, 0,6% für undifferenzierte

Somatisierungsstörung und 1,4% für somatoforme Beschwerden ohne SKID-Diagnose, wobei die Alterskohorten nicht unterschiedlich repräsentiert und Frauen deutlich überrepräsentiert waren (Wild et al. 2004). Diese diskrepanten Ergebnisse lassen sich möglicherweise auch auf unterschiedliche Erhebungsmethoden, Diagnosekriterien und Zeiträume zurückführen.

Gerade im Alter ist es noch schwieriger, nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden von somatisch bedingten abzugrenzen. Ältere Menschen neigen eher dazu, unspezifische Symptome, wie Schwäche oder Müdigkeit auf das Alter zu attribuieren, sie leiden häufiger unter körperlichen Erkrankungen und nehmen mehr Medikamente ein. Möglicherweise kommt es auch zu einer Überschätzung der Prävalenz, da ältere Menschen (etwa im SOMS) Beschwerden auch dann angeben, wenn sie eigentlich einer somatischen Ursache zugeordnet worden waren.

Die Frage, inwieweit sich die Prävalenzen somatoformer Störungsbilder in der Allgemeinbevölkerung mit zunehmendem Alter verändern, ist also weiterhin nicht abschließend geklärt.

Hinsichtlich der Prävalenz nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden in der Primär- und Sekundärversorgung bei älteren Patienten ist die Datenlage noch unklarer: Hier gibt es sowohl Ergebnisse, die auf eine höhere Häufigkeit hinweisen (Hessel et al. 2001; Feder et al. 2001; Verhaak et al. 2006), solche, die keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen zeigen (Hollifield et al. 1999; Pribor et al. 1994; Jackson et al. 2008), und auch solche, die eher auf eine abnehmende Häufigkeit im Alter hinweisen (Carson et al. 2000; Nimnuan et al. 2001; Maiden et al. 2003)

Sichere Aussagen zum Zusammenhang zwischen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden und Alter können angesichts der widersprüchlichen Datenlage für die Prävalenz in der Primär- und Sekundärversorgung nicht getroffen werden.

Forschungsdefizite:

- Bevölkerungsbasierte Studien zur Prävalenz psychischer Störungen definierten als obere Altersgrenze 65 Jahre und schlossen somit Ältere aus (TACOS-Studie, Meyer et al. 2000) (Zusatz-Survey „Psychische Störungen“ des bundesweiten Gesundheits-Surveys, (Wittchen et al. 1999). Zu wenige Studien befassen sich speziell mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in den verschiedenen Altersgruppen (Eminson 2007).
- Untersuchungen zu psychischen Störungen speziell in der alten Bevölkerung in Deutschland erhoben die Prävalenz somatoformer Störungen nicht (Berliner Altersstudie; Helmchen et al. 1999).
- Ferner sind die meisten Studien zu Altersunterschieden medizinisch nicht ausreichend erklärter und funktioneller Symptome Querschnittsuntersuchungen. Somit bleibt unklar, ob eventuelle Unterschiede alter- oder kohortenassoziiert sind (Wijnerate et al. 2003). Besonders im Hinblick auf den Verlauf in früheren Lebensjahren auftretender nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sind longitudinale Untersuchungen unerlässlich (Eminson 2007).
- Selbstauskunftsskalen (SOMS, BSI) sind für das höhere Lebensalter nicht validiert worden und somit möglicherweise für die Erhebung funktioneller Symptome Älterer nicht ausreichend valide.

5.6. Soziale Position und Bildung

Statement 14: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden können bei Patienten **jeder Schicht und jedes Bildungsgrads** auftreten. Vor allem in Form von Schmerzen kommen sie aber bei **niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger** vor und nehmen einen **ungünstigeren Verlauf** (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 14:

Hängen Häufigkeit und Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden mit dem sozioökonomischen Status zusammen? Epidemiologische und klinische Daten geben einige Hinweise darauf, dass Personen aus niedrigeren Schichten und mit geringerer Bildung eher an solchen Beschwerden leiden bzw. einen schwereren Verlauf aufweisen: So scheint die Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten ein Prädiktor für chronische Schmerzen verschiedener bzw. weitverbreiteter Lokalisation zu sein (Roth et al. 2001; Brekke et al. 2002; Brekke & Hjortdahl 2004; Portenoy et al. 2004; Saastamoinen et al. 2005; Häuser et al. 2009). In einer Untersuchung von 2500 deutschen Jugendlichen im Abstand von 3,5 Jahren erwies sich ein niedrigeres Bildungsniveau als Prädiktor für das Auftreten, nicht aber für die Persistenz somatoformer Störungen (Lieb et al. 2002). Allerdings wurde ein solcher Effekt des sozioökonomischen Status nicht in allen Studien beobachtet, auch seine prognostische Bedeutung ist unklar (Latthe et al. 2006; olde Hartman et al. 2009); überdies ist seine Richtung nicht geklärt („Haben Arme eher diese Gesundheitsprobleme oder machen diese Gesundheitsprobleme arm?“). Eine aktuelle Studie an 2782 Gesunden untersuchte neben sozioökonomischen auch andere Prädiktoren für das Neuauftreten weitverbreiteter chronischer Schmerzen und fand, dass eine erhöhte Inzidenz in ärmeren Schichten vollständig von anderen Charakteristika wie der Gesamtanzahl körperlicher Beschwerden, Schlafstörungen und Krankheitsverhalten erklärt wurde (Davies et al. 2009).

Weitere soziodemographische Merkmale wie Familienstand oder Beschäftigungsstatus scheinen noch weniger eindeutig mit dem Auftreten oder dem Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden zusammenzuhängen (olde Hartmann et al. 2009).

Forschungsdefizite:

Weder zur ätiologischen noch zur prognostischen Bedeutung sozioökonomischer Faktoren gibt es ausreichend Daten; es liegen aber – wie bei den meisten Gesundheitsproblemen! - Hinweise darauf vor, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit mehr funktionellen Beschwerden assoziiert ist.

5.7. Interkulturelle Aspekte

Statement 15a: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten **in allen Kulturen** auf, unterscheiden sich aber hinsichtlich des **Beschwerdetypus**, der **Erklärungsmodelle**, der **Bedeutungszuschreibungen** und des **Ausdrucks**, bis hin zur Existenz „kulturgebundener Syndrome“, die praktisch nur innerhalb umschriebener Kulturen bekannt sind (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Statement 15b: **Ethnische Minderheiten** und **Flüchtlinge** berichten - wahrscheinlich teilweise aufgrund kultureller Unterschiede, vor allem aber aufgrund verstärkter psychosozialer Belastungen (Migration einschließlich Kommunikationsproblemen) - **häufiger** über nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 15a und 15b:

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden kamen und kommen in allen Epochen und Kulturkreisen vor. Das dem westlich-dualistischen Denken entspringende Konzept der „somatoformen Störungen“ aber stößt in anderen Kulturen auf erhebliche Verständnisprobleme. Lee (1997) vergleicht sie mit den Problemen, die westliche Ärzte vermutlich mit einem Konzept „affektiformer Störungen“ hätten. Ungeachtet dessen haben internationale Studien keine systematischen transkulturellen Unterschiede in der *Gesamt*-Häufigkeit nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Beschwerden ergeben (Gureje et al. 1997; Kirmayer & Young 1998). Was sich aber unterscheidet, sind einerseits die Art bzw. Lokalisation der Beschwerden (z.B. Erschöpfung versus Schmerzen) und andererseits die Erklärungsmodelle der Patienten bzw. Definitionen und Klassifikationen des jeweiligen Gesundheitssystems (Janca et al. 1995; Gureje et al. 1997; Kirmayer et al. 2004, Karasz et al. 2007; Erim & Glier 2011). Allerdings stellt die fragliche kulturelle Äquivalenz der Erhebungsmethoden in den verschiedenen Kulturen durchaus ein Problem dar.

Beispielsweise zeigt eine Studie zur Häufigkeit von Rückenschmerzen, dass diese in Deutschland im Vergleich zu anderen Beschwerden deutlich häufiger und insgesamt etwa doppelt so häufig wie in Großbritannien beklagt werden, und zwar unabhängig von anderen Risikofaktoren (Raspe et al. 2004). Spezielle „funktionelle Syndrome“ wie das Reizdarmsyndrom scheinen in westlichen Kulturen häufiger aufzutreten als in nicht-westlichen (Chang et al. 2006), und einige davon, wie die Multiple Chemikaliensensitivität oder die Amalgamempfindlichkeit in bestimmten (westlichen) Ländern häufiger als in anderen (Hausteiner et al. 2005). Zum Vergleich: Verschiedene Untersuchungen zu Beschwerden bei Depression und alltäglichen Beschwerden zeigten, dass nicht-westliche, nicht-weiße (und nicht Mittelschichts-) Individuen eher somatische als psychische Beschwerden angeben (Karasz et al. 2007). Unklare Beschwerden bzw. „Krankheitsentitäten“, die nur in bestimmten Kulturkreisen auftreten (so genannte „culture-bound syndromes“) sind beispielsweise:

- „Brain-fag“, zuerst 1960 im südlichen Nigeria beschrieben (Prince, 1960): Kognitive Beeinträchtigungen, Seh- und andere Sinnesstörungen und verschiedenen Körperbeschwerden, vor allem brennende Schmerzen im Kopf und Halsbereich. Brain-fag wird subjektiv auf mentale Überarbeitung zurückgeführt (Tseng 2006)
- „Susto“, weit verbreitet, aber regional variierend in Lateinamerika, erstmals 1964 beschrieben: Die Angst vor dem Verlust der Seele, einhergehend mit diversen Körperbeschwerden wie Appetitverlust, Muskelzucken oder Diarrhoe (Tseng 2003).
- „Dhat“ in Indien, Nepal, Pakistan, Bangladesh und Sri Lanka (erstmals beschrieben bei jungen Indern von Still, 1940): Diverse Körperbeschwerden wie Müdigkeit, Schwäche, Appetitverlust, sexuelle Funktionsstörungen, vermeintlich ausgelöst durch nächtlichen Samenverlust in den Urin (Tseng 2003).
- „Koro“ erstmals beschrieben 1934 in Süd-China, später auch in anderen Teilen Asiens und in Afrika (van Wulfften Palthe): Die Furcht vor einem plötzlichen Verschwinden von Geschlechtsorganen (Penis, aber auch Brüste), meist durch Zurückziehen in den Körper (Tseng 2003).
- „Pibloktoq“ (oder „Polar-Hysterie“), zuerst 1913 in Nordwest-Grönland beschrieben (Brill, 1913): Plötzliche Bewusstseinsstörungen bis hin zum Bewusstseinsverlust in Verbindung mit Verhaltensauffälligkeiten wie Kleider vom Leib reißen, Fluchen, Herumwerfen von Gegenständen; vorwiegend auftretend bei Frauen im arktischen Winter, am ehesten unter physischen und psychischen Extrembelastungen, wurde aber auch auf Hyperglykämie oder Hypervitaminose A zurückgeführt (Tseng 2006).

Auch bei solchen „kulturgebundenen“ Syndromen fehlen hinreichende biochemische oder organpathologische Befunde, die die Beschwerden erklären. Sie werden kulturintern als „echte“ Krankheit eingestuft, sind kulturintern sehr bekannt, in anderen Kulturen aber weitgehend unbekannt; Diagnose und Therapie erfolgen meist innerhalb lokal verbindlicher, eigenständiger Medizinsysteme (wie z.B. Ayurveda, TCM). Die Symptomvielfalt kulturgebundener Syndrome weist auch auf die Problematik konkreter Symptomlisten zur Diagnose somatoformer Störungen (z.B. für die Somatisierungsstörung) hin (Janca et al. 1995).

Ebenso wie Beschwerdetypen scheinen sich also auch Erklärungsmodelle, Beschwerdeausdruck und Bedeutungszuschreibungen sowie klassifikatorische Herangehensweisen in den verschiedenen Kulturen zu unterscheiden (Karasz et al. 2007). Dabei erfassen offenbar Erklärungsmodelle, die körperliche und psychische Beschwerden *integrieren*, die Beschwerdekompexe von Patienten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden besser als die offiziellen „westlichen“ ICD-10 oder DSM-IV-Diagnosen: So beschrieben Lee et al. (2000), dass in der diagnostischen Beschreibung chinesischer Patienten mit chronischer Erschöpfung in 47% eine somatoforme Schmerzstörung und in 35% eine undifferenzierte somatoforme Störung vorlag. Das traditionell chinesische Konzept der Nervenschwäche (shenjiing shuairuo), das eine Kombination aus Erschöpfung, Schmerzen und psychischen Symptomen vorsieht, erlaubt dagegen eine Klassifikation von wesentlich mehr Patienten (81%; 57% nach Ausschluss von Patienten mit komorbiden Angst- oder depressiven Störungen). Die Autoren (Lee et al. 2000) machten auch darauf aufmerksam, dass für die meisten dieser Patienten, selbst wenn sie die Diagnose einer somatoformen Störung erhielten, das

Konzept insofern nicht passte, als sie die Vorgaben der ICD-10-Definition hinsichtlich einer einseitigen somatischen Ursachenvorstellung und der Weigerung, auch psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen typischerweise *nicht* erfüllten. In der Debatte, in welchen Kulturen mehr „somatisiert“ und in welchen mehr „psychologisiert“ wird, gibt es zumindest Hinweise darauf, dass grundsätzlich in westlichen Kulturen Menschen mit klassischen psychischen Störungen, vor allem Depressionen, eher psychologische, in anderen Kulturen eher somatische Ursachenattributionen angeben (Patel et al. 1998; Henningsen et al. 2005; Karasz et al. 2006). Auch die *Bedeutungszuschreibungen* und (damit verbunden), der *Ausdruck* (auch die Intensität des Ausdrucks) („idioms of distress“) und damit letztlich auch die Therapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden variieren im interkulturellen Vergleich (Kirmayer & Young 1998; Kizilhan 2009). So werden z.B. Herzbeschwerden im Mittleren Osten nicht nur als Krankheitszeichen, sondern als Metaphern für verschiedene Gefühle verstanden, im Mittelmeerraum gibt es - mit ähnlichen Konnotationen - die „stenohoria“ (Engegefühl in der Brust), und „ataques de nervios“ werden in Mittelamerika als Ausdruck von Angst und Depressivität verstanden (Kirmayer & Young 1998).

Individuelle oder kulturell geprägte religiöse Überzeugungen bzw. magisch-religiöse Kausalitätstheorien und Bewältigungsstile können die Deutung und den Ausdruck von Beschwerden ebenfalls beeinflussen (Zielke-Nadkarni 1999; Mc Connell et al. 2006; Kizilhan 2009). Und schließlich gibt es Hinweise darauf, dass es ethnische Unterschiede auch schon bei der Wahrnehmung von Beschwerden gibt, z.B. im Hinblick auf Schmerzschwellen (Watson et al. 2005).

Minderheiten, Migration und Flucht

Trotz der interkulturell ähnlichen Häufigkeit nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass solche Beschwerden bei Menschen mit Migrationshintergrund wohl überzufällig häufig anzutreffen sind, obwohl es - im Widerspruch zu weit verbreiteten (entwertenden) Klischees („Morbus Mittelmeer“, „Morbus Bosphorus“ oder „transalpines Syndrom“) – erstaunlich wenig konkrete Untersuchungen zu dieser Thematik gibt:

Ethnische Minderheiten in fremden Ländern, also in erster Linie Migranten und Flüchtlinge, aber auch Angehörige ethnischer Minderheiten, deren Familien seit mehreren Generationen im Land sind, scheinen erhöhte Prävalenzen von nicht-spezifischen, somatoformen und funktionellen Störungen (v.a. Schmerzen) aufzuweisen, wahrscheinlich aufgrund zahlreicher Stressoren (einschließlich einer Sprachbarriere) und Traumata (Castillo et al. 1995; Hsu 1999; Latthe et al. 2006; Kirkcaldy et al. 2006; Dinos et al. 2009; Erim & Glier 2011).

In einer Längsschnittstudie aus Holland erwies sich ein Migrantenstatus als Risikofaktor für die Entwicklung von unerklärten Beschwerden fünf Jahre nach dem Flugzeugabsturz auf die Stadt Enschede (van den Berg et al. 2009). Eine schwedische Studie zu den Erfahrungen und Interventionen von Klinikern hinsichtlich unklarer Körperbeschwerden in einem multikulturellen Setting zeigte zwar, dass die Befragten ein funktionierendes Arbeitsbündnis mit den Patienten anstrebten, dass sie dabei aber kaum versuchten, die subjektiven Vorstellungen der Patienten zu ergründen (Bäårnhielm & Ekblad 2008). Ähnliche Beobachtungen liegen aus Holland vor (Schouten et al. 2008). Dieselben Autoren hatten einige Jahre zuvor in einer qualitativen Studie bereits auf eine Reihe spezieller Kommunikationsprobleme in der Interaktion mit sozial benachteiligten türkischstämmigen Migrantinnen mit somatoformen Beschwerden hingewiesen (Bäårnhielm & Ekblad 2000).

In einer holländischen Studie wiesen nicht-westliche Migranten mit Temporomandibular-Syndrom im Vergleich zu westlichen Einwanderern und Holländern deutlich erhöhte Werte hinsichtlich der Beeinträchtigung durch ihre Beschwerden, Somatisierung und psychischen Belastungen auf (van der Meulen et al. 2009). Der Verlauf von Schmerzstörungen bei Migranten scheint unter anderem vom Grad ihrer gesellschaftlichen Integration abzuhängen (Sabbioni et al. 2001).

Möglicherweise sind also nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden einerseits mit den speziellen körperlichen und psychosozialen Belastungen, andererseits auch mit den vielfältigen (bilateralen) Kommunikationsproblemen bestimmter Gruppen von Flüchtlingen und Migranten assoziiert. Dabei ist aber auf die große (genetische, biografische, soziale, ökonomische und kulturelle) Heterogenität von Menschen mit Migrationshintergrund zu achten: Beispielsweise gibt es auch das Phänomen, dass junge und gesunde, offiziell geförderte Arbeitsmigranten überdurchschnittlich gesund sind (Positivselektion „healthy migrant effect“); in späteren Jahren kommt es aber durch Lebens- und Arbeitsbedingungen zu einer höheren Morbidität im Vergleich zur autochtonen Bevölkerung (Kirkcaldy et al. 2006; Knipper & Bilgin 2010).

5.8. Versorgungssituation

Statement 16: Die **Dauer**, bis eine funktionelle oder somatoforme Störung **erkannt und eine spezifische Behandlung eingeleitet** wird, beträgt durchschnittlich 3-5 Jahre (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 16:

Nach wie vor dauert es zu lange, bis eine funktionelle oder somatoforme Störung erkannt und eine spezifische Behandlung eingeleitet wird. Daten liegen vor allem für das Fibromyalgiesyndrom vor: 259 Patienten mit Fibromyalgiesyndrom, die im Rahmen einer multizentrischen Erhebung in 6 deutschen Rheumakliniken befragt wurden, hatten im Durchschnitt bereits 5.4 Jahre vor der Diagnosestellung chronisch generalisierte Schmerzen (Müller et al. 2000). 800 Patienten mit Fibromyalgiesyndrom und 1622 Ärzte nahmen an einer Fragebogen-Erhebung in 6 Europäischen Ländern, Mexiko und Süd-Korea teil (Choy et al. 2010). Die Patienten warteten durchschnittlich beinahe ein Jahr nach Beschwerdebeginn, bis sie sich bei einem Arzt vorstellten. Danach dauerte es im Mittel 2,3 Jahre und erforderte eine Vorstellung bei 3,7 verschiedenen Ärzten, bis die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms gestellt wurde. In einer retrospektiven französischen Studie in der Primärversorgung dauerte es bei 72 Patienten mit chronischen Rückschmerzen durchschnittlich vier Jahre, bis die Patienten einer multidisziplinären Behandlung zugeführt wurden (Bouton et al. 2008).

Ursachen für die lange Latenz, bis es zu einer spezifischen psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung/ Behandlung kommt liegen einerseits bei den Patienten, andererseits im Gesundheitssystem:

- Die Patienten warten oft zu lange, bevor sie sich einem Arzt vorstellen. Zusätzlich erfordert es in der Regel einen längeren Entscheidungsprozess, bevor die Betroffenen sich für einen psychotherapeutischen Behandlungsversuch entscheiden.
- Im Gesundheitssystem kommt es zu Verzögerungen in Gestalt von ungenügender psychosozialer Diagnostik und unzureichenden Behandlungsangeboten.

<p>Statement 17: Bei Patienten mit schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden findet sich eine relative niedrige störungsspezifische Behandlungsquote von ca. 40% bzw. eine relativ hohe „Nicht-Versorgungsquote“ von ca. 60% (Evidenzgrad: 2c).</p> <p style="text-align: right;"><i>Starker Konsens</i></p>

Kommentar zu Statement 17:

Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung zur Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 untersuchte die störungsspezifischen Behandlungsquoten (Wittchen & Jacobi 2001). Diese waren definiert als jeglicher Kontakt mit stationären oder ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Diensten aufgrund psychischer Beschwerden und Probleme ungeachtet der Institution, der Intervention sowie der Häufigkeit und Adäquatheit einer etwaigen Intervention. Für die somatoformen Störungen fand sich eine relativ niedrige Behandlungsquote von 40.5% (95% CI 35.9-45.3). Die „Nicht-Versorgungsquote“ war damit bei somatoformen Störungen mit 59.5% am zweithöchsten nach den Suchterkrankungen mit 71%. Die Nicht-Versorgungsquote für somatoforme Störungen lag in den neuen Bundesländern mit 67.1% höher als in den alten mit 53.7%. Bemerkenswert ist, dass dieser Unterschied fast ausschließlich auf somatoforme Störungen sowie in geringerem Umfang auf Suchterkrankungen zurückzuführen war, während die Behandlungsquoten für Angst- und depressive Störungen fast gleich waren. Eine grob orientierende weiterführende Analyse regionaler Differenzen – ungeachtet des Ost-West-Vergleichs – zeigte, dass die Behandlungsquoten bundesweit erheblichen regionalen Schwankungen unterlagen. In Übereinstimmung mit früheren Analysen zur psychotherapeutischen Versorgung (Wittchen & Fichter 1980) wiesen Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen durchgängig wesentlich höhere Behandlungsquoten auf als ländliche und städtische Regionen ohne derartige Ausbildungsstätten.

In Kontrast zu den hohen Prävalenzzahlen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden in der Primärversorgung ergibt die Analyse der Hauptdiagnosen von Patienten in ambulanter Fachpsychotherapie, dass nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden hier deutlich unterrepräsentiert sind. In einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen in einer ausgewählten Region in Süddeutschland (Südbaden) stellten Patienten mit der Hauptdiagnose einer somatoformen oder funktionellen Störung unter insgesamt 800 Patienten in ambulanter Psychotherapie nur 6% (Scheidt et al. 1998; Scheidt 2002).

Dies bedeutet, dass Patienten mit somatoformen Störungen bislang nur in einem geringen Ausmaß eine ambulante fachpsychotherapeutische Behandlung erhalten.

In einer bundesrepräsentativen Studie wurden 1042 Psychotherapeuten zur Lage der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener in Deutschland nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes befragt (Zepf et al. 2003). Von 11266 Patienten, die probatorische Sitzungen erhielten, wurden insgesamt 61% in Behandlung und 39% nicht in Behandlung genommen. Signifikant weniger als statistisch zu erwarten in weitere Behandlung übernommen wurden Schmerzpatienten (57% unbehandelt), somatisch Kranke mit psychischen Veränderungen (51% unbehandelt), Patienten mit Suchterkrankungen (51% unbehandelt), und Patienten mit psychosomatischen Organstörungen (48% unbehandelt). Bei Patienten mit Suchterkrankungen scheint dies womöglich gerechtfertigt, da zuerst Abstinenz erreicht werden oder bis zum Erreichen der 10. Sitzung in Aussicht stehen sollte. Den übrigen genannten Gruppen ist die körpernahe Symptomatik gemeinsam, die die Annahme in der ambulanten Psychotherapie offensichtlich erschwert. Neben strukturellen Unterschieden können auch Probleme beim Erkennen der Störung ein Grund für diese Unterversorgung sein. Ganz allgemein scheint eine körpernahe Symptomatik die Annahme in der ambulanten Psychotherapie zu erschweren; dies gilt für Schmerzpatienten, somatisch Kranke mit psychischen Veränderungen und Patienten mit psychosomatischen Organstörungen (Zepf et al. 2003).

Ein zentrales Problem bei der psychotherapeutischen Versorgung stellen lange Wartezeiten dar: Eine aktuelle Studie der deutschen Psychotherapeutenkammern bei über 9000 Psychotherapeuten zu Wartezeiten in der ambulanten Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer 2011) fand dass Menschen, die auf Grund psychischer Beschwerden einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen durchschnittlich drei Monate (12,5 Wochen) auf ein Erstgespräch warten. Die Dauer der Wartezeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Bundesländern, sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen. In Großstädten warten Patienten zwei bis drei Monate auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten, auf dem Land knapp vier Monate. Besonders schlecht ist die psychotherapeutische Versorgung im Ruhrgebiet und in den ostdeutschen Bundesländern. Die Unterschiede erklären sich durch die psychotherapeutische Versorgungsdichte in den jeweiligen Regionen, die durch die „Bedarfsplanung“ vorgegeben wird. 51,6% der Patienten, denen ein Erstgespräch angeboten wird, nehmen danach eine Behandlung auf. Durch lange Wartezeiten erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern und chronisch werden, dass Patienten auf stationäre Behandlungen zurückgreifen müssen, obwohl eine ambulante Psychotherapie angemessen wäre, oder komplett auf eine erforderliche Behandlung verzichten. Wegen der langen Wartezeiten muss ein wesentlicher Teil der kurzfristigen Versorgung psychischer Beschwerden von anderen Versorgungseinrichtungen, insbesondere von den Hausärzten aufgefangen werden.

Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erhalten Patienten mit somatoformen Störungen nur relativ selten: Laut Barmer GEK Report Krankenhaus 2011 erhielten 2010 unter der Hauptdiagnose einer somatoformen Störung (F45) 43 von 100000 Versicherten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung (zum Vergleich: bei depressiven Störungen waren es 231, bei Angststörungen 28 von 100000 Versicherten). Im Vergleich zum Jahr 2000 hat sich die Anzahl stationärer Behandlungen von Patienten mit somatoformen Störungen damit allerdings mehr als verdoppelt. Die fallbezogene Verweildauer lag mit Werten um 15 Tagen je Krankenhausbehandlung in den letzten Jahren niedriger als bei vergleichbaren Behandlungsanlässen (depressive Störungen: 30 Tage, Angststörungen: 25 Tage

Verweildauer). Mehrfache Krankenhausbehandlungen unter der Diagnose somatoformer Störungen kommen innerhalb eines Jahres bei durchschnittlich etwa 1,05 Fällen je Betroffenen eher selten vor.

Bestimmte Patientengruppen werden durch die aktuellen Versorgungsangebote besonders schlecht erreicht (“hard to reach patients”); sie lassen sich naturgemäß eher indirekt ableiten, da sie in Studien unterrepräsentiert sind:

- Männer werden – vermutlich auf Grund ihres häufig defensiven Hilfesuchverhaltens – von den bestehenden Versorgungsangeboten weniger erreicht. Sie stehen dem Bestreben psychosozialer Diagnostik und Behandlung im Allgemeinen weniger offen gegenüber als Frauen (Kapfhammer 2005).
- Bei alten Menschen ist die Gefahr erhöht, dass funktionelle Beschwerdeanteile angesichts parallel bestehender somatisch bedingter Symptome übersehen werden und die Betroffenen dann kein adäquates Behandlungsangebot erhalten (Hessel et al. 2003, Wild et al. 2004).
- Migranten werden teils wegen vielfältiger (bilateraler) Kommunikationsprobleme, teils wegen kulturell unterschiedlicher Krankheitswahrnehmung und Krankheitsverarbeitung, teils wegen sozialer Benachteiligung nicht von den bestehenden Versorgungsangeboten erreicht (⇒ Kapitel 5.7.; Castillo et al. 1995).

Eine qualitative Sekundäranalyse von 33 Interview-Transkripten (Kovandžić et al. 2011) untersuchte folgende fünf für die psychosoziale Basisversorgung insgesamt schwer erreichbare Patientengruppen: Fortgeschrittene Krebserkrankung, unerklärte Körperbeschwerden, ethnische Minderheit, lange Arbeitsunfähigkeit, ältere Menschen. Sie fand gruppenübergreifend zwei Haupthindernisse bezüglich der Erreichbarkeit: Mangel an effektiver Kommunikation und multiple Formen der Stigmatisierung. Zur Erleichterung von Erreichbarkeit ist die kommunizierte Verfügbarkeit akzeptabler psychosozialer Angebote zentral (Kovandžić et al. 2011).

Statement 18: Ein Teil der Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, insbesondere Patienten mit psychischer Komorbidität, weist eine **hohe und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems** auf (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 18:

In einem systematischen Review zur Epidemiologie somatoformer und hypochondrischer Störungen fanden Creed und Barsky (2004), dass eine hohe Zahl körperlicher Beschwerden oder gesundheitsbezogener Sorgen mit hoher Inanspruchnahme des Gesundheitssystems assoziiert war. Eine Vielzahl von Studien belegt eine besonders intensive und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, insbesondere bei psychischer Komorbidität (Smith Jr. et al. 1986; Katon et al. 1990; Smith Jr. 1994; Speckens et al. 1996; Hollifield et al. 1999; Fink et al. 1999; Müller et al. 2000; Barsky et al. 2001; Jyvasjarvi et al. 2001; Kersnik et al. 2001; Vedsted et al. 2001; Williams et al. 2001; Matalon et al. 2002; Reid et al. 2002; Bergh & Marklund 2003; Lyles et al. 2003; Nanke & Rief 2003; Hiller et al. 2003; Kolk et al. 2004; Hiller & Fichter 2004; Eriksen et al. 2004; Barsky et al. 2005;

Hodgson et al. 2005; Naessens et al. 2005; Vedsted & Christensen 2005; Hessel et al. 2005b; Barsky et al. 2006; Fink & Rosendal 2008; Smits et al. 2008; Schneider et al. 2011). Diese Tatsache hat eine immense gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung. In einer 2002 durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Befragung von 2089 Deutschen (14-92 Jahre) war jede Untersuchungsperson, die unter somatoformen Beschwerden litt, innerhalb der letzten beiden Jahre durchschnittlich 18-mal wegen somatoformer Beschwerden beim Arzt und durchschnittlich 20 Tage arbeitsunfähig, 16% lagen im Krankenhaus, 9% waren zur Kur/ Rehabilitation, 9% erhielten eine Rente (Hessel et al. 2005b). Aktuelle deutsche Daten aus Allgemeinarztpraxen zeigen, dass psychische Erkrankungen mit einer höheren Zahl an Arztbesuchen und mehr Krankschreibungen verbunden sind als somatische Erkrankungen (Schneider et al. 2011).

Empfehlung 19: Die **Versorgung** von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte sowohl im **Bewusstsein der Behandler und der Patienten** als auch bei der **fächerübergreifenden Zusammenarbeit** einen **biopsychosozialen Ansatz** verfolgen.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 19:

Nicht zuletzt, um eine Chronifizierung der Beschwerden durch Nicht-Beachtung psychosozialer Aspekte zu vermeiden soll der inhaltliche Fokus einer optimierten Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in erster Linie auf der Stärkung eines integrativen und biopsychosozialen, also letztlich „ganzheitlichen“ Verstehens und Handelns liegen. Zur Empfehlung eines von Anfang an konsequent biopsychosozialen Ansatzes kommt auch eine Analyse der Behandler-Patient-Interaktion auf Grund mehrerer Studien zu Konsultationsgesprächen von Patienten mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden in der Primärversorgung (Bensing & Verhaak 2006). Diese Studien zeigen, dass einseitig biomedizinisches Vorgehen, das eine somatische Fixierung der Beschwerden verstärkt, zum Teil von den behandelnden Ärzten ausgeht. Die komplexe, multifaktorielle Natur nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden macht es erforderlich, das biopsychosoziale Modell sowohl im Bewusstsein der Behandler und der Patienten zu stärken. Darüber hinaus müssen sowohl bei der kollegialen Zusammenarbeit im Einzelfall als auch bei der Gestaltung des Gesundheitssystems im Allgemeinen (Ausbildung, Abrechnungssystem, Krankenhausplanung, Versorgungsnetze etc.) dualistische Strukturen überwunden und ein biopsychosoziales Modell umgesetzt werden (Henningsen et al. 2011).

Empfehlung 20: Die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte wie folgt **strukturiert** sein:

- **Kooperativ**, d.h. als enge **Kooperation zwischen Hausarzt und anderen Behandlern**, z.B. in Form einer psychiatrischen/ psychosomatischen Konsultation in der Hausarztpraxis in Gegenwart des Hausarztes (Evidenzgrad: 1b).
- **Strukturiert und koordiniert**, d.h. entlang eines **Behandlungsplans** (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsstärke: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 20:

Aktuelle einschlägige Reviews (Smith et al. 2003; Henningsen et al. 2007; Fink & Rosendal 2008; Heijmans et al. 2011; Gask et al. 2011) machen darauf aufmerksam, dass die Unterscheidung einfacher (unkomplizierter) und schwerer verlaufender (komplizierter) nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden eine differenzierte Behandlungsstruktur notwendig machen, im Sinne eines gestuften, kooperativen und koordinierten Versorgungsmodelles (“stepped, collaborative and coordinated care model”).

Folgende Strukturmerkmale von Versorgungsmodellen für Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden erwiesen sich empirisch als wirksam:

- Kooperation (“collaborative/ shared care”): Kooperation zwischen Hausarzt und Spezialisten für psychosoziale Medizin, z.B. in Form einer psychiatrischen Konsultation in der Hausarztpraxis in Gegenwart des Hausarztes (Smith et al. 2003; van der Feltz-Cornelis CM et al. 2006).
- Koordinierte Versorgung (“coordinated care”): In einer randomisierten kontrollierten Studie in Australien an 124 Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden und ihren 35 Hausärzten über 12 Monate erwies sich die Koordination der Versorgung entlang einem Behandlungsplan durch einen Case manager als effektiv bezüglich der Reduktion von Angst, Depression und Schuldgefühlen (Pols & Battersby 2008). In einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie in den USA an 206 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit hoher Inanspruchnahme in zwei aufeinander folgenden Jahren und medizinisch unerklärten Körperbeschwerden erwies sich eine 12-monatige intensive Begleitung durch eine medizinische Fachangestellte (“Nurse practitioner”) als wirksam bezüglich einer Verbesserung der psychischen Lebensqualität (SF-36/ MCS) (Smith et al. 2006). Vier “Nurse practitioners” brachten die Behandlung in einer koordinierten, gestuften und kooperativen Weise zur Anwendung: Die Behandlung beinhaltete Antidepressiva, Reduktion/ Absetzen unwirksamer Medikation, körperliches Training, Entspannungstraining, Management komorbider somatischer Erkrankungen und Überweisungen zu Spezialisten der psychosozialen Medizin. Die Behandlung beinhaltete 12 – ggf. auch mehr – geplante Patientenkonsultationen à 20 Minuten; zwischen diesen wurden Telefonkontakte vereinbart.
- Gestufte Versorgung (“stepped care”): Aktuelle einschlägige Reviews (Smith et al. 2003; Henningsen et al. 2007; Fink & Rosendal 2008; Gask et al. 2011) schlussfolgern einhellig, dass ein gestuftes Vorgehen in Abhängigkeit von Schweregrad und Verlauf am besten in der Lage ist, das breite Spektrum des Störungsbildes abzudecken.

Statement 21: *Hindernisse* für eine adäquate Versorgung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden können sein:

- **Mangelhafte Versorgungsstrukturen:** Zu wenige qualifizierte Behandler bzw. unzureichende Qualifikation von Haus- und Fachärzten sowie von Spezialisten der psychosozialen Fächer in der gemeinsamen (!) Behandlung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- **Kontraproduktive Entlohnung** im Medizinsystem: Vergütung für Krankheit, krankheitsbezogenes Verhalten und apparative Leistungen, fehlende bzw. unzureichende Vergütung für gesundes Verhalten, Gesprächsleistungen oder Vermeidung unnötiger Maßnahmen.
- **Allgemeine Hindernisse:**
- Inkonsistente und unscharfe **Terminologie** und **Klassifikation**;
- **gesellschaftliche Bewertung** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden als **illegitim** bzw. ungeeignete Unterscheidung von „körperlichen“ und „psychischen“ Erkrankungen;
- teilweise einseitige **„Psychologisierung“** und **„Psychiatisierung“** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden.

Konsens

Kommentar zu Statement 21:

Um die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu verbessern, müssen nachfolgende Hindernisse überwunden werden, die einem effektiven Management gegenwärtig im Wege stehen:

- **Mangelhafte Versorgungsstrukturen:** Ein effektives Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden erfordert die Kombination somatischer und psychosomatischer/ psychotherapeutischer Elemente (Henningsen et al. 2007; Kroenke 2007a; Fink & Rosendal 2008). Leider sind jedoch auf Grund dualistisch verfasster Gesundheitssysteme gesundheitspolitische Planungen organmedizinischer und psychosomatischer/ psychiatrischer/ psychotherapeutischer Dienste in vielen Ländern völlig voneinander getrennt. Das macht es beinahe unmöglich, eine integrierte Versorgung auf einem spezialisierten Level zu implementieren. Der allgemeinmedizinische Alltag ist geprägt durch kurze Kontakte mit Patienten; für Deutschland wird über eine durchschnittliche Kontaktzeit pro Patient von 7.8 Minuten berichtet (Koch et al. 2007). Im regulären hausärztlichen Setting können deshalb nur begrenzte Interventionen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung geleistet werden. Zusammen mit ihren Patienten müssen die Hausärzte entscheiden, ob sie sie zu einem organmedizinischen Facharzt überweisen oder zu einer Einrichtung für die psychische Gesundheit. Letzteres erscheint für einen Patienten mit körperlichen Beschwerden oft ungeeignet und unnötig stigmatisierend. Die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche untereinander ist ungenügend (Kvamme et al. 2001; Henningsen et al. 2010). Viele Versuche sind unternommen worden, die Trennung zwischen organmedizinischen und psychosomatischen/ psychiatrischen/ psychologischen Diensten zu überbrücken. Ein Ansatz ist, die psychosomatische Betreuung dieser Patienten in der Primärversorgung zu verbessern (vergl. „psychosomatische Grundversorgung“). Es ist zwar oft festgestellt worden, dass die

Primärversorgung der beste Ort ist, um psychosomatische und organmedizinische Versorgung zu integrieren, aber oft kann dies in der Praxis nicht realisiert werden. Trotz aller Bemühungen, diese Situation durch Training und Unterstützung von Hausärzten in der Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu verbessern (Gask et al. 1989; Goldberg et al. 1992; Kroenke et al. 2000; Fink et al. 2002; Garcia-Campayo et al. 2002; Blankenstein et al. 2002; Smith et al. 2003; Fink & Rosendal 2008, Toft et al. 2010), benötigen v.a. Patienten mit schwereren Verläufen häufig eine fachärztliche Mitbeurteilung und eine psychotherapeutische/ psychosomatische/ psychiatrische Mitbehandlung. Weiterhin mangelt es an verfügbaren Therapieoptionen der psychosozialen Medizin durch fehlenden Zugang zu psychosomatischer Versorgung oder durch fehlendes Vertrauen in deren Behandlungsmöglichkeiten (Fink et al. 2002). In Sekundär- und Tertiärversorgung gibt es allerdings bereits eine lange Tradition Brücken schlagender, sog. „Konsil- und Liaison-psychosomatischer und -psychiatrischer Dienste“. Diese Entwicklungen waren wichtig für die Verbesserung unseres Verständnisses, wie das Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden effektiver gestaltet werden kann, allerdings waren die Entwicklungen bislang nicht ausreichend, das Problem insgesamt effektiv zu adressieren (Henningsen et al. 2010).

- **Unzureichende störungsspezifische Qualifikation:** Veränderungen sind nicht nur in der Organisation der Gesundheitsdienste erforderlich, sondern auch in der Ausbildung derer, die in ihnen arbeiten (Rief 2007; Fazekas 2009; Henningsen et al. 2010). Viel Unbehagen und Unsicherheit, die Ärzte in ihren Konsultationen mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden erfahren, begründen sich in einem Mangel an geeigneter und spezifischer Qualifikation (Fazekas et al. 2009). Erforderlich ist eine Qualifikation, wie sich Beschwerden nicht-dualistisch, d.h. biopsychosozial konzeptualisieren lassen und wie die emotionalen Bedürfnisse von Patienten angemessen und vertrauensvoll beantwortet werden können. Während viele medizinischen Fakultäten mittlerweile spezielle Kurse in Behandler-Patient-Kommunikation anbieten, wird die enge Verbindung zwischen besserer Kommunikation und angemessenem ärztlichem Handeln, d.h. die kommunikativen Aspekte der Anordnung von Untersuchungen und der Interpretation von Befunden oder der Verschreibung von Behandlungen nur selten angemessen vermittelt. Erforderlich ist eine Qualifikation in diesen „Kommunikation plus“-Fertigkeiten, um die Hindernisse im Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu überwinden (Fazekas et al. 2009).
- **Finanzielle und medikolegale Aspekte:** Die aktuelle Gesundheitspolitik versäumt es nicht nur, die Hindernisse einer besseren Versorgung von Patienten mit funktionellen Beschwerden effektiver anzugehen, sondern sie trägt sogar zu ihnen bei, v.a. durch eine Politik, die finanzielle Anreize für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzten für technische diagnostische Maßnahmen und Behandlungen schafft, nicht aber für qualitativ hochwertige Kommunikationsfertigkeiten und effektive symptombezogene Behandlungen und Rehabilitationsoptionen (Henningsen et al. 2010). Die aktuellen Abrechnungsbedingungen sind so gestaltet, dass die somatischen Interventionen der Apparatedizin eher belohnt werden. „Sprechende Medizin“ und die dafür aufzuwendende Zeit dagegen werden nicht angemessen vergütet. Auch die Vorgaben von Sozial- und Krankenversicherungen mögen das Problem verschärfen. Beispielsweise wird die Erfordernis, einen „körperlichen“ Grund für seine

Beschwerden zu haben oft durch Arbeitsplatz- oder Versicherungsvorgaben verstärkt, die größere Leistungen für die Symptome bewilligen, wenn körperliche Ursachen für sie identifiziert werden können (Henningsen et al. 2010). Bereits die „Tatsache des Versichertseins“ stellt ganz generell einen Risikofaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer, somatoformer oder psychosomatischer Störungen dar (Biderman et al. 2003). Das Gesundheitswesen ist überwiegend so organisiert, dass von den Patienten eine somatische Beschwerdepräsentation mehr oder weniger erwartet wird: Körperliche Symptome fungieren als „Eintrittskarte“ in die medizinische Versorgung. Seitens der Behandler werden diese, auch im Sinne einer rechtlichen Absicherung, nach dem Modell der „Ausschlussdiagnostik“ abgearbeitet (Fink et al. 2002). Viele Patienten werden so, ihre häufige biopsychosoziale Komplexität ignorierend, auf ein einseitig organmedizinisches „Gleis“ gesetzt („Somatischen Fixierung“) (van Eijk et al. 1983; Biderman et al. 2003), nicht selten ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zur Chronifizierung (Page & Wessely 2003; Henningsen et al. 2010).

- **Inkonsistente und unscharfe Terminologie und Klassifikation:** Eines der wichtigsten Hindernisse für eine verbesserte Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist die verwirrende und mehrdeutige Terminologie in den verschiedenen Fachrichtungen, den verschiedenen Versorgungsstufen, verschiedenen Ländern und auch den Patienten gegenüber (⇒ Kapitel 5.1.; Sharpe & Carson 2001; Stone et al. 2002; Mayou et al. 2005; Fink & Rosendal 2008; Henningsen et al. 2010). Die resultierende konzeptuelle Verwirrung hat zu einer Fragmentierung der Herangehensweise an nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden geführt, was der Entwicklung kohärenter und kooperativer Versorgungsansätze entgegensteht (Fink & Rosendal 2008).
- **Gesellschaftliche Bewertung der Beschwerden als illegitim:** Viele der störungsspezifischen Interaktionsschwierigkeiten von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden lassen sich als „Kampf um die Legitimität“ der Beschwerden verstehen (Salmon et al. 1999; Henningsen & Priebe 1999; Glenton 2003; Chircop & Keddy 2003; Thorne et al. 2004; Looper & Kirmayer 2004; Nettleton 2006; Johnson 2008). Eine Bewertung unklarer Beschwerden als illegitim treibt die Betroffenen eher zur Betonung (Verdeutlichungstendenz) als zur Aufgabe der Beschwerden an. Vor diesem Hintergrund sind nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Beschwerden auch als „Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen“ beschrieben worden (Scheidt & Henningsen 2009).
- **Einseitige „Psychologisierung“ und „Psychiatisierung“:** Das Kernproblem im Verständnis und Management nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden liegt in dualistischen Herangehensweisen. Dabei ist eine einseitige und oberflächliche „Psychologisierung“ und „Psychiatisierung“ ebenso kontraproduktiv wie eine einseitige biomedizinische Sichtweise (Hausteiner et al. 2000). Vor einer vorschnellen und unangemessenen Psychologisierung warnt auch ein aktueller Review über den inflationären Gebrauch des Somatisierungskonzepts in empirischen Studien über chronische Schmerzen (Crombez et al. 2009).

Statement 22: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden verursachen derzeit **hohe Gesundheitskosten**:

- **Direkte Kosten** durch ambulante wie stationäre **Mehrfach- und Über-Diagnostik** sowie unangemessene Behandlungen (Evidenzgrad: 2b).
- **Indirekte Kosten** durch **Produktivitätsausfälle, längerfristige Arbeitsunfähigkeiten** und **vorzeitige Berentungen** (Datenlage aber noch unzureichend) (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 22:

Es ist unbestritten, dass nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für das Gesundheitssystem und für die ganze Gesellschaft mit finanziellen Belastungen verbunden sind. Diese setzen sich im Wesentlichen zusammen aus persönlichen Aufwendungen (z.B. durch Zusatzkosten beim Arzt), persönlichen finanziellen Nachteilen (z.B. durch Verlust des Arbeitsplatzes), direkten Gesundheitskosten (z.B. für Diagnostik und Therapie) und indirekten Gesundheitskosten (z.B. durch lange Fehlzeiten am Arbeitsplatz). Zusätzlich müssen vor allem Therapiekosten dem Nutzen, der durch sie entsteht (z.B. durch verbesserte Leistungsfähigkeit) gegenübergestellt werden, um ihre Relevanz wirklich beurteilen zu können. Zu all diesen Themen liegen zwar einzelne Studien vor, die aber nicht nur aufgrund ihrer geringen Anzahl, sondern auch aufgrund ihrer Heterogenität (z.B. im Hinblick auf die jeweiligen Syndrom-Definitionen, auf die berücksichtigten Kosten (etwa ambulant bzw. stationär) oder auf die international sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme bei Weitem nicht ausreichen. Viele Fragen sind deshalb noch unklar, etwa, ob die Kosten für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden vor Diagnosestellung möglicherweise höher liegen als nach Diagnosestellung oder wie sie im Vergleich zu verschiedenen somatisch definierten Erkrankungen einzuschätzen sind (Annemans et al. 2009).

Zusammengefasst liegen die (direkten und indirekten) Gesundheitskosten, die durch Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden anfallen, wohl mindestens im Bereich der Kosten für andere Erkrankungen (Depression, Angst, somatische Erkrankungen mit vergleichbaren Beschwerden), oft sogar (bis zu 3-fach) darüber; die Kosten scheinen mit der Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu steigen (Assefi et al. 2003; McCrone et al. 2003; Barsky et al. 2005; Prince et al. 2007; Konnopka et al. *im Druck*).

Statement 23: Einzelne **Kosten-Nutzen-Analysen** verschiedener **therapeutischer Ansätze** (Einsatz von Antidepressiva, kognitiver Verhaltenstherapie, gestufte Aktivitätssteigerung, Trainings für Ärzte) geben erste Hinweise auf ihre günstige Kosten-Effektivität (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 23:

Es gibt mehrere Hinweise darauf, dass sich der Einsatz verschiedener Therapieformen (Einsatz von Antidepressiva, CBT, gestufte Aktivierung, Familieninterventionen, Trainings für Ärzte) für nicht-

spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden auch aus ökonomischer Perspektive lohnt, es existieren aber auch widersprüchliche Erfahrungen (Hiller et al. 2003; McCrone et al. 2004; Severens et al. 2004; Price et al. 2008; Zhao et al. 2010; Thomson et al. 2011; Schade et al. 2011). Insgesamt sind weitere Studien nötig, die vor allem die indirekten Gesundheitskosten durch nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden berücksichtigen und die Kosten-Effektivität (durch die eingesetzten Mittel erreichter Mehrwert) verschiedener therapeutischer Ansätze untersuchen (Konnopka et al. *im Druck*).

Statement 24: Durch die Anwendung der in dieser Leitlinie gegebenen Empfehlungen kann die **Ressourcenallokation störungsadäquater und kosteneffektiver** gesteuert, d.h. weniger für unnötige und möglicherweise schädliche somatische Maßnahmen und mehr für die psychosoziale Behandlung aufgewendet werden (Evidenzgrad: 5). Darüber hinaus ist eine Reduktion direkter wie indirekter Gesundheitskosten zu erwarten, vor allem durch eine **gezieltere Diagnostik, frühere Erkennung, pragmatischere, Lebensqualitäts-bezogene Therapie** sowie **Unterstützung beim Erhalt der Funktionen im (Arbeits-)Alltag**.

Konsens

5.9. Forschungsdefizite

Statement 25a: Eine kritische Diskussion und ggf. Revision der verwendeten **Begriffe** und **Klassifikationen** ist notwendig. Sie sollten

- für **Patienten und Behandler akzeptabel** sein,
- **biopsychosoziale Ätiologieannahmen und Behandlungskonzepte unterstützen**,
- eine **unnötige Pathologisierung** von Beschwerden durch ihre **vorschnelle Einordnung als Krankheit** verhindern,
- aber - v.a. bei schwereren Verläufen - sowohl eine **alleinige Diagnose** als auch eine **Zusatzdiagnose** zu anderen psychisch oder somatisch definierten Grunderkrankungen erlauben.

Starker Konsens

Statement 25b: Epidemiologische Studien sind bislang vor allem aufgrund heterogener Klassifikationskriterien schwer vergleichbar. Benötigt werden geeignete Studien, die Prävalenz und Verlauf eines **eindeutig definierten Phänotyps unter Berücksichtigung vieler Einflussgrößen** (einschließlich Alter, Geschlecht und soziokultureller Faktoren) untersuchen.

Starker Konsens

Statement 25c: Gestufte, kooperative und koordinierte **Versorgungsmodelle**, auch für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen, sollen **entwickelt, implementiert und evaluiert** werden. Für die verschiedenen, auch kombinierten therapeutischen Ansätze sind Kosten-Effektivitäts-Analysen notwendig, die auch patientenbezogene Ergebnisvariablen (wie die Lebensqualität) berücksichtigen.

Starker Konsens

Akkuş S, Senol A, Ayyacioglu NB, Tunc E, Eren I, Isler M. Is female predominance in irritable bowel syndrome related to fibromyalgia? *Rheumatol Int* 2004; 24(2): 106-9.

Aloisi AM, Bonifazi M. Sex hormones, central nervous system and pain. *Horm Behav* 2006; 50(1): 1-7.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316-25.

Andrews EB, Eaton SC, Hollis KA, Hopkins JS, Ameen V, Hamm LR, Cook SF, Tennis P, Mangel AW. Prevalence and demographics of irritable bowel syndrome: results from a large web-based survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 935-42.

Angell M. Caring for women's health – what is the problem? *N Engl J Med* 1993; 329(4): 271-2.

Annemans L, Le Lay K, Taïeb C. Societal and patient burden of fibromyalgia syndrome. *Pharmacoeconomics* 2009; 27(7): 547-59.

Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78: 49-55.

Antonovsky A, Franke A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGTV 1997.

Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001; 134(9 Pt 2): 803-8.

Assefi NP, Coy TV, Uslan D, Smith WR, Buchwald D. Financial, occupational, and personal consequences of disability in patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia compared to other fatiguing conditions. *J Rheumatol* 2003; 30(4): 804-8.

Bäärnhielm S, Ekblad S. Introducing a psychological agenda for understanding somatic symptoms – an area of conflict for clinicians in relation to patients in a multicultural community. *Cult Med Psychiatry* 2008; 32(3): 386-405.

Bäärnhielm S, Ekblad S. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Cult Med Psychiatry* 2000; 24(4): 431-52.

Baretic M, Bilic A, Jurcic D, Mihanovic M, Sunić-Omejc M, Dorosulić Z, Restek-Petrović B. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Croatia. *Coll Antropol* 2002; 26: 85-91.

Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. St. Augustin: Asgard-Verlag 2011. http://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/Krankenhaus-Report-2011.pdf

Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999 Jun 1; 130(11): 910-21.

Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274(24): 1931-4.

Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001; 39(7): 705-15.

Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care* 2006; 44(9): 803-11.

Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(8): 903-10.

Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med* 2001; 16(4): 266-75.

Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, Ware NC, Lee J, Thoyer E, Kornish RJ, Komaroff AL. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2759-65.

Becker SM. Detection of somatization and depression in primary care in Saudi Arabia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 962-6.

Bensing JM, Verhaak PF. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet* 2006; 367(9509): 452-4.

Bergh H, Marklund B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21(3): 171-7.

Berrios GE, Marková IS. Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis. In: Blumenfeld M, Strain JJ (Hrsg). *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006; 27-38.

- Beutel ME, Weidner K, Schwarz R, Brähler E. Age-related complaints in women and their determinants based on a representative community study. *Eur J Obstet Gyn R B* 2004; 117: 204-12.
- Biderman A, Yeheskel A, Herman J. Somatic fixation: the harm of healing. *Soc Sci Med* 2003; 56(5): 1135-8.
- Bland R, Newman S, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 57-63.
- Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, de Vries D, Zaat JO, Andre KJ, van Eijk JT, de Haan M. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002; 47(3): 229-35.
- Bommelaer G, Dorval E, Denis P, Czernichow P, Frexinos J, Pelc A, Slama A, El Hasnoui A. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome according to the Rome criteria in the French population. *Gastroenterology* 2000; 118: A716.
- Bommelaer G, Poynard T, Le Pen C, Gaudin AF, Maurel F, Priol G, Amouretti M, Frexinos J, Ruszniewski P, El Hasnaoui A. Prevalence of irritable bowel syndrome (IBS) and variability of diagnostic criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28: 554-61.
- Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, Bontoux L, Huez JF, Rucay P, Parot-Shinkel E, Fanello S, Richard I. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: a retrospective study of 72 patients. *Ann Readapt Med Phys* 2008; 51: 650-62.
- Brähler E, Hinze A, Scheer JW. Der Gießener Beschwerdebogen (GBB-244 Hogrefe, Göttingen, 2008).
- Braun RN, Mader FH, Danninger H. Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt. 1989.
- Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. *Soc Sci Med* 2002; 54: 221-8.
- Brekke M, Hjortdahl P. Musculo-skeletal pain among 40- and 45-year olds in Oslo: differences between two socioeconomically contrasting areas, and their possible explanations. *Int J Equity Health* 2004; 3: 10.
- Brill AA. Pibloktoq or hysteria among Peary's Eskimos. *J Nerv Ment Dis* 1913; 40: 514-20.
- Broers T, Hodgetts G, Batic-Mujanovic O, Petrovic V, Hasanagic M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47: 478-84.
- Brosschot JF. Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scand J Psychol* 2002; 43(2): 113-21.
- Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychol Bull* 2004; 130(5): 793-812.
- Buchwald D, Umali P, Umali J, Kith P, Pearlman T, Komaroff AL. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome: prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med* 1995; 123: 81-8.
- Bundespsychotherapeutenkammer: BptK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. 2011. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf
- Campayo J, Lobo A, Rez E, Campos R. Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 554-60.
- Caress SM, Steinemann AC. A national population study of the prevalence of multiple chemical sensitivity. *Arch Environ Health* 2004; 59: 300-5.
- Carson A, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Neurological disease, emotional disorder, and disability: they are related: a study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 202-6.
- Castillo R, Waitzkin H, Ramirez Y, Escobar JI. Somatization in primary care, with a focus on immigrants and refugees. *Arch Fam Med* 1995; 4(7): 637-46.
- Cathebras PJ, Robbins JM, Kirmayer LJ, Hayton BC. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 276-86.
- Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245(1): 11-9.
- Celebi S, Acik Y, Deveci SE, Bahcecioğlu IH, Ayar A, Demir A, Durukan P. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 738-43.
- Chang L, Toner BB, Fukudo S, Guthrie E, Locke GR, Norton NJ, Sperber AD. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1435-46.
- Chircop A, Keddy B. Women living with environmental illness. *Health Care Women Int* 2003; 24(5): 371-83.
- Choy E, Perrot S, Leon T, Kaplan J, Petersel D, Ginovker A, Kramer E. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 102.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Lynch M, Holt K. Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Dev Psychopathol* 1993; 5: 629-47.

- Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Dev Psychopathol* 2007; 19(4): 1161-80.
- Cicchetti D, Rogosch FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multilevel perspective. *Dev Psychopathol* 2007; 19(3): 787-809.
- Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1997; 9(4): 797-815.
- Clarke DM, Piterman L, Byrne CJ, Austin DW. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Med J Aust* 2008; 189: 560-4.
- Clayer JR, McFarlane AC, Bookless CL, Air T, Wright G, Czechowicz AS. Prevalence of psychiatric disorders in rural South Australia. *Med J Aust* 1995; 163: 124-5; 128.
- Costa P, McCrae R. Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism: a longitudinal analysis. *J Behav Med* 1980; 3: 245-57.
- Cott A, Parkinson W, Bell MJ, Adachi J, Bédard M, Cividino A, Bensen W. Interrater reliability of the tender point criterion for fibromyalgia. *J Rheumatol* 1992; 19(12): 1955-9.
- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56(4): 391-408.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 5-8.
- Creed F. Medically unexplained symptoms – blurring the line between "mental" and "physical" in somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2009; 67(3): 185-7.
- Creed F. New research on medically unexplained symptoms – much remains to be done before DSM V and ICD-10 can provide a satisfactory new classification. *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 359-61.
- Creed F. The outcome of medically unexplained symptoms – will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders? *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 379-81.
- Crombez G, Beirens K, Van Damme S, Eccleston C, Fontaine J. The unbearable lightness of somatisation: a systematic review of the concept of somatisation in empirical studies of pain. *Pain* 2009; 145(1-2): 31-5.
- Cwikel J, Zilber N, Feinson M, Lerner Y. Prevalence and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 184-91.
- Danneskiold-Samsøe B, Kamper-Jørgensen F. Fibromyalgia in the adult Danish population: I. A prevalence study. *Scand J Rheumatol* 1993; 22: 233-7.
- Davies KA, Silman AJ, Macfarlane GJ, Nicholl BI, Dickens C, Morriss R, Ray D, McBeth J. The association between neighbourhood socio-economic status and the onset of chronic widespread pain: Results from the EPIFUND study. *Eur J Pain* 2008; 7: Seiten.
- de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
- DeLuca J, Johnson SK, Natelson BH. Information processing efficiency in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1993; 50(3): 301-4.
- Dimsdale J, Creed F. DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009; 66(6): 473-6.
- Dimsdale J, Creed F. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – A preliminary report. Author's response to letters from Shröder and van der Feltz-Cornelis. *J Psychosom Res* 2010; 68: 99-100.
- Dimsdale J, Creed F. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009; 66(6): 473-6.
- Dinos S, Khoshaba B, Ashby D, White PD, Nazroo J, Wessely S, Bhui KS. A systematic review of chronic fatigue, its syndromes and ethnicity: prevalence, severity, co-morbidity and coping. *Int J Epidemiol* 2009; 6. [Epub ahead of print]
- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18(1): 25-33.
- Ebinger F, Kropp P, Pothmann R, Heinen F, Evers S. Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderh* 2009; 157: 599-610.
- Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(7): 855-71.
- Eriksen HR, Hellesnes B, Staff P, Ursin H. Are subjective health complaints a result of modern civilization? *Int J Behav Med* 2004; 11(2): 122-5.
- Eriksen J, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Health care utilisation among individuals reporting long-term pain: an epidemiological study based on Danish National Health Surveys. *Eur J Pain* 2004; 8(6): 517-23.

- Erim Y, Glier B. Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B, Frettlow J, Klinger R, Nilges P (Hrsg). Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. Heidelberg: Springer 2011; 243-58.
- Escalona R, Achilles G, Waitzkin H, Yager J. PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic. *Psychosomatics* 2004; 45: 291-6.
- Escobar JI, Burman MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 713-8.
- Escobar JI, Burnam MA, Karno M. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 713-8.
- Escobar JI, Gara M, Silver RC, Waitzkin H, Holman A, Compton W. Somatisation disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 262-6.
- Escobar JI, Manu P, Matthews D, Lane T, Swartz M, Canino G. Medically unexplained physical symptoms, somatization disorder and abridged somatization: studies with the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatr Dev* 1989; 7: 235-45.
- Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Men Disease* 1989; 177: 140-6.
- Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: A study in primary care. *Psychosom Med* 1998; 60: 466-72.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F. Häufigkeit und komorbide somatoforme Störungen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 2000; 29: 97-108.
- Fahrenberg J. Somatic complaints in the German population. *J Psychosom Res* 1995; 39: 809-17.
- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 24-9.
- Fazekas C, Matzer F, Greimel ER, Moser G, Stelzig M, Langewitz W, Loewe B, Pieringer W, Jandl-Jager E. Psychosomatic medicine in primary care: influence of training. *Wien Klin Wochenschr* 2009; 121(13-14): 446-53.
- Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, Weissman MM. Medically unexplained symptoms in an urban general practice. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 261-8.
- Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009; 10(5): 447-85.
- Fink P, Engberg M, Sorensen L, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care: Prevalence, screening technique, and GP's recognition. *Psychosomatics* 1997; 38: 189.
- Fink P, Hansen MS, Sondergaard L, Frydenberg M. Mental illness in new neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 817-9.
- Fink P, Hansen MS, Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005; 46: 540-8.
- Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43(2): 93-131.
- Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(2): 182-8.
- Fink P, Schröder A. One single diagnosis, Bodily Distress Syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010; 68: 415-26.
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-8.
- 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; 69(1): 30-9.
- Flannelly KJ, Koenig HG, Ellison CG, Galek K, Krause N. Belief in life after death and mental health: findings from a national survey. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(7): 524-9.
- Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66(6): 477-93.
- Flores E, Cicchetti D, Rogosch FA. Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Dev Psychol* 2005; 41(2): 338-51.
- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008; 30: 32-7.
- Frohlich C, Jacobi F, Wittchen HU. DSM-IV pain disorder in the general population - An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 187-96.

- Fukuda K, Straus S, Hickie I, Sharpe M, Dobbins J, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994; 121(12): 953-9.
- Garcia-Campayo J, Claraco LM, Sanz-Carrillo C, Arevalo E, Monton C. Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(2): 101-5.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res* 2011; 71: 325-34.
- Gask L, Goldberg D, Porter R, Creed F. The treatment of somatization: evaluation of a teaching package with general practice trainees. *J Psychosom Res* 1989; 33(6): 697-703.
- Glenton C. Chronic back pain sufferers – striving for the sick role. *Soc Sci Med* 2003; 57(11): 2243-52.
- Goldberg RJ, Novack DH, Gask L. The recognition and management of somatization. What is needed in primary care training. *Psychosomatics* 1992; 33(1): 55-61.
- Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Somatoform pain disorder in the general population. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 88-94.
- Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics* 2003; 44: 304-11.
- Gunn WJ, Connell DB, Randall B. Epidemiology of chronic fatigue syndrome: the Centers for Disease Control Study. Ciba Foundation Symposia 1993 Ort; 173: 83-101.
- Gunzelmann T, Schumacher J, Brähler E. Körperbeschwerden im Alter: Standardisierung des Giessener Beschwerdebogens GBB-24 bei über 60jährigen. *Z Gerontol Geriat* 1996; 29: 110-18.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154(7): 989-95.
- Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care. *Adv in Psych Treat* 2008; 14: 432-40.
- Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schäfer R, Szecsenyi J, Löwe B. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009; 67(3): 189-97.
- Harvey SB, Wadsworth M, Wessely S, Hotopf M. Etiology of chronic fatigue syndrome: Testing popular hypotheses using a national birth cohort study. *Psychosom Med* 2008; 70: 488-95.
- Hatcher S, Arroll B. Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2008; 336: 1124-8.
- Häuser W, Schmutz G, Glaesmer H, Brähler E. Prevalence and predictors of pain in several body regions. Results of a representative German population survey. *Schmerz* 2009; 23(5): 461-70.
- Hausotter W. Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. München: Urban und Fischer 2004.
- Hausteiner C, Bornschein S, Bubel E, Groben S, Lahmann C, Grosber M, Löwe B, Eyer F, Eberlein B, Behrendt H, Darso U, Ring J, Henningsen P, Huber D. Psychobehavioral predictors of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *Psychosom Med* 2009; 71(9): 1004-11.
- Hausteiner C, Bornschein S, Hansen J, Zilker T, Förstl H. Self-reported chemical sensitivity in Germany: a population-based survey. *Int J Hyg Environ Health* 2005; 208(4): 271-8.
- Hausteiner C, Bornschein S, Zilker T. „Psychiatisierung“ in der Umweltmedizin. *Umweltmed Forsch Prax* 2000; 5: 321-3.
- Hausteiner-Wiehle C, Schneider G, Lee S, Sumipathala A, Creed F. Gender, lifespan and cultural aspects of bodily distress syndromes. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011; Seite 132-157.
- Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28(4): 444-55.
- Helmchen H, Baltes M, Geiselman B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms HU. Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). *Die Berliner Alterstudie*. Berlin: Akademie Verlag 1996; 185-220.
- Hempel S, Chambers D, Bagnall AM, Forbes C. Risk factors for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a systematic scoping review of multiple predictor studies. *Psychol Med* 2008; 38(7): 915-26.
- Henningsen P, Derra C, Türp JC, Häuser W. Funktionelle somatische Schmerzsyndrome: Zusammenfassung der Hypothesen zur Überlappung und Ätiologie. *Schmerz* 2004; 18: 136-40.
- Henningsen P, Fazekas C, Sharpe M: Barriers to Improving Treatment. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011; Seite 124-131.
- Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C, Rief W. Terminology, classification and concepts, or: what exactly are we talking about? In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011; Seite 43-68.

- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G. Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer 2002.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenswolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(2): 85-92.
- Henningsen P, Priebe S. Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. *J Psychosom Res* 1999; 46(3): 209-14.
- Henningsen P, Rüger U, Schneider W. Die Leitlinie „Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin: Sozialrechtsfragen. *Versicherungsmedizin* 2001; 53: 138-41.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369(9565): 946-55.
- Henningsen P. The body in the brain: towards a representational neurobiology of somatoform disorders. *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15: 157-60.
- Hessel A, Brähler E, Gunzelmann T, Rief W, Geyer M. Diagnostik somatoformer Beschwerden im Alter. *Z Gerontopsychol Gerontopsych* 2005; 18(4): 189-201.
- Hessel A, Geyer M, Gunzelmann T, Schumacher J, Brähler E. Somatoforme Beschwerden bei über-60-jährigen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36: 287-96.
- Hessel A, Geyer M, Hinz A, Brähler E. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wegen somatoformer Beschwerden – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51: 38-56.
- Hessel A, Geyer M, Schumacher J, Brähler E. Somatoform complaints in the German population. *Z Psychosom Med Psychother* 2002; 48: 38-58.
- Hessel A, Geyer M, Brähler E. Psychische Beschwerden im Alter – Standardisierung der Symptomcheckliste SCL-90-R bei über 60-Jährigen. *Z Gerontol Geriatr* 2001; 34: 498-508.
- Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Somatic distress: developing more integrated concepts. *Curr Opin Psychiatr* 1998; 11: 153-8.
- Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res* 2003; 54: 369-80.
- Hiller W, Fichter MM. High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *J Psychosom Res* 2004; 56(4): 437-43.
- Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 704-12.
- Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(9): 704-12.
- Hillila MT, Farkkila MA. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 339-45.
- Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med* 2005; 3(4): 318-23.
- Hollifield M, Hewage C, Gunawardena CN, Kodituwakku P, Bopagoda K, Weeraratne K. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry* 2008; 192(1): 39-44.
- Hollifield M, Paine S, Tuttle L, Kellner R. Hypochondriasis, somatization, and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics* 1999; 40(5): 380-6.
- Hsu SI. Somatisation among Asian refugees and immigrants as a culturally-shaped illness behaviour. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28(6): 841-5.
- Huibers MJH, Kant IJ, Swaen GMH, Kasl SV. Prevalence of chronic fatigue syndrome-like caseness in the working population: results from the Maastricht cohort study. *Occup Environ Med* 2004; 61: 464-6.
- Hungin APS, Chang L, Locke GR, Dennis EH, Barghout V. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1365-75.
- Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact and prognosis of multisomatoform disorder in primary care. A 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008; 70: 430-4.
- Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 54: 597-611.
- Janca A, Isaac M, Bennett LA, Tacchini G. Somatoform disorders in different cultures - a mail questionnaire survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30(1): 44-8.
- Jason LA, Richman JA, Rademaker AW, Jordan KM, Plioplys AV, Taylor RR, McCready W, Huang CF, Plioplys S. A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2129-37.
- Johnson SK. Medically Unexplained Illness. Gender and Biopsychosocial Implications. Washington DC: American Psychological Association 2008.
- Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1992; 304: 87-90.

- Jyvasjarvi S, Joukamaa M, Vaisanen E, Larivaara P, Kivela S, Keinanen-Kiukaanniemi S. Somatizing frequent attenders in primary health care. *J Psychosom Res* 2001; 50(4): 185-92.
- Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. The function of 'functional': a mixed methods investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83(3):248-50.
- Kapfhammer HP. Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. *Psychiatr Psychother* 2005; (1)2: 63-74.
- Kapfhammer HP. Konzept, ätiologische Perspektive und Diagnostik somatoformer Störungen. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2007; 1: 85-96.
- Karasz A, Dempsey K, Fallek R. Cultural differences in the experience of everyday symptoms: a comparative study of South Asian and European American women. *Cult Med Psychiatry* 2007; 31(4): 473-97.
- Katon W, von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, Polk E. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12(6): 355-62.
- Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19(3): 174-7.
- Kiesswetter E, Sietmann B, Zupanic M, van Thriel C, Golka K, Seebe A. Neurobehavioral aspects of the prevalence and etiology of "multiple chemical sensitivity". *Allergologie* 1999; 22: 719-35.
- Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2006; 49(9): 873-83.
- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry* 2004; 49(10): 663-72.
- Kirmayer LJ, Robbins JM. Patients who somatize in primary care: A longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psych Med* 1996; 26: 937-51.
- Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(11): 647-55.
- Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60(4): 420-30.
- Kizilhan JI. Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychotherapeut* 2009; 54(4): 281-8.
- Knipper M, Bilgin Y. Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt. Migration und andere Hintergründe. *Dtsch Ärztebl* 2010; 107(3): A76-9.
- Koch K, Gehrmann U, Sawicki P. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Dtsch Ärztebl* 2007; 104(38): 2584-91.
- Kolk AM, Schagen S, Hanewald GJ. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res* 2004; 57(4): 379-89.
- Konnopka A, Schäfer R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W, König HH. Economics of functional syndromes: A systematic review of the literature. Under review bei *Psychother Psychosom*.
- Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76(3): 417-26.
- Kovandžić M, Chew-Graham C, Reeve J, Edwards S, Peters S, Edge D, Aseem S, Gask L, Dowrick C. Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: from 'silent suffering' to 'making it work'. *Soc Sci Med* 2011; 72(5): 763-72.
- Kreutzer R, Neutra RR, Lashuay N. Prevalence of people reporting sensitivities to chemicals in a population-based survey. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 1-12.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area - A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 713-9.
- Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 2007; 48(4): 277-85.
- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, Brody D, Davies M. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(4): 352-8.
- Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics* 2000; 41(1): 39-52.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007; 69(9): 881-8.
- Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30(4): 593-619.

- Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). *Qual Health Care* 2001; 10(1): 33-9.
- Ladwig KH, Marten-Mittag B, Erazo N, Gundel H. Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey - Psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics* 2001; 42: 511-8.
- Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(6): 511-8.
- Ladwig KH, Marten-Mittag B, Lacruz ME, Henningsen P, Creed F. MONICA KORA Investigators. Screening for multiple somatic complaints in a population-based survey: does excessive symptom reporting capture the concept of somatic symptom disorders? Findings from the MONICA-KORA Cohort Study. *J Psychosom Res* 2010; 68(5): 427-37.
- Landy D. Pibloktoq (hysteria) and Inuit nutrition: possible implication of hypervitaminosis A. *Soc Sci Med* 1985; 21(2): 173-85.
- Lane RD, Waldstein SR, Chesney MA, Jennings JR, Lovallo WR, Kozel PJ, Rose RM, Drossman DA, Schneiderman N, Thayer JF, Cameron OG. The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, Part I: historical context, methods, and relevant basic science. *Psychosom Med* 2009; 71(2): 117-34.
- Lane RD, Waldstein SR, Critchley HD, Derbyshire SW, Drossman DA, Wager TD, Schneiderman N, Chesney MA, Jennings JR, Lovallo WR, Rose RM, Thayer JF, Cameron OG. The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, Part II: clinical applications and implications for research. *Psychosom Med* 2009; 71(2): 135-51.
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006; 332(7544): 749-55.
- Launer J. Medically unexplored stories. *Postgrad Med J* 2009; 85(1007): 503-4.
- Lawrie SM, Pelosi AJ. Chronic fatigue syndrome in the community. Prevalence and associations. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 793-7.
- Layer P, Andresen V, Pehl C, Allescher H, Bischoff SC, Claßen M, Enck P, Frieling T, Haag S, Holtmann G, Karaus M, Kathemann S, Keller J, Kuhlbusch-Zicklam R, Kruis W, Langhorst J, Matthes H, Mönnikes H, Müller-Lissner S, Musial F, Otto B, Rosenberger C, Schemann M, van der Voortl, Dathe K, Preiß JC. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM)1, AWMF-Registriernummer: 021-016. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-93.
- Lee S, Yu H, Wing Y, Chan C, Lee AM, Lee DT, Chen C, Lin K, Weiss MG. Psychiatric morbidity and illness experience of primary care patients with chronic fatigue in Hong Kong. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3): 380-4.
- Lee S. A Chinese perspective of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1997; 43(2): 115-9.
- Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Current somatoform disorders in Norway: prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 698-710.
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101(3): 194-208.
- Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Höfler M, Tholen S, Wittchen HU. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 2002; 17(6): 321-31.
- Lindal E, Stefansson JG, Bergmann S. The prevalence of chronic fatigue syndrome in Iceland – A national comparison by gender drawing on four different criteria (2006; vol 56; pg 273). *Nord J Psychiat* 2006; 60: 183.
- Lindell L, Bergman S, Petersson IF, Jacobsson LTH, Herrstrom P. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 149-53.
- inzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996; 101: 526-33.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145(11): 1358-68.
- Lobo A, Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G, Perez-Echeverria MJ. Somatisation in primary care in Spain. 1. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 344-8.
- Looper KJ, Kirmayer LJ. Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res* 2004; 57(4): 373-8.
- Löwe B, Mundt C, Herzog W, Brunner R, Backenstrass M, Kronmüller K, Henningsen P. Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology* 2008; 41(1): 4-9.
- Lowe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 191-9.
- Lyles JS, Hodges A, Collins C, Lein C, Given CW, Given B, D'Mello D, Osborn GG, Goddeeris J, Gardiner JC, Smith RC. Using nurse practitioners to implement an intervention in primary care for high-utilizing patients with medically unexplained symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25(2): 63-73.

- Lynge I, Munk-Jorgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2004; 63(Suppl 2): 377-83.
- Maiden NL, Hurst NP, Lochhead A, Carson AJ, Sharpe M. Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: prevalence and associations. *Rheumatology* 2003; 42: 108-12.
- Makela M, Heliovaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991; 303: 216-9.
- Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007; 57(541): 655-61.
- Malterud K. The (gendered) construction of diagnosis interpretation of medical signs in women patients. *Theor Med Bioeth* 1999; 20(3): 275-86.
- Martin A, Chalder T, Rief W, Braehler E. The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome: A general population survey. *J Psychosom Res* 2007; 63: 147-56.
- Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract* 2002; 19(3): 251-6.
- Mayou R, Farmer A. ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ* 2002; 325(7358): 265-8.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162(5): 847-55.
- McConnell KM, Pargament KI, Ellison CG, Flannelly KJ. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychol* 2006; 62(12): 1469-84.
- McCrone P, Darbishire L, Ridsdale L, Seed P. The economic cost of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome in UK primary care. *Psychol Med* 2003; 33(2): 253-61.
- McCrone P, Ridsdale L, Darbishire L, Seed P. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy, graded exercise and usual care for patients with chronic fatigue in primary care. *Psychol Med* 2004; 34(6): 991-9.
- McFarlane AC, Ellis N, Barton C, Browne D, Van Hooff M. The conundrum of medically unexplained symptoms: questions to consider. *Psychosomatics* 2008; 49: 369-77.
- Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Moller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depress Anxiety* 2007; 24: 185-95.
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. Lifetime prevalence of mental disorders in the adult general population: findings from the TACOS study. *Nervenarzt* 2000; 71: 535-42.
- Mezzich JE, Fabrega H Jr, Coffman GA, Haley R. DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnoses. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 212-9.
- Michels H, Gerhold K, Häfner R, Häuser W, Illhardt A, Mönkemöller K, Richter M, Schuchmann L. Fibromyalgiesyndrom bei Kindern und Jugendlichen. *Schmerz* 2008; 22(3): 339-48.
- Müller A, Hartmann M, Eich W. Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (FMS). *Schmerz* 2000; 14(2): 77-83.
- Müller-Lissner SA, Bollani S, Brummer RJ, Coremans G, Dapoigny M, Marshall JK, Muris JW, Oberndorff-Klein Wolthuis A, Pace F, Rodrigo L, Stockbrügger R, Vatn MH. Epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Europe and North America. *Digestion* 2001; 64: 200-4.
- Naessens JM, Baird MA, Van Houten HK, Vanness DJ, Campbell CR. Predicting persistently high primary care use. *Ann Fam Med* 2005; 3(4): 324-30.
- Nanke A, Rief W. Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut* 2003; 48: 329-35.
- Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006; 62(5): 1167-78.
- Nielson WR, Jensen MP. Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain* 2004; 109(3): 233-41.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361-7.
- Noeker M, Petermann F. Somatoforme Störungen. *Monatsschr Kinderh* 2008; 156: 1013-22.
- Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A, Tylee A. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 285-93.
- Noyes R Jr, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 2008; 49(1): 14-22.
- Noyes R Jr, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 2008; 49(1): 14-22.
- Noyes R Jr. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21(1): 8-17.

- olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 363-77.
- Ouyang A, Wrzos HF. Contribution of gender to pathophysiology and clinical presentation of IBS: should management be different in women? *Am J Gastroenterol* 2006; 101(12 Suppl): 602-9.
- Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96(5): 223-7.
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Elamin MB, Seime RJ, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302(5): 550-61.
- Patel V, Pereira J, Mann AH. Somatic and psychological models of common mental disorder in primary care in India. *Psychol Med* 1998; 28(1): 135-43.
- Petersen I, Thomas JM, Hamilton WT, White PD. Risk and predictors of fatigue after infectious mononucleosis in a large primary-care cohort. *QJM* 2006; 99(1): 49-55.
- Petrie KJ, Müller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Rief W. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334(7589): 352.
- Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 9-15.
- Polis RG, Battersby MW. Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. *Med J Aust* 2008; 188(12 Suppl): 133-7.
- Portenoy RK, Ugarte C, Fuller I, Haas G. Population-based survey of pain in the United States: differences among white, African-American, and Hispanic subjects. *J Pain* 2004; 5: 317-28.
- Pribor EF, Smith DS, Yutzy SH. Somatization disorder in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1994; 2: 109-17.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 3: CD001027.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859-77.
- Prince R. The "brain fog" syndrome in Nigerian students. *J Ment Sci* 1960; 106: 559-70.
- Raspe H, Matthis C, Croft P, O'Neill T, the European Vertebral Osteoporosis Study Group. Variation in back pain between countries: The example of Britain and Germany. *Spine* 2004; 29: 1017-21.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-86.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer N, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-86.
- Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009; 166(6): 645-50.
- Reid S, Crayford T, Richards S, Nimnuan C, Hotopf M. Recognition of medically unexplained symptoms – do doctors agree? *J Psychosom Res* 1999; 47(5): 483-5.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 248-53.
- Reyes M, Nisenbaum R, Hoaglin DC, Unger ER, Emmons C, Randall B, Stewart G, Abbey S, Jones JF, Gantz N, Minden S, Reeves WC. Prevalence and incidence of chronic fatigue syndrome in Wichita, Kansas. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1530-6.
- Richman JA, Jason LA, Taylor RR, Jahn SC. Feminist perspectives on the social construction of chronic fatigue syndrome. *Health Care Women Int* 2000; 21(3): 173-85.
- Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30(10): 996-1002.
- Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(7): 821-41.
- Rief W, Hennings A, Riemer S, Euteneuer F. Psychobiological differences between depression and somatization. *J Psychosom Res* 2010; 68(5): 495-502.
- Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001; 63(4): 595-602.
- Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Braehler E. Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosom Med* 2011; 73: 760-768.
- Rief W. Analyzing the problems in managing patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22(5): 704-6.

- Riley JL 3rd, Robinson ME, Wise EA, Price DD. A meta-analytic review of pain perception across the menstrual cycle. *Pain* 1999; 81(3): 225-35.
- Ritsner M. The attribution of somatization in schizophrenia patients: A naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1370-8.
- Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montañó JJ, Salvà JJ, Flores I, Leal S. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 410-5.
- Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2009; 119: 52-8.
- Roesler U, Jacobi F, Rau R. Work and mental disorders in a German national representative sample. *Work and Stress* 2006; 20: 234-44.
- Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and emergent personality organization: perspectives from the five-factor model. *J Abnorm Child Psychol* 2004; 32(2): 123-45.
- Rome Foundation. Guidelines – Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15(3): 307-12.
- Rosendal M, Fink P, Falkoe E, Schou Hansen H, Olesen F. Improving the Classification of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Eur J Psychiatr* 2007; 21(1): 25-6.
- Roth RS, Punch MR, Bachman JE. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 2001; 51: 563-9.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stöven H, Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatr* 2004; 93(2): 258-63.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005; 115: 152-62.
- Rubel AJ. The epidemiology of a folk illness. Susto in Hispanic America. *Ethology* 1964; 3: 268-83.
- Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005; 114: 364-71.
- Sabbioni ME, Eugster S. Interactions of a history of migration with the course of pain disorder. *J Psychosom Res* 2001; 50(5): 267-9.
- Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1910-5.
- Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318(7180): 372-6.
- Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 570-9.
- Schade N, Torres P, Beyebach M. Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Fam Syst Health* 2011; 29(3): 197-205.
- Schäfer R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bolter R, Szecsenyi J, Sauer N, Herzog W, Kuehlein T. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *J Psychosom Res* 2010; 69(3): 267-77.
- Schäfer R, Kaufmann C, Bölker R, Herzog W. Hausärztliche Diagnosevergabe bei funktionellen/ somatoformen Beschwerden. In: Laux G, Kuehlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg). *Versorgungsforschung. in der Hausarztpraxis Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009*. München: Springer, Urban und Vogel 2010. Siehe auch: http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf [Zugriff am 9.11.11]
- Scheidt CE, Henningsen P. Somatoforme Störungen. In: Janssen PL, Joraschky P, Tress W (Hrsg). *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2009; 185-213.
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe N, Hillenbrand D, Sczudle G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M. Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut* 1998; 43: 92-101.
- Wittchen HU, Fichter MM. *Psychotherapie in der Bundesrepublik – Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung*. Weinheim: Beltz 1980.
- Scheidt CE. Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut* 2002; 47: 110-23.
- Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007; 7: 30.
- Schneider A, Hörlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care – impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 51.
- Schneider G, Heuft G. Organisch nicht erklärbare somatoforme Beschwerden und Störungen im Alter: ein systematischer Literaturüberblick. *Z Psychosom Med Psychother* 2011; 57: 115-40.

- Schouten BC, Meeuwesen L, Harmsen HA. GPs' Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *J Immigr Minor Health* 2009; 11(6): 468-75.
- Schröder A, Fink P. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V: two steps forward and one step backward? *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 95-6.
- Schulte IE, Petermann F, Noeker M. Functional abdominal pain in childhood: from etiology to maladaptation. *Psychother Psychosom* 2010; 79(2): 73-86.
- Severens JL, Prins JB, van der Wilt GJ, van der Meer JW, Bleijenberg G. Cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *QJM* 2004; 97(3): 153-61.
- Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001; 134(9 II Suppl): 926-30.
- Sheehan B, Banerjee S. Review: Somatization in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 1044-9.
- Skapinakis P, Lewis G, Mavreas V. Cross-cultural differences in the epidemiology of unexplained fatigue syndromes in primary care. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 205-9.
- Skre I, Onstad S, Torgersen S, Kringlen E. High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 167-73.
- Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; 146(1): 69-72.
- Smith GR Jr. The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics* 1994; 35(3): 263-7.
- Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med* 2003; 18(6): 478-89.
- Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, Dwamena FC, Lein C, William GC, Given B, Goddeeris J. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21(7): 671-7.
- Smits FT, Wittkamp KA, Schene AH, Bindels PJ, van Weert HC. Interventions on frequent attenders in primary care. A systematic literature review. *Scand J Prim Health* 2008; 26(2): 111-6.
- Snyderman R, Weil AT. Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Arch Intern Med* 2002; 162(4): 395-7.
- Speckens AE, van Hemert AM, Bolk JH, Rooijmans HG, Hengeveld MW. Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychol Med* 1996; 26(4): 745-52.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011; 52(3): 263-71.
- Steinhausen-Thiessen E, Borchelt M. Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). *Die Berliner Alterstudie*. Berlin: Akademie Verlag 1996; 152-83.
- Stekel W. *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1908.
- Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms in neurology: management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 1(76 Suppl): i13-21.
- Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002; 325: 1449-50.
- Sullivan PF, Pedersen NL, Jacks A, Evengard B. Chronic fatigue in a population sample: definitions and heterogeneity. *Psychol Med* 2005; 35: 1337-48.
- Svedberg P, Johansson S, Wallander MA, Pedersen NL. No evidence of sex differences in heritability of irritable bowel syndrome in Swedish twins. *Twin Res Hum Gen* 2008; 11: 197-203.
- Sykes R. Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? *J Psychosom Res* 2006; 60(4): 341-4.
- Tait RC, Chibnall JT. Physician judgments of chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1997; 45(8): 1199-205.
- Thompson JM, Luedtke CA, Oh TH, Shah ND, Long KH, King S, Branda M, Swanson R. Direct medical costs in patients with fibromyalgia: Cost of illness and impact of a brief multidisciplinary treatment program. *Am J Phys Med Rehabil* 2011; 90(1): 40-6.
- Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns* 2004; 54(3): 299-306.
- Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 35: 1175-84.
- Toft T, Rosendal M, Ørnbøl E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). *Psychother Psychosom* 2010; 79(4): 227-37.
- Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, Akgol E, Ak I, Can G. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol* 2005; 34: 140-4.

- Trigwell P, Hatcher S, Johnson M, Stanley P, House A. "Abnormal" illness behaviour in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *BMJ* 1995; 311(6996): 15-8.
- Tseng CL, Natelson BH. Few gender differences exist between men and women with chronic fatigue syndrome. *J Clin Psychol Med Setting* 2004; 11: 55-62.
- Tseng WS. From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. *Transcult Psychiatry* 2006; 43(4): 554-76.
- Ursin H, Eriksen H. Cognitive activation theory of stress, sensitization, and common health complaints. *Ann N Y Acad Sci* 2007; 1113: 304-10.
- van den Berg B, Yzermans CJ, van der Velden PG, Stellato RK, Brunekreef B, Lebrecht E, Grievink L. Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice. *Psychosomatics* 2009; 50(1): 69-77.
- van der Feltz-Cornelis CM, van Balkom AJ. The concept of comorbidity in somatoform disorder – a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 97-9.
- van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ader HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75(5): 282-9.
- van der Meulen MJ, Lobbezoo F, Aartman IH, Naeije M. Ethnic background as a factor in temporomandibular disorder complaints. *J Orofac Pain* 2009; 23(1): 38-46.
- van Eijk J, Grol R, Huygen F, Meeker P, Mesker-Niessen J, van Mierlo G, Mokink H, Smits A. The family doctor and the prevention of somatic fixation. *Family Systems Medicine* 1983; 1: 5-15.
- van Geelen SM, Sinnema G, Hermans HJ, Kuis W. Personality and chronic fatigue syndrome: methodological and conceptual issues. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(8): 885-903.
- van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychol Med* 1993; 23(1): 167-73.
- van Wulfften Palthe PM. Koro: Een eigenaardig angstneurose. *Geneeskundia Tijdschrift voor Nederlandach-Indie* 1934; 74: 1713-20.
- Vandvik PO, Lydersen S, Farup PG. Prevalence, comorbidity and impact of irritable bowel syndrome in Norway. *Scandinavian. J Gastroenterol* 2006; 41: 650-6.
- Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005; 119(2): 118-37.
- Vedsted P, Fink P, Olesen F, Munk-Jorgensen P. Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study. *Psychosomatics* 2001; 42(5): 416-22.
- Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006; 23(4): 414-20.
- Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68: 403-14.
- Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP. Psychiatric Disorders and Medical Care Utilization among. People in the General Population Who Report Fatigue. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 436-40.
- Waller E, Scheidt CE, Hartmann A. Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 200-9.
- Watson PJ, Latif RK, Rowbotham DJ. Ethnic differences in thermal pain responses: a comparison of South Asian and White British healthy males. *Pain* 2005; 118(1-2): 194-200.
- Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: A prospective primary care study. *Am J Public Health* 1997; 87: 1449-55.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354(9182): 936-9.
- Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 95-6.
- Wessely S. Chronic fatigue: symptom and syndrome. *Ann Intern Med* 2001; 134(9 Pt 2): 838-43.
- White KP, Thompson J. Fibromyalgia syndrome in an Amish community: A controlled study to determine disease and symptom prevalence. *J Rheumatol* 2003; 30: 1835-40.
- Wigington WC, Johnson WD, Minocha A. Epidemiology of irritable bowel syndrome among African Americans as compared with whites: A population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 647-53.
- Wijnert C, Brodaty H, Hickie J. The neglect of somatoform disorders by old age psychiatry: some explanations and suggestions for future research. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 812-9.
- Wild B, Kruse A, Hartmann M, Herzog W. Somatoforme Beschwerden bei älteren Menschen. *Z Gerontol Geriat* 2004; 37: 293-300.
- Wilhelm KA, Finch AW, Davenport TA, Hickie IB. What can alert the general practitioner to people whose common mental health problems are unrecognised? *Med J Aust* 2008; 188: 114-8.

- Williams ER, Guthrie E, Mackway-Jones K, James M, Tomenson B, Eastham J, McNally D. Psychiatric status, somatisation, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: a comparison with routine attenders. *J Psychosom Res* 2001; 50(3): 161-7.
- Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 495-502.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9): 655-79.
- Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes Gesundheitssurveys 1998 (Met and unmet needs for intervention. Clinical-epidemiological estimations for mental disorders in the German health interview and examination survey supplement). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2001; 44: 993-1000.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357-76.
- Wittchen HU, Müller N, Fister H, Winter S, Schmidt-Kunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatz-Servays durch „psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 1999; 61: 216-22.
- Wittchen U, Esau LA, Von Zerssen D, Kreig J-C, Zaudig M. Lifetime and six month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Psychiat Clin Neurosci* 1992; 241: 247-58.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62(5): 600-10.
- Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics* 1994; 35(5): 445-52.
- www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4classification.htm
- www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm
- www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=368
- www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en/
- Yilmaz S, Dursun M, Ertem M, Canoruc F, Turhanoğlu A. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 361-9.
- Zachrisson O, Regland B, Jahreskog M, Kron M, Gottfries CG. A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (the FibroFatigue scale). *J Psychosom Res* 2002; 52(6): 501-9.
- ZamZam R, Thambu M, Midin M, Omar K, Kaur P. Psychiatric Morbidity among adult patients in a semi-urban primary care setting in Malaysia. *Int J Health Serv* 2009; 3: 1-6.
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S. Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland (The state of outpatient psychotherapy in Germany). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53(3-4): 152-62.
- Zhao Y, Chen SY, Wu N, Fraser KA, Boulanger L. Medication Adherence and Healthcare Costs among Fibromyalgia Patients Treated with Duloxetine. *Pain Pract* 2010; (E-pub ahead of print)
- Zielke-Nadkarni A. The understanding of health, illness and care by Turkish immigrant women. An empirical study. *Pflege* 1999; 12(5): 283-8.
- Zimmer-Albert C, Pogatzki-Zahn E. Schmerz und Geschlecht. In: Kröner-Herwig B, Frettlow J, Klinger R, Nilges P (Hrsg). *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen- Diagnostik- Krankheitsbilder- Behandlung*. Heidelberg: Springer 2011; 225-39.

6. Grundlagen und Voraussetzungen für die Behandlung

6.1. *Haltung, Denk- und Verhaltensweisen und die Behandler-Patient-Beziehung*

Statement 26: Haltung, Denk- und Verhaltensweisen und die **Behandler-Patient-Beziehung** beeinflussen das Gelingen der *Diagnostik* ebenso wie das Gelingen der *Therapie* und spielen bei der **Aufrechterhaltung und Chronifizierung** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden vermutlich eine entscheidende Rolle (Evidenzgrad: 4).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 26:

Der Beachtung des Interaktionsverhaltens der Patienten und der Behandler-Patient-Beziehung kommt beim Verständnis und Management von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden eine zentrale Bedeutung zu. Oft entwickelt sich die Patient-Behandler-Interaktion als Negativ-Spirale in Form eines typischen Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkels (Fink et al. 2002; Sauer & Eich 2007):

- Seitens des Patienten bestehen große Heilserwartungen gegenüber einem mächtigen Helfer – einem Arzt, der die Körpersymptome kraft seiner medizinischen Kompetenz verstehen und beseitigen soll. Da diese Erwartungen regelmäßig unerfüllt bleiben – der Arzt findet „nichts“ – schlägt die idealisierende Hoffnung um in resignierte Enttäuschung, bis dann irgendwann ein neuer Hoffnungsträger am Horizont auftaucht. Auf diese Weise kann es leicht zu dysfunktionalem Inanspruchnahmeverhalten kommen: z.B. Verschweigen von Vorbefunden und -behandlungen, Therapieabbrüche, häufige Arztwechsel.
- Seitens des Behandlers besteht die Gefahr, die überhöhten Erwartungen des Patienten auf Grund eigener hoher Ansprüche zu übernehmen und offene und latente Versprechen zu machen, die später nicht eingelöst werden können. Dann wird der Patient als anstrengend, anspruchlich und vorwurfsvoll erlebt und es können sich unangenehme Gefühle beim Behandler einstellen (typisch sind Ratlosigkeit, Unsicherheit, Ärger, Frustration). Diese können in unterschiedlicher Form ausagiert werden: z.B. invasive Mehrfachdiagnostik, dem Patienten (insgeheim) unterdurchschnittlich viel Aufmerksamkeit schenken, stigmatisierende Bezeichnungen für den Patienten verwenden.

Um aus dieser Negativ-Spirale heraus und in eine Positiv-Spirale hinein zu kommen, sollte von Anfang an für „Ent-Idealisierung“ und Relativierung der Erwartungen gesorgt und die Selbstverantwortung des Patienten betont und gestärkt werden.

Einige Formen der Beschwerdepräsentation des Patienten (z.B. plastische und gefühlsbetonte Sprache, rein biomedizinische Erklärungen, Beschreibung erheblicher emotionaler und sozialer Beeinträchtigung durch die Beschwerden, Bezugnahme auf Andere als Gewährsleute für die Schwere der Beschwerden, Kritik und Verweigerung, Präsentation komplexer Beschwerdemuster, die sich der Erklärung

widersetzen) haben ein besonderes Potential, den Behandler herauszufordern oder unter Druck zu setzen, indem sie die Notwendigkeit einer Antwort transportieren und gleichzeitig die Möglichkeiten des Behandlers, zu antworten, einschränken (Ring et al. 2004). Häufig versucht der Behandler dann, das Erklärungsbedürfnis des Patienten durch Normalisierung zu beantworten, für die sich unterschiedliche Typen differenzieren lassen (⇒ Empfehlung 45; Dowrick et al. 2004). Solche Erklärungen des Behandlers können vom Patienten als Zurückweisung, Kollusion oder Empowerment aufgenommen werden (⇒ Empfehlung 45; Salmon et al. 1999). Sofern sich der Patient vom Behandler nicht verstanden und angenommen fühlt, neigt er zu einer Verdeutlichungstendenz, d.h. dazu, seine Symptompräsentation auszuweiten und seine Beschwerden genauer darzulegen. Der Behandler gerät dann möglicherweise unter Druck (Ring et al. 2004). Empfundener Druck von Seiten des Patienten erwies sich als starker unabhängiger Prädiktor für ärztliches Verhalten (Little et al. 2004). Häufig bietet der Behandler nun weitere somatische Diagnostik und körperliche Behandlungsversuche an (Salmon 2007; Salmon et al. 2007b).

Untersuchungsergebnisse der letzten Jahre weisen darauf hin, dass die Betrachtung iatrogener Krankheitsfaktoren und der Behandler-Patient-Interaktion für das Verständnis von „Somatisierung“ und für eine angemessene Versorgung der Patienten mindestens so wichtig ist wie die Psychopathologie des Patienten (Ring et al. 2005; Bensing & Verhaak 2006). Iatrogene Faktoren und die Behandler-Patient-Interaktion müssen deshalb sowohl beim Erstkontakt als auch im Verlauf der Behandlung besondere Beachtung finden.

Eine aktuelle, wissenschaftlich basierte britische Handlungsanweisung zum Umgang mit „medically unexplained symptoms“ bringt es auf den Punkt (RCGP, 2011):

- Der Patient will und soll ernst genommen werden – zeigen Sie, dass Sie ihm glauben: Fragen Sie sich selbst *und* den Patienten: „Höre und verstehe ich, was Sie mir mitteilen wollen?“
- Auch wenn es zunächst keine hinreichende Erklärung für die Beschwerden geben mag: der Behandler kann das Befinden des Patienten durchaus positiv beeinflussen: Konzentrieren Sie sich darauf, dem Patienten dabei zu helfen, seine Beschwerden zu bewältigen und seine Funktionsfähigkeit zu verbessern.
- Manchmal liegt die einzig notwendige „Therapie“ in einer guten, kontinuierlichen, lang andauernden Behandler-Patient-Beziehung: Beruhigen Sie den Patienten im Hinblick auf seine Befürchtungen, aber bleiben Sie offen für verschiedene Beschwerdeursachen und überprüfen Sie Ihre Einschätzung immer wieder: Erklären Sie, anstatt zu normalisieren bzw. zu verharmlosen.
- Machen Sie dem Patienten Ihre eigenen Überlegungen, Ihre Unsicherheiten und Ihre Erwartungen deutlich, wenn Sie ihn zum Spezialisten überweisen: Kommunizieren Sie *aktiv* mit anderen Behandlern.

Statement 27: Die **Behandler-Patient-Beziehung** wird vor allem bei Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden von den Behandlern **oft als schwierig erlebt** (Evidenzgrad: 2b).

Gleiches gilt auch für die Patientenseite, wo vor allem über verminderte Zufriedenheit berichtet wird (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 27:

Die Behandler-Patient-Interaktion bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden wird von beiden Seiten häufig als schwierig erlebt:

- **Behandlerseite:** Dass die Behandler die Interaktion und Beziehung mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden oft als schwierig und frustrierend erleben, wurde in zahlreichen Studien gezeigt (Chew-Graham & May 1999; Reid et al. 2001; Wileman et al. 2002; Woivalin et al. 2004; Rosendal et al. 2005a). Gründe hierfür sind, dass Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden als „schwierig zu behandeln“ erlebt werden (Sharpe et al. 1994; Carson et al. 2004), häufig zeitaufwändig sind (Hahn et al. 1994; Hahn et al. 1996) und die Expertise des Behandlers in Frage stellen (Henningesen et al. 2010). Eine schwierige Behandler-Patient-Interaktion wurde im einzelnen gezeigt für multiple körperliche und oft medizinische unerklärte Symptome (Schwenk et al. 1989; Sharpe et al. 1994; Hahn et al. 1996; Jackson & Kroenke 1999; Hahn 2001; Steinmetz & Tabenkin 2001; Hausteiner-Wiehle et al. 2011), Somatisierung (Lin et al. 1991; Hahn et al. 1996; Walker et al. 1997; Jackson & Kroenke 1999; Jackson & Kroenke 2008b), chronische Schmerzen (Hahn et al. 1994; Walker et al. 1997; Wasan et al. 2005; Elder et al. 2006), Irritable Bowel Syndrome, Spannungskopfschmerzen, Fibromyalgie und prämenstruelles Syndrom (Hahn et al. 1994; Hahn et al. 1996). Beim Chronic Fatigue Syndrome (CFS) sind die Behandler insgesamt unsicherer oder abweisender als beim Irritable Bowel Syndrome (IBS) (Ho-Yen & McNamara 1991; Thompson et al. 1997; Asbring & Narvanen 2003; Raine et al. 2004).
- **Patientenseite:** Auf Seiten der Patienten wurde eine als schwierig erlebte Patient-Behandler-Interaktion bislang nur wenig untersucht. Jackson und Kroenke (1999) fanden, dass bei vom Behandler erlebten Interaktions-Schwierigkeiten auch die Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit unzufrieden mit ihrer Versorgung und insgesamt kritischer mit allen Aspekten der Behandler-Patient-Begegnung waren. In einer Studie an Allergieabklärungspatienten war die Unzufriedenheit mit ihrer bisherigen medizinischen Versorgung ein deutliches Merkmal von Patienten mit unerklärten Beschwerden und somatoformen Störungen (Hausteiner et al. 2009; Hausteiner-Wiehle et al. 2011).

Empfehlung 28: Fachliche Schulungen von Behandlern (**Hausarzt-orientierte Kurzinterventionen**), beeinflussen zwar nicht sicher die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden selbst, wirken jedoch günstig auf die **Kompetenz des Behandlers** und verbessern die **Beziehungsqualität** zwischen Patient und Behandler (Evidenzgrad: 2b). Sie sollten zumindest dann durchgeführt werden, wenn die Behandler den Kontakt mit betroffenen Patienten häufig als unangenehm, unbefriedigend oder belastend erleben.

Empfehlungsgrad: ↑ B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 28:

In der Vergangenheit wurden mehrere Schulungsmodelle für Hausärzte in Diagnostik und Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden entwickelt, vor allem angelehnt an das "Reattribution model" einer Umattribuierung psychischer Symptome auf körperliche Ursachen (z.B. Fink et al. 2002; Rief 2006; Rosendal et al. 2007; Smith et al. 2009; im Zusammenhang mit Weiterbildungsprogrammen für die psychosomatische Grundversorgung Larisch 2004; Gask et al. 2011). Hausarztschulungen konnten durchgängig einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit seitens des Behandlers im Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden nachweisen (Rosendal et al. 2005; Aiarzaguena et al. 2005).

Die auf Patientenebene gefundenen Effekte sind widersprüchlich: Rosendal (2007) konnte keine Effekte nachweisen; Morriss et al. berichteten einen ungünstigen Effekt der klassischen Reattributions-Technik bei den behandelten Patienten in Form reduzierter Lebensqualität (Morriss et al. 2007 und 2010); Toft et al. (2010) beschreiben eine zumindest geringfügige Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit der Patienten. Ein aktueller narrativer Review von 25 Publikationen aus 13 Studien zum Reattributions-Modell (Gask et al. 2011) zeigte, dass durch das Training der Hausärzte die geschulten Fertigkeiten der Gesprächsführung erworben werden können und sich dadurch auch die Haltung der Behandler gegenüber Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden verbessert. Da jedoch die klinischen Effekte auf Patientenebene gemischt waren, sollten Hausarzt-Schulungen nur Teil komplexerer Interventionen innerhalb gestufter, kooperativer und koordinierter Versorgungsmodelle („stepped, collaborative and coordinated care model“) sein. Bloom (2005) kommt in einem Review über kontinuierliche medizinische Qualifikation zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu dem Schluss, dass insbesondere *interaktive* Techniken zur Hausarzt-Schulung wie Supervision, Balint-Gruppen, Rollenspielen sowie der Vorstellung von Fallberichten, Training spezieller kommunikativer Fähigkeiten („skill training“) wie beispielsweise „Feedback geben“ auch auf der Patientenebene günstigen Effekten führt (im Gegensatz zu rein didaktischen Präsentationen und gedrucktem Informationsmaterial).

Empfehlung 29: Insgesamt sollte vom Behandler eine **gelassene, empathische, aktiv-stützende, symptom- und bewältigungsorientierte Grundhaltung** eingenommen werden, um zunächst vor allem eine **tragfähige, partnerschaftliche Arbeitsbeziehung** aufzubauen. Eine solche Haltung erfordert sowohl **Einfühlung** als auch professionelle **Distanz**, sowohl **symptomorientierte/ biomedizinische** als auch **erlebens-/ verhaltensorientierte** Anteile (⇒ [Praxistipp 2](#)) (Evidenzgrad: 5).

Speziell in den psychosozialen Fächern sollte die therapeutische Haltung von **situativer „Stimmigkeit“** geprägt sein, also vom richtigen Maß aus Zurückhaltung und Echtheit („Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein“; sog. „selektive Authentizität“).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 29:

Die Grundhaltung gegenüber Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden wurde bislang in der einschlägigen Literatur nur wenig thematisiert und ist einer empirischen Überprüfung nur bedingt zugänglich. Eine qualitative Untersuchung zur Kommunikation im Gesundheitswesen bei chronischer Krankheit an insgesamt 38 Patienten mit vier verschiedenen chronischen Bedingungen (Nierenerkrankung im Endstadium, nicht-insulin-behandelter Diabetes mellitus, multiple Sklerose, Fibromyalgie-Syndrom) kam zu folgenden Ergebnissen (Thorne et al. 2004): Über die verschiedenen Bedingungen hinweg erwiesen sich Freundlichkeit (grundsätzliche Achtung des anderen), Respekt (Ausdruck von Wertschätzung für ein spezifisches Individuum) und Engagement (Verbindlichkeit) als Prioritäten im Kommunikationsprozess; die Ergebnisse bestärken ein patienten-zentriertes Vorgehen. Empfehlungen zur Grundhaltung gegenüber Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden kommen vor allem aus der klinischen Praxis (Schäfer et al. 2005; Arbeitskreis PISO 2011). Als wesentlich wird vor allem der Aufbau einer starken Behandler-Patient-Beziehung betont (Walker et al. 1998; Oyama et al. 2007). Eine qualitative Studie über den Umgang mit vom Patienten mitgeteilten gesundheitsbezogenen Sorgen fand, dass das Ausdrücken von Empathie von zentraler Bedeutung ist und zu einer besseren Behandler-Patient-Interaktion beiträgt (Epstein et al. 2007). Stärker als andere Krankheitsbilder erfordert die Behandlung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden eine aktive Grundhaltung (Scheidt 2002). Der Behandler vermittelt damit sein Interesse und verhält sich kontrastierend zu den (unbewussten) Erwartungen des Patienten, die auf die Vorwegnahme von Desinteresse und Zurückweisung (und die Bestätigung eines negativen Selbstbilds) ausgerichtet sind.

Empfehlung 30: Konkret sollte der Behandler in seiner Haltung die **Balance** zwischen folgenden Polen wahren (⇒ [Praxistipp 2](#); vergl. auch ➡ Empfehlungen zur allgemeinen Grundhaltung zur effektiven Kommunikation im Gesundheitswesen):

- **Zuversicht vermitteln –**
aber hohe Ansprüche und Erwartungen relativieren;
Druck oder Idealisierungen seitens des Patienten **nicht übernehmen**.
- **Transparenz hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen vermitteln –**
aber das Gespräch nicht bei medizinischen Themen bewenden lassen.
- **Psychosoziale Aspekte erfragen, die mit der Beschwerdesymptomatik in Verbindung stehen könnten – aber die körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren.**
- **Dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen, sondern seine subjektive Krankheitstheorie erfragen und daran anknüpfen –**
aber seine Erklärungsansätze nicht voreilig und unkritisch übernehmen.
- **Engagement und Verbindlichkeit zeigen –**
aber dem Impuls zu raschem Handeln nicht ohne Weiteres nachgeben.

KKP

Starker Konsens

Praxistipp 2: Hilfreiche Formulierungen im Interesse einer empathischen, balancierten Grundhaltung	
Zuversicht vermitteln: „Es gibt im Moment keinerlei Hinweise, dass es eine schwerwiegende körperliche Ursache für Ihren Juckreiz gibt.“ „Funktionelle Beschwerden, wie sie bei Ihnen vorliegen betreffen viele Patienten. Sie sind oft unangenehm, aber zum Glück nicht gefährlich. Wir kennen heute gute erprobte Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen helfen werden, dass Ihr Alltag bald wieder besser funktioniert.“	hohe Ansprüche und Erwartungen relativieren, Druck oder Idealisierungen seitens des Patienten nicht übernehmen: „Vielleicht sind Sie da zu ehrgeizig. Es ist vielleicht schon ein guter Fortschritt, wenn Sie in einem Monat wieder ... können.“ „Meiner Erfahrung nach sollten Sie sich da nicht zu viel auf einmal vornehmen.“ „Wie wäre es, wenn Ihr erstes Ziel darin besteht, wieder selbständig einzukaufen? Wir gehen dann einfach in vielen kleinen Schritten vorwärts.“
Transparenz hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen vermitteln: <ul style="list-style-type: none"> • „Wir werden diesen Test durchführen, weil ...“ • „Ich erwarte ein unauffälliges Ergebnis, das heißt ...“ • „Ich interpretiere das Laborergebnis deshalb so, weil“ • „Meiner Ansicht nach sollten wir die apparativen Untersuchungen damit abschließen; sie bringen uns keine wesentlichen Informationen mehr.“ 	Gespräch nicht bei medizinischen Themen bewenden lassen, psychosoziale Aspekte erfragen: „Inwieweit sind Sie durch Ihre Beschwerden im Alltag beeinträchtigt?“, „Ein Aspekt, den wir neben den körperlichen Untersuchungsergebnissen nicht aus den Augen verlieren sollten, ist die Frage, wie es Ihnen mit all den Schmerzen überhaupt in Ihrem Alltag geht.“, „Haben Sie Zusammenhänge zwischen Ihren Beschwerden und ihrem seelischen Befinden festgestellt?“,
Psychosoziale Aspekte erfragen, die mit der Beschwerdesymptomatik in Verbindung stehen könnten: „Viele meiner Patienten mit ähnlichen Beschwerden wie Ihnen berichten mir, dass sich diese unter Stress und Belastung nochmal verschlechtern; kennen Sie das auch von sich?“, „Nachdem ich Ihnen jetzt ein sinnvolles Vorgehen bei der Labordiagnostik erklärt habe, möchte ich noch einmal nachfragen: Sie hatten beim letzten Mal Probleme am Arbeitsplatz	Körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren: „Und wie könnte diese Beobachtung wiederum mit Ihren Gangproblemen zusammenhängen?“ „Wir konnten ja in letzter Zeit einige Belastungen in ihrer Lebenssituation identifizieren und Sie haben angefangen, mehr auf Ihre Bedürfnisse zu achten. Wie haben sich denn Ihre körperlichen Beschwerden in der Zwischenzeit entwickelt?“

erwähnt. Was ist daraus geworden?“	
Dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen, sondern seine subjektive Krankheitstheorie erfragen: „Ich sehe, dass es Ihnen mit diesen Bauchschmerzen wirklich schlecht geht. Ich höre, dass Sie mit ihren Beschwerden schon einen langen Leidensweg hinter sich haben. Wahrscheinlich haben Sie auch schon oft überlegt, wo ihre Beschwerden eigentlich herkommen. Was sind denn Ihre Vermutungen?“, „Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz, da kommen viele, auch persönliche Dinge zusammen. Was sind denn Ihrer Meinung nach die wichtigsten Auslöser?“	Erklärungsansätze des Patienten nicht voreilig und unkritisch übernehmen: „Ich kann Ihre Überlegungen aus Ihrer Sicht gut nachvollziehen. Ich denke aber, es ist noch zu früh, sich auf Ursachen festzulegen.“ „Meiner Erfahrung nach ist es so, dass es das meist nicht die <i>eine</i> Ursache gibt, sondern dass da oft mehrere Dinge zusammen kommen.“ „Vielleicht würde ich mir das an Ihrer Stelle auch so erklären. Aus wissenschaftlicher Sicht sollte man die Bedeutung von ... allerdings relativieren.“ „Wir sollten offen bleiben, viele mögliche Krankheitsfaktoren zu berücksichtigen, vor allem diejenigen, die wir beeinflussen können.“
Engagement und Verbindlichkeit zeigen (und einhalten!): „Da können Sie sich auf meine Zusagen verlassen.“ „Ich werde mich in Ihrem Interesse mit dem Kollegen kurzschließen.“ „Ich werde mich bis zu unserem nächsten Termin über entsprechende Möglichkeiten informieren.“ „Ich werde da im Labor nachfragen.“	Impuls zu (zu) raschem Handeln nicht nachgeben: „Lassen Sie uns da nichts überstürzen“. „Wir sollten uns die Zeit nehmen, den Verlauf der nächsten Wochen zu beobachten.“ „So ein Röntgenbefund ändert sich nicht so schnell. Da sind körperliche Nachuntersuchungen für die nächsten Monate aussagekräftiger.“

Empfehlung 31: Eigene unangenehme **Gefühle des Behandlers** im Bezug auf **den Patienten** sowie **eigene dysfunktionale Motive** und **Verhaltensmuster** können kritisch **reflektiert** und ggf.

(psycho-) therapeutisch **genutzt** werden (Evidenzgrad: 4) (⇒ [Praxistipp 3 bis 5](#)).

Empfehlungsstärke: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 31:

Beim Behandler werden in der Arbeit mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden häufig unangenehme Gefühle („Gegenübertragung“) ausgelöst (Rosendal et al. 2005b; Sauer & Eich 2007):

- Hilflosigkeit: Unsicherheit (diagnostisch und therapeutisch), Ratlosigkeit, Scheitern (depressiv-ängstlicher Pol);
- Gefühl, erst idealisiert, dann entwertet zu werden (Selbstwert-Thematik);
- Entscheidungsdruck („entweder – oder“), Getäuscht-Fühlen, Entlarven-Wollen; sich unter Druck gesetzt fühlen (Little et al. 2004; Salmon et al. 2005), Machtkampf, Ohnmachtserleben, Gefühl des Manipuliertwerdens (Unterwerfung vs. Kontroll-Konflikt);
- Langeweile, Ungeduld, Enttäuschung, Wut, Ärger; Frustration (Lin et al. 1991); Ablehnung des Patienten; Wunsch, sich zu entziehen (aggressiver Pol);
- Enttäuschung: Vermissen von Dankbarkeit.

Diese Gefühle sollten – idealerweise unterstützt durch Balintgruppenarbeit oder Supervision – kritisch reflektiert und ggf. diagnostisch (und auch therapeutisch) genutzt werden, anstatt sie auszuagieren. Sie können einen Hinweis darauf geben, wie sich möglicherweise auch der Patient fühlt (konkordante Gegenübertragung) oder welche prägenden Beziehungsmuster bei ihm vorliegen (komplementäre

Gegenübertragung). Eigene unangenehme Gefühle in der Behandler-Patient-Interaktion können ein unspezifischer diagnostischer Hinweis auf das Vorliegen eines schwereren Verlaufs nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sein (Hausteiner-Wiehle et al. 2011), aber natürlich auch ganz andere, unabhängige Ursachen haben. Gegenübertragungsreaktionen sollten dem Patienten nicht mitgeteilt werden: Eine deskriptive Studie untersuchte ärztliche Selbstoffenbarung mittels einer Sequenzanalyse der Transkripte von 113 unangekündigten und unerkannten Konsultationen von Standardpatienten beim Hausarzt (McDaniel et al. 2007). In 34% (38/113) der Konsultationen teilten die Hausärzte Informationen über sich selbst oder ihre Familien mit. 85% der ärztlichen Selbstoffenbarungen wurden vom Forschungsteam als nicht nützlich für den Patienten eingeschätzt, 11% sogar als störend.

Folgende Befürchtungen können zu einer Vernachlässigung psychosozialer Aspekte führen (Fink et al. 2002):

- Sorge, dem Patienten zu nahe zu treten und seine Grenzen durch Fragen zur persönlichen Lebenssituation oder zum psychischen Befinden zu verletzen..
- Angst, durch „problematische“ Fragen nach persönlichen Problemen die „Büchse der Pandora“ zu öffnen und dann Kontrolle zu verlieren oder mit unangenehmen Gefühlen (Angst, Wut, Trauer etc.) konfrontiert zu werden.
- Angst, den Patienten zu sehr von sich abhängig zu machen.
- Sorge, den Patienten durch ein unangemessenes Label zu stigmatisieren (Epstein et al. 1999).

Empfehlung 32: Der Behandler sollte vor allem seine eigene **Motivation** zur (erneuten) Diagnostik im Hinblick auf *reale Wahrscheinlichkeiten* **kritisch überprüfen** und **diagnostische Restunsicherheiten aushalten** (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 32:

Behandlerseitig lässt sich analog zum „primären und sekundären Krankheitsgewinn“ ein „primärer und sekundärer Behandlergewinn“ beschreiben, der das Verhalten der Behandler ungünstig beeinflussen kann. Beispiele für einen subjektiven, „inneren“ Nutzen für den Behandler („primärer Behandlergewinn“) sind:

- Bereitwilliges, unkritisches Annehmen von Idealisierung; oft wird dabei auch die Abwertung von Vorbehandlern mitgemacht. Emotionale Motive hierfür können eigene überhöhte Kompetenzansprüche, Bedürfnisse nach Anerkennung und Bewunderung, unreflektierte ärztliche Eitelkeit und Rivalität mit Kollegen sein (Hoffmann & Egle, 2003). Interaktionell lässt sich dieses vor allem in der ersten Behandlungsphase („Flitterwochen“) auftretende Geschehen als „Kollusion“ der Interaktionspartner verstehen, d.h. als unbewusst abgestimmtes Zusammenspiel von Patient und Behandler zu einem zunächst nicht erkannten Zweck (Goßmann 2001).

- Darüber hinaus kann der Behandler um die Beruhigung eigener Ängste vor dem Übersehen einer behandelbaren somatischen Erkrankung gehen (Fink et al. 2002; van der Weijden et al. 2003). In einem RCT bei Patienten mit chronischen täglichen Kopfschmerzen erhielten 76 ein Schädel-MRT und 74 Treatment as usual (TAU). Durch den unauffälligen MRT-Befund fühlten sich die Hausärzte, aber nicht nachhaltig die Patienten offensichtlich beruhigt und rechtlich abgesichert und begrenzten weitere Maßnahmen, was zu einer signifikanten Kostenreduktion führte (Howard et al. 2005).
- Beim Behandler besteht, wie auch beim Patienten das Kausalitätsbedürfnis, die Ursache der Beschwerden zu verstehen, um daraus Konsequenzen für die Behandlung abzuleiten (van der Weijden et al. 2003).
- „Zufriedenheitsfalle“: Durch Befriedigung und Förderung passiver Versorgungswünsche wird (unbewusst) versucht, die Sympathie des Patienten zu erhalten. Ein RCT in 52 britischen Hausarztpraxen an Patienten mit Rückenschmerzen zeigte, dass die 210 Patienten, die ein Röntgen der Wirbelsäule erhalten hatten, danach ihren Hausarzt öfter (!) aufsuchten und nach 9 Monaten zufriedener waren als die 211, die keine Röntgenaufnahme erhalten hatten; bezüglich des klinischen Outcome gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Kendrick et al. 2001). Die Herausforderung ist, wie diese Zufriedenheit auch ohne eine nicht oder grenzindizierte Röntgenaufnahme erreicht werden kann.

Eine Reihe qualitativer Untersuchungen von Gesprächen zwischen Hausärzten und ihren Patienten mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden, die von einer Forschergruppe um Peter Salmon an der Universität Liverpool durchgeführt wurden (Ring et al. 2004; Salmon et al. 2004; Ring et al. 2005), identifizierte häufige problematische Motive für eine unnötig ausgedehnte oder repetitive somatische Diagnostik.

- Entlastung von erlebtem Druck von Seiten des Patienten: In einer Beobachtungsstudie an 847 konsekutiven Patienten in 5 britischen Hausarztpraxen erwies sich der vom Behandler erlebte Druck von Seiten des Patienten als stärkerer Prädiktor für die eingeleiteten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen als die Präferenzen des Patienten (Little et al. 2004).
- Aggression auf Seiten des Arztes wegen erlebter Hilflosigkeit kann zu unangebrachtem Aktionismus („Ausagieren“) etwa in Form fragwürdiger invasiver/ chirurgischer Maßnahmen führen, wie am Beispiel des „(Post-) Dissektomie-Syndroms“ gezeigt wurde (Heger et al. 1999). Alle Verhaltensweisen und Maßnahmen, die vom Patienten als Bestrafung erlebt werden können, sollten in dieser Hinsicht kritisch geprüft werden.

Neben diesen „inneren“ Gründen gibt es auch mögliche objektive, „äußere“ Vorteile („sekundärer Behandlergewinn“), die das Verhalten des Behandlers ungünstig beeinflussen können:

- Für viele Behandler stellt die vermeintliche Zeitersparnis angesichts ihres hohen Zeitdrucks einen Grund dar, weshalb sie kaum Gespräche zur Klärung psychosozialer Belastungsfaktoren führen (Fink et al. 2002).
- Ein weiteres Motiv kann rechtliche Absicherung in Form defensiver Untersuchungen und Überweisungen angesichts der Furcht vor Klagen und juristischem belangt Werden sein (Fink et al. 2002). Anzumerken ist hierzu die unterschiedliche Bewertung, die das Übersehen eines somatischen Befundes als Kunstfehler, die Nichtberücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren dagegen eher als „Kavaliersdelikt“ ansieht. Dabei mag eine übersehene

somatoforme Störung zu somatischer Übertherapie mit unnötigem Leiden des Patienten und erhöhten Gesundheitskosten führen (Fink et al. 2002; Hoffmann & Franke 2003; Rief & Rojas 2007).

Praxistipp 3: Hilfreiche Überlegungen zur aktiven Reflexion *eigener* Haltungen, Empfindungen, Motive und Verhaltensweisen:

- Welche **Gefühle** löst der Patient **bei mir** aus (Nichtwissen, Ratlosigkeit, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Scheitern, Selbstzweifel, Idealisierung und Entwertung, Machtkampf, Gefühl des Manipuliertwerdens, Vermissen von Dankbarkeit, Langeweile, Ungeduld, Genervtsein, Aggression, Abschalten, Verstimmung, Wut, Ärger, Frustration, Erschöpfung, Ablehnung des Patienten, Wunsch, sich zu entziehen, Mitleid, Ohnmacht, etc.)? Welche persönlichen **Erinnerungen** klingen an?
- Welche **Gefühle** löse ich **beim Patienten** aus? Habe ich Krankheitsängste geschürt?
- Wo sind dysfunktionale **Muster** und **Verstärker** erkennbar (z.B. „Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel“, Selbstkonzept von Schwäche)?
- Welche **Rolle** weist mir der Patient zu, welche Funktion soll ich für ihn übernehmen? (z.B. der Anteilnehmende, der Tröster, der Unterstützende, der Retter, der Strenge, der Ermahnende, der Abweisende)? Wodurch geschieht das (Patient klagt viel, ist sehr verschlossen, signalisiert, dass er alleine nicht zurechtkommt)?
- Welche **Verhaltensimpulse** tauchen bei mir auf (schnell helfen müssen, dichtmachen, unangebrachter Aktionismus („Ausagieren“), um mich vom erlebten Druck seitens des Patienten zu entlasten)? Was möchte ich beim Patienten erreichen? Was tue ich konkret, was unterlasse ich: Schaffe ich vor medizinischen Untersuchungen Transparenz? Erkläre ich das Krankheitsmodell gut? Welches Krankheitsmodell verstärke ich mit meinem Handeln? Welchen Gewinn ziehe ich daraus?

Praxistipp 4: Häufige dysfunktionale Motive und Verhaltensweisen:

- **Unkritisches Annehmen von Idealisierung** auf Grund *eigener* Bedürfnisse nach Anerkennung;
- geteilte **Abwertung von Vorbehandlern** („Kollusion“);
- **Beruhigung eigener Ängste** vor dem Übersehen einer behandelbaren somatischen Erkrankung; **Übertragung eigener Krankheitsängste** auf den Patienten; **rechtliche Absicherung** in Form defensiver Untersuchungen und Überweisungen.
- **Entlastung von erlebtem Druck**, der (vermeintlich) seitens des Patienten aufgebaut wird
- **Veranlassen invasiver** (nicht selten aggressiver!) **Diagnostik** als Reaktion auf vermeintlich „non-compliance“ Patienten;
- **Übersehen gefährlicher Entwicklungen** durch **nachlassende Aufmerksamkeit** („Der schon wieder!“), v.a. bei theatralisch auftretenden Patienten;

- **Kausalitätsbedürfnis**, (endlich bzw. als Erster) eine „einfache“ somatische Erklärung für die Beschwerden zu finden;
- Durch Befriedigung und Förderung passiver **Versorgungswünsche** wird versucht, die **Sympathie** des Patienten zu erhalten („Zufriedenheitsfalle“);
- Fehlende Fortschritte des Patienten werden vom Behandler als persönliche **Zurückweisung** erlebt;
- Die **Chronifizierungsneigung** und die z.T. eingeschränkte Prognose mancher Patienten wird (als Hinweis auf die eigene Unzulänglichkeit oder Machtlosigkeit) **verleugnet**;
- **Psychosoziale Themen** werden im Hinblick auf eine vermeintliche **Zeitersparnis** **vermieden**;
- Höherer **materieller Gewinn** verführt zu unnötiger Diagnostik und Therapie (bessere Bezahlung von somatischer Apparatemedizin als von sprechender Medizin im deutschen Abrechnungssystem; Multiplikation der Behandlungsfälle durch Ringüberweisungen; unkritischer Einsatz von Igel-Leistungen);
- **unangemessene Bindung** von Patienten durch von ihnen gewünschte, aber nicht indizierte Diagnostik und Therapie.

Praxistipp 5: Warum ist es wichtig, die eigene Haltung zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu reflektieren?

- Patienten wollen und sollen ernst genommen werden. Fragen Sie sich immer wieder:
„Höre und verstehe ich, was der Patient mir sagen will?“
- Behandler können den Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden günstig beeinflussen, wenn sie nach angemessener Organdiagnostik mit der **(eigenen) (Rest-)Unsicherheit** hinsichtlich der Erklärbarkeit der Beschwerden **offen umgehen** und sich auf **Bewältigung und Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit** anstatt auf Aufklärung und Beseitigung der Beschwerden konzentrieren.
Fragen Sie sich immer wieder:
„Trage ich möglicherweise zur Persistenz der Beschwerden bei?“,
„Bin ich dem Patienten gegenüber ehrlich, was die diagnostische Restunsicherheit betrifft?“,
„Konzentriere ich mich gut genug auf die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten im Alltag?“
- Gerade im Frühstadium, bei (noch) leichteren Verläufen, besteht die einzig notwendige „Therapie“ oft in der Herstellung eines stabilen Arbeitsbündnisses zwischen Behandler und Patient. Fragen Sie sich immer wieder: „Sind der Patient und ich (schon bzw. noch) in einem guten Kontakt? Ziehen wir ‚an einem Strang‘?“

modifiziert nach RCGP (2011): http://www.rcgp.org.uk/PDF/MUS_Guidance_A4_4pp_6.pdf

Empfehlung 33: Der Behandler sollte seine **eigene Einstellung zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden** kritisch reflektieren und die Wissenschaftlichkeit seiner Erklärungsmodelle („Amalgam macht krank“, „Degenerative Wirbelsäulenveränderungen machen Rückenschmerzen“, „Alles Psycho“) kritisch hinterfragen. Er sollte *sowohl* körperliche Beschwerden systematisch erfassen, *als auch* frühzeitig psychosoziale Faktoren explorieren (ganzheitliche „**Sowohl-als-auch-Haltung**“) (Evidenzgrad: 3b). Eine Einstellung nach dem Motto „wer nichts Somatisches hat, der hat nichts“ sollte vermieden werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 33:

Als Folge der Einseitigkeit ihrer Ausbildung haben die Behandler oft selbst ein einseitiges somatisches Erklärungsmodell, das sie mit ihren Patienten teilen („biomedizinische Kollusion“). Am Beispiel von Schmerzpatienten wurde gezeigt, dass sowohl Arzt als auch Patient häufig der wissenschaftlich nicht haltbaren Fehleinschätzung unterliegen, dass Schmerz ausschließlich nach dem Modell des akuten Schmerzes durch eine Gewebeschädigung entstehen könne. Durch das einseitige somatische Diagnostizieren und Therapieren wird der Patient in seinem unzulänglichen Schmerz- und Selbstverständnis fixiert (Hoffmann & Franke 2003). Dabei erlauben biopsychosoziale Erklärungsmodelle in der Regel eine gute diagnostische Einordnung der Körperbeschwerden und implizieren ein geeignetes therapeutisches Vorgehen. Eine spanische Querschnittsstudie untersuchte 156 Patienten, die im Laufe ihres Lebens mindestens sechs (Frauen) bzw. mindestens vier (Männer) medizinisch unerklärte Körperbeschwerden hatten („abridged somatization disorder“) (Aiarzaguena et al. 2008). Die Patienten hatten im Median neben 12 medizinisch unerklärten auch drei medizinisch erklärte Beschwerden. Dieses Ergebnis zeigt das extrem schwierige Szenario für dualistische diagnostische Strategien, die darauf abzielen, die Beschwerden des Patienten *entweder* als somatisch *oder* als funktionell zu klassifizieren; vielmehr sollten stets beide simultan adressiert werden. Ein aktueller narrativer Review von 25 Publikationen aus 13 Studien zum Reattributions-Modell zeigte, dass die einfache Umattribuierung körperlicher Beschwerden auf psychische Ursachen in seiner gegenwärtigen Form für viele Patienten zu simplifizierend ist (Gask et al. 2011). Statt dessen ist eine Sowohl-als-auch-Haltung zu empfehlen, die sowohl somatische als auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt.

Empfehlung 34: Soweit entsprechend der Anamnese, dem klinischen Befund, dem Basislabor und dem Fehlen von Warnsymptomen eine bedrohliche, sofort klärungs- und behandlungsbedürftige Krankheit unwahrscheinlich ist, sollte eine Haltung des „**abwartenden Offenhaltens**“ („**watchful waiting**“) anstelle einer sofortigen weitergehenden differenzialdiagnostischen Abklärung verfolgt werden. Diese Strategie führt bei Patienten erwiesenermaßen *nicht* zu einem Anstieg von Angst (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 34:

Als Grundhaltung für diagnostisches Denken und Handeln speziell in der Primärmedizin wird ein „abwartenden Offenhalten“ („watchful waiting“) empfohlen (van der Weijden et al. 2003). Hierbei erfolgt eine Eingrenzung von Vor-Test-Wahrscheinlichkeiten (Bayes' Theorem) durch die Anamnese (⇒Kapitel 7.1. ff, v.a Tabellen 7.2. bis 7.4.). Auf dieser Grundlage wird eine Entscheidung für oder gegen weiterführende Diagnostik getroffen. In einer niederländischen Cluster-randomisierten klinischen Studie zum Einfluss des abwartenden Offenhaltens auf die Angst bzw. Zufriedenheit bei 498 Patienten, die wegen unerklärter Beschwerden von ihren 63 Hausärzten gesehen wurden, führte vier-wöchiges abwartendes Offenhalten im Vergleich zu einer umgehenden Laboruntersuchung nicht zu einem Anstieg von Angst. Die Zufriedenheit der Patienten hing mit der Behandler-Patient-Kommunikation zusammen (van Bokhoven et al. 2009).

6.2. Gesprächsführung

Statement 35: Die wesentlichen Ziele der Gesprächsführung sind (⇒Praxistipp 6):

- **Vermitteln von Verständnis** für die subjektive Sichtweise der Patienten, ein Vertrauensverhältnis bzw. Arbeitsbündnis schaffen („Sich verstanden fühlen“).
- **Anerkennen der Realität** der Beschwerden bei gleichzeitigem Thematisieren möglicher Auslösebedingungen und Einflussfaktoren aus dem Umfeld („Das Thema erweitern“).
- **Gemeinsames Erarbeiten psychophysiologischer Bedingungsmodelle** und möglicher **Handlungskonsequenzen** („Die Verbindung herstellen“).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 35:

Eine qualitative Untersuchung zur Kommunikation im Gesundheitswesen an insgesamt 38 Patienten mit vier verschiedenen chronischen Bedingungen (Nierenerkrankung im Endstadium, nicht-insulin-behandelter Diabetes mellitus, multiple Sklerose, Fibromyalgie-Syndrom) fand, dass sich der ärztlichen Kommunikation bei Patienten mit chronischen Beschwerden spezielle Aufgaben stellen (Thorne et al. 2004): Bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom soll sie die störungsspezifische Verletzlichkeit und Kränkbarkeit des Patienten wahrnehmen und anerkennen und vermeiden, die subjektive Patientenerfahrung anzuzweifeln; zudem soll sie Antworten auf Ärger und Frustration seitens des Patienten geben. Der klassische und am meisten untersuchte Gesprächsführungsansatz bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist das „Reattribution model“ (Goldberg et al. 1989), das auf einer Umattribuierung körperlicher Beschwerden auf psychische Ursachen beruht. Es wurde im Laufe seiner Verwendung modifiziert und erweitert (Fink et al. 2002). Blankenstein et al. (2002) betonten in ihrer Modifikation insbesondere die Anpassung des Tempos des Behandlers an das des Patienten. Ein aktueller narrativer Review von 25 Publikationen aus 13 Studien zum Reattribution-Modell (Gask et al. 2011) zeigte, dass das Modell zwar die Haltung der Behandler gegenüber Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

verbessert, auf Patientenebene aber zu gemischten, teilweise sogar negativen Ergebnissen in Form einer Verschlechterung der Lebensqualität (Morris et al. 2007) führte. In seiner bisherigen Form erscheint das Reattribution-Modell für die Bedürfnisse einer großen Zahl von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu simplifizierend. Daher wurden weitere Modifikationen im Sinne der oben, in Statement 35 formulierten Ziele empfohlen. Die erste Phase („Vermitteln von Verständnis“) dient der Schaffung einer sicheren therapeutischen Beziehung. Diese stellt die Basis für allgemeine Interventionen wie u. a. Rückversicherung („Reassurance“) dar sowie für weiterführende spezifischere Interventionen. In der zweiten Phase („Das Thema erweitern“) geht es um das Anerkennen der Realität der Beschwerden bei gleichzeitigem Thematisieren möglicher Auslösebedingungen und Einflussfaktoren aus dem Umfeld. Die dritte Phase („Die Verbindung herstellen“) zielt auf die Erarbeitung eines psychophysiologischen Bedingungsmodells der Beschwerden (biopsychosoziales Modell). Während der Betreuung des Patienten sind alle diese Bestandteile immer vorhanden, sie werden aber in der jeweiligen Phase unterschiedlich akzentuiert („adaptiertes Säulenmodell“; Arbeitskreis PISO 2011). Der Konsultationsprozess sollte insgesamt als Diskurs und kontinuierliches Aushandeln zwischen Behandler und Patient verstanden werden in einer Situation, in der es keine vollständige Sicherheit über das Vorliegen oder Fehlen einer somatischen Pathologie gibt (Gask et al. 2011).

Praxistipp 6: Formulierungsbeispiele für

- das *Vermitteln von Verständnis*: „**Das ist etwas, was ich schon (öfter) von anderen Patienten gehört habe.**“, „**Das kann ich gut nachempfinden, dass Sie solche Gefühle entwickeln.**“
- das *Anerkennen der Realität*: „**Das muss schlimm für Sie (gewesen) sein**“, „**Ich kann mir gut vorstellen, dass sie enttäuscht und verärgert waren, als der Arzt ihre Beschwerden in Frage stellte**“, „**Mir scheint, es ist dann besonders schlimm, wenn Sie in der Arbeit Stress hatten ...**“
- das *gemeinsame Erarbeiten psychophysiologischer Bedingungsmodelle und möglicher Handlungskonsequenzen*: „**Wenn Sie sich auf diesem Schaubild einmal ansehen, wie sehr das Herz/ der Darm mit dem vegetativen Nervensystem verbunden ist, können Sie sich vielleicht vorstellen, wie wichtig Ihre Nerven und damit auch Ihre seelische Verfassung für Ihre körperliche Befindlichkeit sind.**“, „**Diese Spirale/ dieser Teufelskreis erklärt recht gut, warum weitere Schonung nicht zu weniger, sondern zu mehr Müdigkeit führt ...**“
- die *konkrete Einführung psychophysiologischer Modelle* („**Jedes Gefühl/ Ereignis löst vegetative Reaktionen aus. Was passiert z.B., wenn Sie sich erschrecken? – Aha – Herzklopfen, Schwitzen etc.**“) und *Begriffe* (**Belastung, Stress, Überforderung, verstärkte Reaktionsbereitschaft/ Empfindsamkeit, aber auch Beeinflussungsmöglichkeit, Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Lebensqualität**)

Empfehlung 36: Soweit vom Patienten angenommen, hat sich eine **partnerschaftliche** (statt paternalistische) **Gesprächsführung** bewährt, die eine gute Kommunikationsbasis zwischen Patient und Behandler herstellt. Dabei sollen die **Beschwerden als gemeinsam zu erklärendes Phänomen** verstanden werden. Dem Patienten soll angeboten werden, **Entscheidungen** nach entsprechender Information **gemeinsam** zu treffen („**Partizipative Entscheidungsfindung**“ (PEF)/ „**Shared decision making**“ (SDM)) (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 36:

Einen möglichen Lösungsansatz für die häufig schwierige Behandler-Patient-Interaktion bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen stellt das Modell der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (PEF)/ „Shared decision making“ (SDM) dar (Härter 2004; Bieber et al. 2004; Hamann et al. 2005). Es hat sich insgesamt für Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Beschwerden bewährt. Je nach Art und Setting der Befragung geben Patienten unterschiedlich hohe Partizipationswünsche an: z. B. wollen 53% der ambulanten Hypertoniepatienten (Strull et al. 1984) und 60% der Patienten in Allgemeinarztpraxen (McKinstry 2000) mitentscheiden bzw. präferieren einen partizipativen Konsultationsstil (Hamann et al. 2005). Eine Untersuchung von 39 Behandler-Patienten-Kontakten bei chronischen Schmerzpatienten mit Ärzten, die ein Training in PEF/SDM durchlaufen hatten, zeigte, dass in 87,2% der Fälle im Rahmen der Entscheidungsevaluation eine Modifikation der Therapieempfehlungen vorgenommen wurde (Müller et al. 2004). Als „schwierig“ eingeschätzte Patienten nahmen die Möglichkeit des SDM signifikant seltener wahr. Der Prozess der Entscheidungsfindung erstreckte sich in den meisten Fällen über mehrere Einzelkontakte. Ein RCT zum „Shared decision making“ (SDM) beim Fibromyalgie-Syndrom (FMS) zeigte, dass durch SDM im Vergleich zu einem Computer-basierten Informations-Paket und „Treatment as usual“ (TAU) die Qualität der Behandler-Patient-Beziehung von den Patienten signifikant besser erlebt wurde (Bieber et al. 2006; Bieber et al. 2008). Das Computer-basierte Informations-Paket wurde von den Patienten sehr geschätzt und führte zu einem besseren Verständnis von Erkrankung und Behandlungsoptionen (Hochlehnert et al. 2006). PEF und hierbei insbesondere das Element der medizinischen Informationsvermittlung erhöhen die Behandlungsbereitschaft bei FMS-Patienten. Insbesondere die Bereitschaft zu sportlicher Aktivität, zu Analgetikaeinnahme sowie für psychotherapeutische Elemente steigt. Die ↻ interdisziplinäre Leitlinie zur Therapie des Fibromyalgie-Syndroms empfiehlt, mit den Patienten – soweit von diesen gewünscht – ein individualisiertes Behandlungsprogramm durch PEF zu erstellen. Eine aktivere Rolle von Patienten wird allgemein als notwendig angesehen, um eine höhere Qualität, eine höhere Effizienz und bessere Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung zu erreichen (Coulter & Ellins 2007). Im Falle von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden scheint die aktive, selbstverantwortliche Einbindung und Mitarbeit der Patienten von zentraler Bedeutung.

Empfehlung 37: Dem Gesprächspartner sollte verbal und nonverbal **Aufmerksamkeit und Interesse** gezeigt werden („**aktives Zuhören**“), z.B. durch: Blickkontakt, Schweigen, Hörersignale geben (nicken, „hmhm“), abwarten, ausreden lassen, bestätigen, akzeptieren, wiederholen, zusammenfassen und nachfragen, ggf. auch mittels gezielter Unterbrechungen. Dabei sollte wiederholt die Bereitschaft zu einem **Arbeitsbündnis** signalisiert werden („Wir...“) (⇒[Praxistipp 7](#)) (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 37:

Eine wichtige Basistechnik der Gesprächsführung ist das aktive Zuhören, d.h. das Zeigen von Aufmerksamkeit und Interesse für den Gesprächspartner (Anderson et al. 2008). Ein Problem stellt die Tatsache dar, dass Patienten häufig *zu* rasch unterbrochen werden. Eine Untersuchung von 137 Konsultationen bei 52 Allgemeinärzten anhand von Mini-Disc- oder Videoaufzeichnungen ergab eine Eingangsredezeit des Patienten im Mittel von 11 bis 24 Sekunden (Wilm et al. 2004). Dies ist einer patientenzentrierten Gesprächsführung abträglich. Der Aufbau eines vertrauensvollen und tragfähigen Arbeitsbündnisses ist Grundvoraussetzung einer gelingenden Behandler-Patient-Kommunikation (Stone & Clarke 2007; Heijmans et al. 2011).

Praxistipp 7: Formulierungsbeispiele

- *für aktives Zuhören: Zunächst einmal wenig sagen, sondern nonverbal Interesse und Aufmerksamkeit signalisieren!*
- *um zusammenzufassen: „Das habe ich jetzt so verstanden, dass...“, „Das würde ich folgendermaßen zusammenfassen...“, „Verstehe ich Sie richtig ...?“, „Wenn ich versuche, mir das vorzustellen, dann ist es doch so, dass“*
- *um Unterbrechungen einzuleiten: „Da muss ich Sie jetzt unterbrechen ...“, „Moment, da will ich nachfragen ...“, „Wir sind bald am Ende der Zeit, daher ...“, „Ich möchte noch wissen ...“.*
- *um die Bereitschaft zu einem Arbeitsbündnis zu signalisieren: „Das sollten wir noch besser verstehen.“ „ Fällt es Ihnen schwer, darüber zu reden? – Ist ja auch kein leichtes Thema.“*

Empfehlung 38: Als ersten Schritt der Gesprächsführung sollte sich der Behandler die Beschwerden **ausführlich und spontan** schildern lassen (Evidenzgrad: 4). Der Behandler sollte damit die **Beschwerden** und die mit ihnen verbundenen Beeinträchtigungen vorbehaltlos **anerkennen** („Annehmen der Beschwerdeklage“), d.h. vermeiden, die subjektive Patientenerfahrung anzuzweifeln und sie keinesfalls als „eingebildet“ abtun.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Ein erster wesentlicher Schritt in der Gesprächsführung mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist das „Annehmen der Beschwerdeklage“ (Rudolf & Henningsen 2003; Ronel et al. 2007; Schäfert et al. 2008). Es geht darum, den Patienten in seinem Leiden anzunehmen und zu begleiten. Damit wird die Basis der Behandler-Patient-Beziehung geschaffen. Neben dem „Was wird geklagt?“ (Beschwerden erfassen, ernst nehmen und validieren; Anderson et al. 2008) ist hier vor allem das „Wie wird geklagt?“ (Klage erfassen und annehmen) wichtig: Die Art und Weise, wie geklagt und die Symptomatik präsentiert wird, enthält wesentliche Informationen über die interaktionelle Bedeutung der Beschwerden und die dahinter liegenden Entstehungsbedingungen. Dabei ist es entscheidend, die Legitimität der Beschwerden anzuerkennen: Die Beschwerden sollen nicht als „eingebildet“ abgetan werden, sondern es soll ihre Legitimität, auch bezüglich der damit verbundenen Beeinträchtigungen signalisiert werden (⇒ Statement 21). Wurde der Patient bereits umfassend untersucht und erscheint eine körperliche Erkrankung unwahrscheinlich, tendieren Ärzte dazu, die Schwere der Beschwerden (z.B. Schmerz oder Beeinträchtigung) niedriger einzuschätzen; dies geschieht sogar dann, wenn der Arzt den Patienten noch nie gesehen hat. Fühlt sich ein Patient erst einmal diskreditiert, ist die Chance, psychosoziale Faktoren zu explorieren weitgehend verloren (Tait & Chibnall 1997; Kouyanou et al. 1998). Insgesamt geht es darum, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, in seiner Beschwerdeklage ernst genommen zu werden. In einer niederländischen Cluster-randomisierten klinischen Studie zum Einfluss des abwartenden Offenhaltens auf die Zufriedenheit bzw. Angst bei 498 Patienten, die wegen unerklärter Beschwerden von ihren 63 Hausärzten gesehen wurden, zeigte sich, dass nicht das Anfordern von Untersuchungen, sondern das sich ernst genommen fühlen mit höherer Zufriedenheit der Patienten assoziiert war (van Bokhoven et al. 2009).

Empfehlung 39: V.a. zu Beginn der Anamnese sollten bevorzugt **offene Fragen** gestellt werden, die es dem Patienten überlassen, welche Aspekte er zuerst schildert. Sie fördern beim Patienten die Motivation zur Zusammenarbeit (⇒ [Praxistipp 8](#)) (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 39:

Fragen sollten grundsätzlich eher offen als geschlossen formuliert werden, um so beim Patienten die Motivation zur Zusammenarbeit zu verbessern und den Gesprächsfluss zu fördern (Zahourek 2002).

Praxistipp 8: Formulierungsbeispiele für das offene Erfragen des subjektiven Erlebens der Beschwerden: „*Wie macht sich das bemerkbar?*“, „*Können Sie den Zustand näher beschreiben?*“, „*Ich würde mir das gerne noch besser vorstellen können, wie...*“, „*Erzählen Sie doch mal, wie...*“.

Empfehlung 40: Die Beschwerdekategorie kann mit **Metaphern, Gedanken und Affekten angereichert** und in den **lebensweltlichen Kontext eingeordnet** werden. Dabei können Redewendungen aus dem Volksmund nützlich sein (⇒ [Praxistipp 10](#)). Eine derartige „Übersetzung“ der Beschwerdekategorie kann helfen, Lebenszusammenhänge der Beschwerden sowie Beeinflussungs- und Hilfsmöglichkeiten mit dem Patienten gemeinsam zu erkunden (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 40:

Für die Gesprächsführung mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Beschwerden haben sich die folgenden Schritte bewährt (Schäfer et al. 2008; Arbeitskreis PISO 2011):

- Beschwerdekategorie anreichern: Im Laufe der Gespräche wird daran gearbeitet, die geschilderten Beschwerden auf mehreren Ebenen anzureichern:
- mit Bildern, Metaphern und Phantasien: Soweit der Patient solche in seiner Beschreibung bereits verwendet, werden diese aufgegriffen, anderenfalls gilt es sie einzuführen. Eine *bildhafte, illustrierende Sprache* des Therapeuten unterstützt dies. Redewendungen aus dem Volksmund können nützlich sein.
- mit Gedanken: Meist bestehen dysfunktionale, katastrophisierende Gedanken, z.B. „meine Beschwerden sind Ausdruck einer todbringenden Organerkrankung“. Ziel ist eine korrigierende kognitive Umstrukturierung in Richtung auf funktionale Gedanken wie „meine körperlichen Reaktionen sind normale Anpassungsleistungen meines Organismus“.
- mit Affekten: Die zugehörigen Affekte, wie sie beispielsweise über die genannten Redewendungen zugänglich werden, sollen benannt und klarifiziert werden. Ggf. kann der Therapeut im Sinne eines *Hilfs-Ich* seine eigene Emotionalität zur Verfügung stellen: z.B. „Ich kann mir vorstellen, dass ich in dieser Situation sehr wütend/ traurig/ enttäuscht/ gekränkt wäre“ etc.
- Beschwerden kontextualisieren: Schritt für Schritt können Wechselwirkungen zwischen dem körperlichen Befinden und dem jeweiligen *Situations- und Beziehungskontext* hergestellt werden. Der Patient kann angeregt werden, die Beschwerden im Verlauf situationsabhängig zu beobachten. („Haben Sie beobachtet, ob Ihre Beschwerden immer gleich sind, oder wann sie stärker oder schwächer werden?“)
- Coping: Schließlich geht es darum, *Beeinflussungs- und Hilfsmöglichkeiten* sowie verfügbare *Ressourcen* zu erkunden. Nicht selten setzen die Patienten dysfunktionale Bewältigungsstrategien, entweder forciertes Durchhalten, oder übermäßiges Schon- und Vermeidungsverhalten ein. Ziel ist die Entwicklung funktionaler Bewältigungsstrategien.

Durch das geduldige, wiederholte Durcharbeiten der immer wieder vorgetragenen Beschwerden wird die Klage organisiert, es kommt zunehmend zu einer *sprachlichen Symbolisierung*. Dies ist umso wichtiger, als wesentliche Teile der Disposition zur somatoformen Beschwerdebildung in präverbalen Entwicklungsphasen gesehen werden, vor allem als frühe Störung der Beziehung zum eigenen Körper in Folge einer frühen Störung der Beziehung zu den elterlichen Bezugspersonen (Rudolf & Henningsen 2003). Die durch die Therapie verbesserte Fähigkeit, die eigene körperliche Verfassung wie auch die

Reaktionen der anderen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren, lässt sich als zunehmende *Mentalisierung* verstehen. Durch diese Art der Beschwerdebegleitung kommt es zu verbesserten Möglichkeiten der *Selbstreflexion* sowie zu einer Verbesserung von Kontrollüberzeugungen und *Selbstwirksamkeit*.

Empfehlung 41: Die **Gesprächsführung** *seitens des Behandlers* soll in Bezug auf psychosoziale Themen zunächst eher **beiläufig und indirekt** anstatt konfrontativ und frontal erfolgen, z.B. durch das Zulassen und Begleiten des Wechsels zwischen einer Thematisierung psychosozialer Belastungen und der Rückkehr zur Beschwerdeklage (⇒ [Praxistipp 9](#)).

Hinweise auf emotionale und soziale Probleme und Bedürfnisse *seitens des Patienten* sollen **empathisch aufgegriffen** und zumindest kurz als **bedeutsam benannt** („markiert“, „gespiegelt“) werden (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 42: In bestimmten Fällen kann ein direkter **Hinweis zur Verdeutlichung von Widersprüchen** hilfreich sein. Dies wird umso besser gelingen, je tragfähiger das entwickelte Arbeitsbündnis ist (⇒ [Praxistipp 9](#)) (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 41 und 42:

Anders als früher angenommen zeigen qualitative Studie (Salmon et al. 2004; Ring et al. 2005), dass die große Mehrzahl der Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden auch im hausärztlichen Setting durchaus Hinweise auf soziale bzw. emotionale Schwierigkeiten gibt. Im schmerztherapeutischen Setting fand sich, dass Patienten mit somatoformen Störungen bereitwilliger über psychische Beschwerden und Ursachenfaktoren berichteten als angenommen (Schroeter et al. 2004). Das störungstypische Gesprächsverhalten stellt sich als spiraliger Prozess dar, in dem längere Strecken der Beschwerdeklage immer wieder von kurzen Hinweisen auf psychosoziale Schwierigkeiten unterbrochen werden. Diese werden jedoch von den Behandlern zu wenig aufgegriffen: Eine Sekundäranalyse zum Kommunikationsverhalten von Hausärzten ergab, dass selbst geschulte Ärzte nach einem Reattributionstraining im Durchschnitt zwar zwei Äußerungen zur psychosozialen Erklärung machten, jedoch die zugrundeliegenden psychosozialen Themen nicht explorierten; stattdessen machten sie zusätzlich sechs Äußerungen bezüglich somatischer Interventionen (Morriss et al. 2010). Solche uneindeutigen Botschaften mögen die Patienten eher verunsichern. Es wird stattdessen empfohlen, klare und eindeutige Botschaften an Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu geben, wenn diese Bereitschaft signalisieren, psychosoziale Themen zu besprechen (Morriss et al. 2010).

Eine qualitative britische Studie untersuchte anhand der Konsultationen zwischen 24 Hausärzten und 249 Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, wann die Hausärzte kritische Bemerkungen gegenüber ihren Patienten machten (Salmon et al. 2007c). Die

Hausärzte machten umso *mehr* kritische Bemerkungen, je mehr die Patienten emotionale Unterstützung beanspruchten.. Sie äußerten *weniger* Kritik, wenn sie die Gefühle ihrer Patienten als ein legitimes Anliegen in der Konsultation betrachteten. Aus Sicht der Hausärzte scheinen kritische Bemerkungen also eine therapeutische Intention zu haben und sollten daher besser als „Konfrontation“ beschrieben werden. Anstelle eines zu konfrontativen hat sich aber ein eher indirektes Vorgehen psychosoziale Probleme aufzugreifen, besser bewährt. Eine spanische randomisierte, kontrollierte Studie mit 39 Hausärzten und 156 Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden evaluierte gegenüber dem Reattributionsansatz (Kontrollbedingung) eine spezifische Gesprächstechnik, die eine körperliche Erklärung anbot („stressbedingte Freisetzung von Hormonen führt zu Beschwerden“) und sich sensiblen Themen des Patienten indirekt annäherte (Aiarzaguena et al. 2007). Die neue Gesprächstechnik führte im Vergleich zum Reattributionsansatz zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere der Schmerzen. Diese indirekte (anstatt einer frontalen, konfrontierenden) Gesprächsführung wird auch als „tangentielle Gesprächsführung“ bezeichnet (Rudolf & Henningsen 2003; Schäfert et al. 2008). Damit ist gemeint, den Beschwerdebericht des Patienten im Wechsel zwischen eher beiläufigem Thematisieren psychosozialer Belastungen und Rückkehr zur Beschwerdeklage aktiv zu begleiten. Kurze Hinweise des Patienten auf emotionale und psychosoziale Schwierigkeiten werden vorsichtig als relevant markiert. D.h. die Hinweise werden nicht übergangen, sondern aufgegriffen und dem Patienten als bedeutsam zurückmeldet. Haupttechnik dafür ist das *Spiegeln*, d.h. die empathische Wiedergabe dessen, was der Behandler gehört hat (⇒ [Praxistipp 9](#)). Psychosoziale Hinweise werden zunächst eher beiläufig mit Begriffen aus dem Alltagserleben wie „Belastung“, „Überlastung“ oder „Stress“ empathisch aufgegriffen. Dies ist umso wichtiger, je stärker die Fähigkeit zur Mentalisierung (d.h. zur Interpretation eigener und fremder Handlungen als Folge innerer Zustände) eingeschränkt ist. Nützlich kann es auch das, sich dem Patienten vorübergehend als Hilfs-Ich zur Verfügung zu stellen, das die emotionale Bedeutung von Situationen stellvertretend formuliert (Rudolf 2006).

Praxistipp 9: Formulierungsbeispiele

- Zum beiläufigen und indirekten Benennen möglicher psychosozialer Belastungshinweise: **„Ich kann mir vorstellen, dass das sehr belastend ist.“ „Was Sie mir beschreiben, hört sich an wie eine andauernde Überlastungssituation.“**
- Zum „Markieren“ und „Spiegeln“ relevanter Themen: **„Das scheint Sie sehr belastet zu haben.“, „Das klingt nach Stress.“, „Ich kann mir vorstellen, dass Sie da unter Druck geraten sind.“ „Da haben Sie sich also geärgert.“ „Es könnte ein wichtiger Hinweis sein, dass Sie zur Zeit viel Ärger im Büro haben“. „Sie wirken traurig/ wütend auf mich, wenn Sie das erzählen.“**
- Sich als Hilfs-Ich zur Verfügung stellen: **„Ich wäre vermutlich ganz schön enttäuscht, wenn mir das widerfahren wäre.“**
- Verdeutlichung von Widersprüchen: **„Da muss ich noch mal nachfragen: Sie sagten, dass Sie noch nie eine Halserkrankung hatten. Im Arztbrief, den Sie mir mitgebracht haben, wurden zwei HNO-ärztliche Endoskopien beschrieben. Wie passt das zusammen?“**

Empfehlung 43: Der Behandler sollte dem Patienten eine **positive Beschreibung der Beschwerden** (z.B. „körperlicher Stress“, „nicht-spezifisch“, „funktionell“,) anbieten, aber KEINE Begriffe und Terminologien verwenden, die die **Beschwerden verharmlosen** (z.B. „Sie haben nichts“), **unbewiesene Ätiologieannahmen suggerieren** („vegetative Dystonie“) oder den Betroffenen **stigmatisieren** (z.B. „Koryphäen-Killer“, „Simulant“, „Morbus Bosporus“, „Doktor-(S)Hopper“, „schwieriger Patient“, „Rentenneurotiker“, oder „Hysteriker“) (⇒ [Praxistipp 10](#)) (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 43 (siehe auch Empfehlung 98):

Patienten mit unspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden suchen nach einer positiven Erklärung für ihre Symptome und nach Unterstützung (Ring et al. 2005; Salmon et al. 2005). Es gibt wenig (vor allem wenig deutsche) konkrete Literatur zur Akzeptanz der unterschiedlichen Begriffe, die zur Beschreibung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden verwendet werden. Die vorliegenden Arbeiten (Stone et al. 2002 und 2003) stützen den klinischen Eindruck, dass viele Begriffe eine abwertende Konnotation besitzen und auch von den Patienten als abwertend wahr genommen werden; solche Begriffe sollten NICHT verwendet werden (Creed et al. 2010). Um herauszufinden, welche Begriffe zur Bezeichnung unklarer Körperbeschwerden die wenigsten negativen Konnotationen haben, interviewten Stone et al. (Stone et al. 2002) 86 konsekutive neue Patienten einer neurologischen Allgemeinambulanz in Edinburgh. Sie berechneten jeweils die „Number needed to offend (NNO)“, d.h. die Zahl der Patienten, die ein bestimmtes diagnostisches Label erhalten müssen, bis ein Patient sich beleidigt fühlt. Am günstigsten erwies sich die Bezeichnung „funktionell“ mit einer NNO von 9 (95% CI 5-21). Als ungünstig erwiesen sich dagegen die Bezeichnungen „reine Einbildung“ (NNO = 2; 95% CI 2-2), „hysterisch“ (NNO = 2; 95% CI 2-3), „psychosomatisch“ (NNO = 3; 95% CI 2-4) und auch „medizinisch unerklärt“ (NNO = 3; 95% CI 3-5). Ungünstig ist auch die unbedachte Mitteilung, es handle sich um eine psychogene Störung („all in the mind“) (Pither & Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997; Kouyanou et al. 1998; Stone et al. 2002 und 2003). Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen scheint die Diagnose einer somatoformen Störung von den Patienten selbst besonders schlecht akzeptiert zu werden: In einer deutschen Krankenkassen-Umfrage verneinten 58% aller Patienten mit dieser Diagnose nach dem Krankenhausaufenthalt, wegen einer psychischen Störung behandelt worden zu sein (Barmer GEK Report Krankenhaus 2011).

Praxistipp 10: Begriffe, die dem Patienten gegenüber bevorzugt zur Anwendung kommen sollten, sind:

- Während des diagnostischen und therapeutischen Gesprächs: Alltagssprachliche Metaphern zur Einordnung der Beschwerden in die Lebenswelt des Patienten: „**Etwas schlägt auf den Magen**“, „**die Galle läuft über**“, „**Schiss haben**“, „**es zerreißt das Herz**“, „**etwas auf dem Herzen haben**“, „**gebrochenes Herz**“, „**aus der Haut fahren**“, „**gramgebeugt**“, „**kalte Füße bekommen**“, „**einen dicken Hals haben**“ etc.
- Zur diagnostischen Einordnung während der Initialkontakte: **Beschreibungen der Beschwerden** („**chronische Müdigkeit**“, „**Körperschmerzen**“), „**Belastung**“, „**körperlicher**

Stress“/ „körperliche Stressstörung“ (im Sinne einer Überbeanspruchung, die sich auf körperlicher Ebene ausdrückt), **„verstärkte Reaktionsbereitschaft“** bzw. **„Empfindsamkeit gegenüber ‚üblichen‘ physikalischen und psychischen Reizen“**, **„nicht-spezifische“** oder auch **„funktionelle“**, evtl. auch **„somatoforme“** oder **„psychosomatische“** Beschwerden. Formulierungsbeispiel: **„Die Beschwerden sind funktionell, das heißt, der Ablauf körperlicher Vorgänge ist beeinträchtigt, nicht aber die Organe selbst, das könnte auf eine Stressreaktion hindeuten“**.

- Bei Erfüllung entsprechender Diagnosekriterien als **bestimmtes funktionelles Syndrom** bzw. **„Reizzustand“ innerer Organe** (z.B. Fibromyalgie-Syndrom, Reizdarm-Syndrom, Reizblase) bzw. als **somatoforme Störung**. Um zu vermeiden, dass ein Patient seine Diagnose als **stigmatisierend erlebt, sollten die entsprechenden Begriffe** (z.B. „somatoforme Störung“) nur verwendet werden, wenn sie mit dem Patienten **ausreichend** besprochen und von ihm verstanden werden können.

Empfehlung 44: Der Behandler sollte sich durch **aktives Nachfragen und Zusammenfassen-Lassen** vergewissern, dass der Patient das Besprochene verstanden hat; selektive Aufmerksamkeit und idiosynkratische Kausalannahmen sind hier ebenso zu beachten wie Sprachverständnisprobleme und kognitive Leistungsdefizite. Es sollte sichergestellt werden, dass Beruhigung und Versicherung auch *gelingen* sind (⇒ [Praxistipp 11](#)) (Evidenzgrad: 4).

CAVE: Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden weisen oft eine lückenhafte und selektive Erinnerung für medizinische Informationen auf (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 44:

Eine qualitative Studie ließ 33 Patienten mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden, 22 Patienten mit Major Depression und 30 gesunde Kontrollen einen aufgezeichneten medizinischen Bericht und zwei Kontrollberichte anhören (Rief et al. 2006). Obwohl der Arzt in dem medizinischen Bericht die meisten somatischen Erklärungen für die Symptome ausschloss, erinnerten die Patienten mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden im Vergleich zu den anderen Gruppen eine höhere Wahrscheinlichkeit medizinischer Erklärungen für ihre Beschwerden. Die Behandler sollten daher beachten, dass Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden die Wahrscheinlichkeit medizinischer Ursachen für ihre Beschwerden inkorrekt erinnern (Memory bias, Recall Bias) (Martin et al. 2007). Daher sollten die Behandler das korrekte Verständnis des Besprochenen durch aktives Nachfragen und Zusammenfassen lassen sicherstellen, um den Effekt von Beruhigung und Versicherung zu verbessern (Escobar 2006). Dies gilt insbesondere für Patienten mit stärkeren gesundheitsbezogenen Ängsten (Pauli & Alpers 2002).

Praxistipp 11: Formulierungsbeispiele für aktives Nachfragen und Zusammenfassen-Lassen:

„Ist das für Sie nachvollziehbar und verständlich? Wie würden Sie das in Ihren eigenen Worten zusammenfassen?“, „Welche Informationen zu Ihren Beschwerden aus unserem heutigen Gespräch erscheinen Ihnen besonders wichtig?“

Empfehlung 45: Befundbesprechungen sind Schlüsselstellen am Übergang von der Diagnostik zur Therapie. Sie sollten in verständlicher Sprache erfolgen. Sie sollten die Beschwerden im Sinne einer **Rückversicherung** („Normalisierung“) **erklären** und den Patienten **beruhigen** (⇒ [Praxistipp 12](#)). Auch hier ist es nützlich, Metaphern des Patienten bzw. aus dem Volksmund aufzugreifen oder Teufelskreis-Modelle, Modelle der Stressphysiologie etc. einzusetzen. Nützlich kann auch der Hinweis sein, dass der Patient mit seinen Beschwerden und Erfahrungen nicht alleine ist („Universalität des Leidens“) (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 45:

Die Befundbesprechung sollte vom Arzt als Experten, aber mit einer verständlichen Sprache, z.B. mit Hilfe von Metaphern, durchgeführt werden. In dem bereits oben erwähnten niederländischen RCT war das Besprechen der erhobenen Befunde und die Informiertheit über den jeweiligen Ernst der Symptome mit höherer Zufriedenheit der Patienten assoziiert (van Bokhoven et al. 2009). Als nützliche Strategie zur Befundmitteilung wurde die „Normalisierung mit effektiver Erklärung“ empirisch herausgearbeitet, die dem Patienten einen erfahrbaren Mechanismus vermittelt, der auf seinen Sorgen gründet und körperliche und psychologische Faktoren erklärend miteinander verbindet. Im Gegensatz dazu stehen eine Normalisierung ohne Erklärung (Betonung des negativen Untersuchungsbefundes, Verneinung einer Erkrankung, nur rudimentäre Beruhigung) oder eine Normalisierung mit ineffektiver Erklärung (erfahrbare körperliche Mechanismen, aber unverbunden mit den Sorgen des Patienten) (Dowrick et al. 2004). In einer weiteren qualitativen Untersuchung wurden besonders ungünstige Erklärungen für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden identifiziert (Salmon et al. 1999):

- Zurückweisende Erklärungen, welche die Realität der Beschwerden nicht anerkennen: Sie implizieren eine eingebildete Krankheit oder ein stigmatisierendes psychisches Problem und führen zu einem ungelösten Konflikt bezüglich des Erklärungsmodells sowie zu Misstrauen gegenüber dem Behandler bei zukünftigen Symptomen.
- Kollusive Erklärungen, d.h. unkritische Zustimmung des Behandlers zum Erklärungsmodell des Patienten. Sie implizieren für den Patienten nicht selten ein Infragestellen der Offenheit und Kompetenz des Behandlers.

Die beruhigende Erklärung sollte vielmehr als „Empowerment“ erfolgen, d.h. als Beschreibung eines erfahrbaren Mechanismus und als Aufzeigen von Chancen zum Selbstmanagement, ohne Schuldzuschreibung an den Patienten. Ein solches Vorgehen impliziert für den Patienten eine Legitimation seines Leidens; im Idealfall versteht der Patient die gegebene Erklärung und eignet sie sich an, wodurch das Behandlungsbündnis gestärkt wird (Salmon et al. 1999). Bisher erhalten Patienten häufig keine adäquate Erklärung für ihre Beschwerden (Kouyanou et al. 1998). Ungünstig ist

auch die unbedachte Mitteilung, es handle sich um eine psychogene Störung („all in the mind“, „alles psychisch“) (Pither & Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997a; Kouyanou et al. 1998; Stone et al. 2002). Grundsätzlich gilt aber auch hier: Daten aus dem deutschen Sprachraum fehlen weitgehend; die Übertragbarkeit der Befunde aus dem englischen Sprachraum ist eingeschränkt.

Praxistipp 12: Formulierungsbeispiele

- für eine rückversichernde Erklärung von Befunden: **„Wir sind jetzt zusammen nochmal alle bisher bei Ihnen erhobenen Befunde durchgegangen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass keine relevanten somatischen Ursachen für Ihre Beschwerden vorliegen; da dürfen Sie beruhigt sein.“**
- für einen Hinweis auf die Häufigkeit solcher Probleme („Universalität des Leidens“): **„Übrigens ist es bei vielen Patienten so, dass ...“ „Viele meiner Patienten leiden in Überlastungssituationen unter Rückenschmerzen, ohne dass eine schwerwiegende körperlicher Ursache dahinter steckt; da befinden Sie sich in guter Gesellschaft.“**
- für eine Normalisierung mit effektiver Erklärung: **„Ihre Kopfschmerzen dürften von der starken Anspannung kommen, die ich in Ihrem Schulter- und Nackenbereich festgestellt habe. Die starke Anspannung ist sehr wahrscheinlich eine Folge Ihrer schon lang andauernden Überlastung. Wir können Sie vermutlich lindern, wenn wir Wege finden, Entlastung und Entspannung zu erreichen.“**

Empfehlung 46: Regelmäßige „Bilanzierungsdialoge“ („Status consultations“) (Durchführung s. Tab. 6.1) können erwogen werden um vor allem bei chronischen Verläufen Befunde in der Zusammenschau einzuordnen, die Diagnose zu bestätigen, Krankheitsverlauf, Behandlungsversuche und gesteckte Therapieziele zu überprüfen sowie vorhandene Ressourcen gezielt zu berücksichtigen (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 46:

Insbesondere bei chronischen Verläufen können regelmäßige „Bilanzierungsdialoge“ („Status consultations“) durchgeführt werden (Fink et al. 2002; Bahrs 2007). Sie erleichtern die Strukturierung der Langzeitversorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden und anderen chronischen Gesundheitsproblemen. Bilanzierungsdialoge benötigen einen eigenen Rahmen, d.h. die Routinesituation sollte gezielt verlassen werden, um analog zum Erstgespräch Chancen zur Neuorientierung zu suchen. Bei der praktischen Durchführung von Bilanzierungsdialogen wird der aktiv zuhörende Arzt zum Begleiter, der den Patienten zum Erzähler werden lässt, ohne die Position des Gesprächsstrukturierenden aufzugeben. Die Durchführung von Bilanzierungsdialogen orientiert sich fallspezifisch an den in Tab. 6.1. aufgeführten Schritten und Zielen. Bilanzierungsdialoge tragen in der Regel zur einer weiteren Festigung der Behandler-Patient-Beziehung bei.

Tab. 6.1.: Gesprächsschritte und -ziele beim Bilanzierungsdialog (nach Bahrs 2007)

	Gesprächsschritte beim Bilanzierungsdialog	Ziele
1.	Eröffnung	<ul style="list-style-type: none"> • Erklärung des Gesprächsrahmens (Dauer, Ziel)
2.	Aktuelle Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalten eines tieferen Verständnisses für den lebensweltlichen Kontext der Beschwerden
3.	Rückblick/ Zusammenschau bezüglich Krankheitsverlauf und Befundlage	<ul style="list-style-type: none"> • Vorliegende Befunde sollten ggf. in der Zusammenschau nochmals besprochen, erklärt und eingeordnet werden. Dabei sind ggf. vorhandene relevante diagnostische Lücken festzustellen und entsprechende Abklärungen vorzunehmen.
		<ul style="list-style-type: none"> • Validierung der Arbeitsdiagnose
4.	Erweiterung des Erklärungsmodells	<ul style="list-style-type: none"> • Erfragen der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten
		<ul style="list-style-type: none"> • Daran anknüpfend Erweiterung des Erklärungsmodells in biopsychosozialer Richtung (Psychoedukation)
5.	Evaluation von Behandlungsmaßnahmen und Therapiezielen	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation bisheriger Behandlungsversuche und ihrer Wirksamkeit, um auf diese Weise erfolgreiche Strategien zu identifizieren
		<ul style="list-style-type: none"> • Bilanzierung und ggf. Neujustierung gesteckter Therapieziele
6.	Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> • emotionale Verarbeitung der Situation durch den Patienten: Bedeutung der Krankheit für den Patienten nachvollziehbar werden lassen
		<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Gesamtbildes von Risiken und Ressourcen
7.	Weitere Behandlungsplanung mit konkretem Alltags- und Zukunftsbezug	<ul style="list-style-type: none"> • konkrete Absprachen bezüglich der Verantwortlichkeiten und Vereinbarungen über die Behandlungsziele und über die zur Zielerreichung erforderlichen Schritte münden in einem gemeinsamen (Be-) Handlungsplan.
8.	Gesprächsbeendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze Evaluation des Gesprächs

6.3. Praxisorganisation

Empfehlung 47: Der Hausarzt bzw. der primär behandelnde somatische Facharzt (z.B. der Gynäkologe als „Hausarzt der Frau“ oder bei entsprechenden Beschwerden der Zahnarzt) sollte bei der Versorgung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden die **wichtigen Funktionen** des Screenings, der psychosomatischen Grundversorgung, der Behandlungscoordination und ggf. der längerfristigen Begleitung übernehmen („**Gatekeeper-Funktion**“) (Evidenzgrad: 5).

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 47:

Für Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist in der Regel die Hausarztpraxis die ersten Anlaufstelle (Nanke & Rief 2003, Körber & Hiller 2010). Ausnahmen bilden manche organsystembezogenen Beschwerden, z. B. aus dem gynäkologischen (chronischer Unterbauchschmerz der Frau) oder zahnärztlichen Bereich (Stichwort: Frauenarzt als „Hausarzt der Frau“, in diesen Fällen zumindest bei komplexeren Beschwerden ggf. auf den Hausarzt weiter verweisen werden sollte).

Die Mehrzahl der Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden möchte durch den Hausarzt behandelt werden und ist nur schwer für eine Psychotherapie motivierbar (Franz et al. 1993; Timmer et al. 2006). Auch die meisten Hausärzte denken, dass diese Patienten in der Primärversorgung behandelt werden sollten (Reid et al. 2001). Dem Hausarzt kommen bei der Versorgung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden v.a. wichtige Funktionen des Screenings, der psychosomatischen Grundversorgung, der Weichenstellung und der Behandlungscoordination zu (Aiarzaguena et al. 2008): Als wichtige Rollen des hausärztlichen Managements wurden betrachtet: Versicherung/ Beruhigung geben, Beratung sowie ungeeignete Untersuchungen verhindern („Gatekeeper-Funktion“).

Empfehlung 48: Vor allem bei schwereren Verläufen soll der Hausarzt bzw. der primär behandelnde somatische Facharzt – soweit möglich – eine gute **Kooperation mit Vor-/ Mitbehandlern, Konsiliarern und Kliniken** aufbauen, nicht zuletzt, um unnötige Mehrfachdiagnostik und -behandlung zu verhindern (Evidenzgrad: 1b):

- Mit den häufig beteiligten Kooperationspartnern (Internist, Neurologe/ Nervenarzt/ Psychiater, Physiotherapeut, Psychotherapeut, Orthopäde, Zahnarzt etc.) sollte ein **persönliches Netzwerk** aufgebaut und gepflegt werden, z.B. in Form eines themenzentrierten Qualitätszirkels.
- Innerhalb solcher Netzwerke soll eine Abstimmung eines **gemeinsamen Versorgungskonzeptes** erfolgen.
- Patienten-bezogene Kontaktaufnahmen sollten **stets mit diesen abgesprochen** sein.

Empfehlungsstärke: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 48:

Reviews zum Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass zur Verbesserung der Versorgung eine gute Kooperation der Behandler von zentraler Bedeutung ist ("collaborative/ stepped care") (Smith et al. 2003; Henningsen et al. 2007; Fink & Rosendal 2008; Hoedeman et al. 2010; Heijmans et al. 2011; Gask et al. 2011). Eine randomisierte kontrollierte Studie mit 81 Patienten aus 36 Praxen zeigte, dass die Kooperation zwischen Hausarzt und Spezialisten für psychosoziale Medizin in Form einer psychiatrischen Konsultation in der Hausarztpraxis in Gegenwart des Hausarztes bei den so behandelten Patienten zu einer signifikanten Verbesserung der Symptomschwere, der sozialen Interaktion und der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führte (van der Feltz-Cornelis CM et al. 2006). Insbesondere komplizierte Verläufe nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden erfordern die Kooperation mit Vor- und Mitbehandlern (Henningsen et al. 2007): Hierfür empfiehlt sich der Aufbau eines jeweils individuellen Netzwerks, z. B. in Form eines themenzentrierten Qualitätszirkels. Innerhalb der empfohlenen Netzwerke sollte idealerweise die Abstimmung eines gemeinsamen Versorgungskonzeptes erfolgen (Schäfert et al. 2005). Es sollte jeweils sorgfältig geprüft werden, wer alles am Versorgungsgeschehen beteiligt ist. In der Regel sind es Kollegen aus den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie/ Psychiatrie, Krankengymnastik und Psychotherapie. Oft wird der Zahnarzt vergessen, da bezogen auf die Zahnmedizin von den Beteiligten überwiegend einseitig somatische Hypothesen vorausgesetzt werden und übersehen wird, dass es auch in diesem Bereich funktionelle Beschwerden gibt (z. B. Temporomandibuläre Dysfunktion). Hinzu kommt die Schwierigkeit, dass der Zahnarzt nicht an die medizinischen Fachärzte überweisen kann, sondern er den Patienten motivieren muss, mit seinem Hausarzt über die Beschwerden zu sprechen und ggf. eine Weiterüberweisung einzuholen. An dieser Stelle „greifen“ Patienten gerne ein und verfolgen „ihr“ Konzept. Zahnärzte kennen dann andere Ansprechpartner des Patienten nicht. Diese informieren den Zahnarzt nicht, da sie nicht wissen, dass dieser auch zum „Team“ gehört. Wesentlich ist es, einen niedrigschwelligen Kontakt zur Psychosomatik sowie eine gute Kooperation zu Kliniken aufzubauen. Eine gute Vernetzung sichert als strukturelles Moment am ehesten die Nachhaltigkeit der Versorgungsanstrengungen. Der Hausarzt nimmt eine Schlüsselrolle bei der Koordination von Überweisungen und Diagnostik ein („Gatekeeper-Funktion“). Hoedeman et al. (2010) kommen zu dem Schluss, dass umgekehrt auch die anderen an der Behandlung Beteiligten vor dem Einleiten weiterer Schritte zuerst mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen sollten. Basierend auf den Ergebnissen ihres Reviews fordern sie bei dieser Patientengruppe besondere Sorgfalt bei Kommunikations-Management und Koordination.

Empfehlung 49: Vor allem bei schwereren Verläufen sollte die Betreuung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden **teambezogen** sein:

- Die **Kommunikation mit dem Patienten** sollte im **gesamten Praxisteam abgesprochen** sein, z.B. wenn es darum geht, dem Patienten die Regeln der Praxis (z.B. zur Zeitstruktur) zu erläutern. Möglichst das gesamte Praxisteam sollte sich an der Kommunikation mit dem Patienten **aktiv** beteiligen.
- Durch wechselseitige Ergänzung und Unterstützung kann das **Praxisteam als Ressource** genutzt werden.
- Regelmäßige **Praxisteam-Besprechungen** über als schwierig erlebte Patienten tragen durch Information und Supervision bzw. wechselseitige Intervention zu einer **Entlastung** bei.
- Eine gute **Kooperation im Praxisteam**, aber auch im **Behandlernetzwerk**, ermöglicht es, eventuelle unangenehme Gefühle beim Umgang mit Patienten aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, besser zu verstehen und gemeinsam auszuhalten.

KKP

Starker Konsens (erster Punkt: mehrheitliche Zustimmung)

Kommentar zu Empfehlung 49:

Auf Grund der biopsychosozialen Problematik bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sind gerade bei schwereren Verläufen Kooperation und Vernetzung essentiell: Dies beginnt mit einem teambezogenen Ansatz in der Hausarztpraxis unter Einbeziehung der medizinischen Fachangestellten (Schäfert et al. 2005). In Deutschland befindet sich das Berufsbild der medizinischen Fachangestellten orientiert an internationalen Vorbildern z.B. aus den USA, Kanada, Großbritannien und den Niederlanden aktuell in einem Prozess der Weiterentwicklung. Daten zur stärkeren Einbindung medizinischer Fachangestellter bei der Primärversorgung chronisch kranker Patienten wurden in Deutschland in zwei qualitativen Studien am Beispiel von Patienten mit Arthrose gewonnen (Rosemann et al. 2006, Bölter et al. 2010). Die Studien zeigen, dass Bedarf an aufgabenbezogener Schulung besteht, um medizinische Fachangestellte spezifisch zu qualifizieren und Praxisteams zu professionalisieren. Der Ansatz scheint nicht gleichermaßen für alle medizinischen Fachangestellten geeignet, außerdem vor allem für ausgewählte Patienten und spezielle Krankheitsbilder. Zu diesen gehören nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, bei denen es sich, zumindest bei schweren Verläufen ebenfalls um chronische Erkrankungen handelt. Im Rahmen eines gestuften, kooperativen und koordinierten Versorgungsmodells ("stepped, collaborative and coordinated care model") (⇒ Empfehlung 20) fand eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in den USA bei 206 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und hoher Inanspruchnahme, dass eine 12-monatige intensive Begleitung durch eine medizinische Fachangestellte ("Nurse practitioner") als Care manager zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Lebensqualität (SF-36/ MCS) führte (Smith et al. 2006). Konzeptuell kann in regelmäßigen Teambesprechungen durch Information und Supervision Entlastung für die medizinischen Fachangestellten geschaffen werden, gleichzeitig kann das Team durch die Chancen mehrperspektivischen Verstehens und wechselseitiger Unterstützung als Ressource genutzt werden (Schäfert et al. 2005). Auf diese Weise können Schwierigkeiten mit Patienten und unangenehme Gegenübertragungsgefühle gemeinsam am besten ausgehalten

(“containing“) und Prozesse der Spaltung und Entwertung am ehesten aufgefangen und vermieden werden.

Empfehlung 50: An Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollten **regelmäßige** und **feste, zeitlich begrenzte**, aber NICHT beschwerdegesteuerte **Termine** vergeben werden (Evidenzgrad: 2b). Zeitliche Begrenzungen von Konsultationen sollten angekündigt und beidseitig eingehalten werden. Wenn ein Patient „notfallmäßig“ in der Praxis erscheint, sollte der Termin möglichst kurz gehalten und der nächste feste Termin geplant werden (⇒ [Praxistipp 13](#)).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 50:

Vor allem bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden empfehlen sich eine regelmäßige Einbestellung der Patienten, z.B. alle 2-4 Wochen (Aiarzaguena et al. 2007; Pols & Battersby 2008; Smith et al. 2006; Smith et al. 2009) und zeitlich klar begrenzte Termine (z.B. 10-20 Minuten), was dem Patienten zu Gesprächsbeginn mitgeteilt werden soll (Vorteil: begrenzter Zeitaufwand). Diese Vereinbarungen zum Behandlungsrahmen können ggf. schriftlich festgehalten werden, um ihre (notwendige) Einhaltung zu gewährleisten. Eine qualitative Analyse von 30 wissenschaftlichen Editorials und narrativen Reviews zum Management nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (Heijmans et al. 2011) fand in 9 Publikationen die Expertenempfehlung, regelmäßige, feste Termine zu vereinbaren, je nach Situation zum Beispiel alle zwei, drei oder vier Wochen. Dieses Vorgehen fördert den Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses. Nach Möglichkeit sollte vermieden werden, Termine beschwerdegesteuert in Abhängigkeit von der Symptomatik quasi notfallmäßig zu vergeben, weil damit eine Beschwerdechronifizierung oder -zunahme als „Eintrittskarte“ provoziert werden kann. Die Empfehlung, Patienten zeikontingent einzubestellen hat sich auch nach einer psychiatrischen/ psychosomatischen Konsultation als Element zugehöriger Empfehlungsschreiben („consultation letter“, „care recommendation letter“) an den primär behandelnden (Haus-)Arzt bewährt (Hoedeman et al. 2010b).

Praxistipp 13:

- *Ankündigung regelmäßiger, zeitlich begrenzter Konsultationen: „**Sie haben diese Beschwerden nun schon für längere Zeit, und wir müssen damit rechnen, dass sie nicht einfach so besser werden. Ich möchte Sie daher in der nächsten Zeit in regelmäßigen Abständen sehen und werde mir eine feste Gesprächszeit dafür freihalten, die ich allerdings auch dann einhalten muss, wenn Sie vielleicht mal etwas mehr auf dem Herzen haben. Damit sollten wir beim nächsten Mal gleich fortfahren**“.*

- *Ankündigung der Kontaktaufnahme mit Vor-/ Mitbehandlern: „Bei welchen Kollegen waren oder sind Sie denn wegen ihrer Beschwerden in Behandlung? Gab es auch Klinikaufenthalte? Mit Frau Kollegin ... und Herrn Kollegen ... würde ich gerne Kontakt aufnehmen, um ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen – sind Sie damit einverstanden?“*

6.4. Forschungsdefizite

Statement 51: Obwohl in den letzten Jahren die Haltung der Behandler, die Behandler-Patient-Beziehung und die Gesprächsführung, auch etwas mehr Berücksichtigung in der Forschung fanden, sind folgende Fragen noch ungenügend geklärt:

- Wie groß ist die Bedeutung iatrogener Faktoren hinsichtlich der Fixierung und Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden?
- Was trägt zu einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen und tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung bei und wie wirkt sie sich auf den Verlauf der nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden aus?
- Welchen Effekt bringt der Einsatz spezieller Gesprächsführungstechniken für Befinden und Lebensqualität der Patienten, z.B. das Aufgreifen vom Patienten verwendeter Metaphern zur Erweiterung des Erklärungsmodells?

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 51:

Einen differenzierten Überblick über die anstehenden Forschungsaufgaben bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden bieten die Übersichten von Regier (2007), Henningsen et al. (2007) und olde Hartmann et al. (2008). Priorität wird den Themen „Formulierung einer validen und breit akzeptierten Störungsdefinition“, „Probleme im Konsultationsprozess“ und „therapeutische Optionen“ zugewiesen. Weitere Forschungsaufgaben sind u.a.: Bessere Strategien zur Früherkennung, Wert von Selbstmanagement und „Empowerment“-Ansätzen, Identifikation von Prädiktoren zur Stellung der Differenzialindikation für die individuell geeignete Behandlungsstrategie.

Aiarzaguena JM, Gaminde I, Grandes G, Salazar A, Alonso I, Sánchez A. Somatisation in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trial. BMC Fam Pract 2009; 10: 73.

Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. Psychol Med 2007; 37: 283-94.

Aiarzaguena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Sánchez A. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. Scand J Prim Health Care 2008; 26(2): 99-105.

- Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med* 2008; 40(2): 111-8.
- Arbeitskreis PISO. PISO: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie bei somatoformen Störungen (PISO). Eine manualisierte Kurzzeiteintervention. Göttingen: Hogrefe Verlag 2011.
- Asbring P, Narvanen AL. Ideal versus reality: physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Soc Sci Med* 2003; 57(4): 711-20.
- Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog. *Der Mensch* 2007; 38: 29-32.
- Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. St. Augustin: Asgard-Verlag 2011.
- Bensing JM, Verhaak PF. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet* 2006; 367(9509): 452-4.
- Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Hochlehnert A, Wilke S, Hartmann M, Eich W. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2008; 64(1): 13-20.
- Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schneider A, Richter A, Wilke S, Hartmann M, Eich W. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2006; 63(3): 357-66.
- Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schuller-Roma B, Richter A, Hochlehnert A, Wilke S, Eich. Shared decision making (SDM) with chronic pain patients. The patient as a partner in the medical decision making process. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004; 47(10): 985-91.
- Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, de Vries D, Zaat JO, André Knottnerus J, van Eijk JT, de Haan M. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002; 47: 229-35.
- Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21(3): 380-5.
- Bölter R, Ose D, Götz K, Miksch A, Szecsenyi J, Freund T. Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten. Chancen und Barrieren aus Sicht deutscher Hausärzte. *Med Klinik* 2010; 150: 7-12
- Carson AJ, Stone J, Warlow C, Sharpe M. Patients whom neurologists find difficult to help. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75(12): 1776-8.
- Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Fam Pract* 1999; 16(1): 46-9.
- Chircop A, Keddy B. Women living with environmental illness. *Health Care Women Int* 2003; 24(5): 371-83.
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335(7609): 24-7.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M. Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 5-8.
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500): 165-70.
- Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med* 2006; 19(6): 533-41.
- Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007; 22(12): 1731-9. Epub 2007 Oct 31.
- Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med* 1999; 159(3): 215-22.
- Escobar JI. Does simple "reassurance" work in patients with medically unexplained physical symptoms? *PLoS Med* 2006; 3(8): e313.
- Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43: 93-131.
- Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 182-8.
- Franz M, Dilo K, Schepank H, Reister G. Why "no" to psychotherapy? Cognitive stereotypes of psychosomatic patients of a population sample in correlation with refusal of offered psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993; 43(8): 278-85.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res* 2011; 71: 325-34.
- Glenton C. Chronic back pain sufferers – striving for the sick role. *Soc Sci Med* 2003; 57(11): 2243-52.

- Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatisation: teaching the skills of reattribution. *J Psychosom Res* 1989; 33: 689-95.
- Goßmann HH. Das geheime Zusammenspiel zwischen Arzt und Patient im Spiegel der Balint-Gruppe. *Balint* 2001; 2: 122-4.
- Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, deGruy FV 3rd. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11(1): 1-8.
- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(6): 647-57.
- Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134(9 Pt 2): 897-904.
- Hamann J, Loh A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, Härter M, Heesen C. Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie. *Nervenarzt* 2005; 77: 1071-8.
- Härter M. Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Z Ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes* 2004; 98: 89-92.
- Hausteiner C, Bornschein S, Bubel E, Groben S, Lahmann C, Grosber M, Löwe B, Eyer F, Eberlein B, Behrendt H, Darsow U, Ring J, Henningsen P, Huber D. Psychobehavioral predictors of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *Psychosom Med* 2009; 71(9): 1004-11.
- Hausteiner-Wiehle C, Grosber M, Bubel E, Groben S, Bornschein S, Lahmann C, Eyer F, Eberlein B, Behrendt H, Löwe B, Henningsen P, Huber D, Ring J, Darsow U. Patient-Doctor Interaction, Psychobehavioural Characteristics and Mental Disorders in Patients with Suspected Allergies: Do They Predict "Medically Unexplained Symptoms"? *Acta Derm Venereol* 2011 Jun 17. doi: 10.2340/00015555-1147. [Epub ahead of print]
- Heger S. Zur Psychosomatik des failed-back-Syndroms: warum Rückenschmerzen chronifizieren. *Nervenarzt* 1999; 70: 225-32.
- Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28(4): 444-55.
- Henningsen P, Fazekas C, Sharpe M. Barriers to Improving Treatment. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Developing Better Clinical Services.* Cambridge: Cambridge University Press 2011, Seite 124-131.
- Henningsen P, Priebe S. Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate incapacity. *J Psychosom Res* 1999; 46(3): 209-14.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369: 946-55.
- Hochlehnert A, Richter A, Bludau HB, Bieber C, Blumenstiel K, Mueller K, Wilke S, Eich W. A computer-based information-tool for chronic pain patients. Computerized information to support the process of shared decision-making. *Patient Educ Couns* 2006; 61(1): 92-8.
- Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW: Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD006524.
- Hoffmann SO, Egle UT. Klinisches Bild des Schmerzkranken. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann K, Nix WA (Hrsg). *Handbuch Chronischer Schmerz.* Stuttgart: Schattauer 2003: 118-25.
- Hoffmann SO, Franke TW. Der lange Weg in die Schmerzkrankheit: Faktoren der Chronifizierung. In: Egle UT, Hoffmann SA, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg). *Handbuch Chronischer Schmerz – Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psychosozialer Sicht.* Stuttgart, New York: Schattauer 2003; 150-61.
- Howard L, Wessely S, Leese M, Page L, Wessley S, McCrone P, Husain K, Tong J, Dowson A. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 1558-64.
- Ho-Yen DO, McNamara I. General practitioners' experience of the chronic fatigue syndrome. *Br J Gen Pract* 1991; 41(349): 324-6.
- http://www.dachverband-salutogenese.de/cms/dermenssch38_bilanzierungsdialog.html
- Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159(10): 1069-75.
- Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008; 70(4): 430-4.
- Johnson SK. *Medically Unexplained Illness. Gender and Biopsychosocial Implications.* Washington DC: American Psychological Association 2008.
- Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322: 400-5.
- Klement A, Hauser W, Bruckle W, Eidmann U, Felde E, Herrmann M, Kuhn-Becker H, Offenbacher M, Settan M, Schiltenswolf M, von WM, Eich W. Principles of treatment, coordination of medical care and patient education in fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain. *Schmerz* 2008; 22(3): 283-94.

- Körber S, Hiller W. Medizinisch unerklärte Symptome und somatoforme Störungen in der Primärmedizin. *J Neurol Neurochir Psychiatry* 2010; 11 (Pre-Publishing Online).
- Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76(3): 417-26.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59(6): 597-604.
- Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2004; 57(6): 507-16.
- Lin E, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, Wagner E. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med* 1991; 6(3): 241-6.
- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328: 444-7.
- Looper KJ, Kirmayer LJ. Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res* 2004; 57(4): 373-8.
- Martin A, Buech A, Schwenk C, Rief W. Memory bias for health-related information in somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2007; 63: 663-71.
- McDaniel SH, Beckman HB, Morse DS, Silberman J, Seaburn DB, Epstein RM. Physician self-disclosure in primary care visits: enough about you, what about me? *Arch Intern Med* 2007; 167(12): 1321-6.
- McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000; 321: 867-71.
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifford R, Rigby C, Gask L. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 536-42.
- Morriss R, Gask L, Dowrick C, Dunn G, Peters S, Ring A, Davies J, Salmon P. Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2010; 40(2): 325-33.
- Müller KG, Richter A, Bieber C, Blumenstiel K, Wilke S, Hochlehnert A, Eich W. The process of shared decision making in chronic pain patients. Evaluation and modification of treatment decisions. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2004; 98(2): 95-100.
- Nanke A, Rief W. Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut* 2003; 48: 329-35.
- Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006; 62(5): 1167-78.
- Olde Hartman T, Hassink-Franke L, Dowrick C, Fortes S, Lam C, van der Horst H, Lucassen P, van Weel-Baumgarten E. Medically unexplained symptoms in family medicine: defining a research agenda. *Proceedings from WONCA 2007. Fam Pract* 2008; 25(4): 266-71.
- Oyama O, Paltoo C, Greengold J. Somatoform disorders. *Am Fam Physician* 2007; 76(9): 1333-8.
- Pauli P, Alpers GW. Memory bias in patients with hypochondriasis and somatoform pain disorder. *J Psychosom Res* 2002; 52: 45-53.
- Pither CE, Nicholas MK. Identification of iatrogenic factors in the development of chronic pain syndromes: abnormal treatment behavior? In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (Hrsg). *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier 1991; 429-34.
- Pols RG, Battersby MW. Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. *Med J Aust* 2008; 188(12 Suppl): 133-7.
- Raine R, Carter S, Sensky T, Black N. General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study. *BMJ* 2004; 328(7452): 1354-7.
- Regier DA. Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. *Psychosom Med* 2007; 69: 827-8.
- Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001; 18(5): 519-23.
- Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, Rüdell H. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms – an experimental investigation of remembered probabilities. *PLoS Med* 2006; 3: e269.
- Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A. Evaluation of General Practitioners' Training: How to Manage Patients With Unexplained Physical Symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47: 304-11.
- Rief W, Rojas G. Stability of somatoform symptoms – implications for classification. *Psychosom Med* 2007; 69(9): 864-9.
- Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004; 328(7447): 1057.

- Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1505-15.
- Ronel J, Kruse J, Gündel H. Somatoforme Störungen. Erfahrungen und neue Behandlungsmöglichkeiten. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2007; 1: 130-8.
- Rosemann T, Joest K, Körner T, Schäfer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 14.
- Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs' attitudes. *Fam Pract* 2005; 22(4): 419-27.
- Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23(1): 3-10.
- Rosendal M, Olesen F, Fink P, Toft T, Sokolowski I, Bro F. A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization in primary care: effects on patient outcome. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(4): 364-73.
- Royal College of General Practitioners (RCGP). http://www.rcgp.org.uk/PDF/MUS_Guidance_A4_4pp_6.pdf [letzter Zugriff am 9.11.11]
- Rudolf G, Henningsen P. Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 3-19.
- Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psycho-dynamischen Therapie struktureller Störungen (2. neubearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer 2006.
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500): 171-6.
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 171-6.
- Salmon P, Peters S, Clifford L, Iredale W, Gask L, Rogers A, Dowrick C, Hughes J, Morriss R. Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *JGIM* 2007; 565-71.
- Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318(7180): 372-6.
- Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005; 59: 255-60.
- Salmon P, Wissow L, Carroll J, Ring A, Humphris GM, Davies JC, Dowrick CF. Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: criticism or confrontation? *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 454-60.
- Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. *Patient Educ Couns* 2007; 67(3): 246-54.
- Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen (Somatoform and Functional Disorders). *Dtsch Arztebl* 2007; 104: 45-54.
- Schäfer R, Benedikt G, Sauer N, Wilke S, Herzog W, Szecsenyi J, Henningsen P. Früherkennung und Behandlung funktioneller/ somatoformer Beschwerden in der Allgemeinarztpraxis – das FUNKTIONAL-Forschungsprojekt. *Notfall & Hausarztmedizin* 2005; 31(12): 527-36.
- Schäfer R, Bölter R, Faber R, Kaufmann C. Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 9: 252-9.
- Scheidt CE. Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut* 2002; 47: 110-23.
- Schroeter C, Schiltenswolf M, Fydrich T, Henningsen P. The Explanatory Model-Interview in the diagnosis of orthopaedic pain patients. *Orthopäde* 2004; 33(5): 533-44.
- Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *J Fam Pract* 1989; 28(1): 59-63.
- Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D. Why do doctors find some patients difficult to help? *Q J Med* 1994; 87(3): 187-93.
- Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Schooley S, Lamerato L, Rost K. Primary care physicians treat somatization. *J Gen Intern Med* 2009; 24(7): 829-32.
- Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med* 2003; 18(6): 478-89.

- Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, Dwamena FC, Lein C, William GC, Given B, Goddeeris J. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21(7): 671-7.
- Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract* 2001; 18(5): 495-500.
- Stone J, Campbell K, Sharma N, Carson A, Warlow CP, Sharpe M. What should we call pseudoseizures? The patient's perspective. *Seizure* 2003; 12(8): 568-72.
- Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002; 325(7378): 1449-50.
- Stone L, Clarke DM. Somatising disorders: untangling the pathology: *Aust Fam Physician* 2007; 36(4): 234-9.
- Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA* 1984; 252: 2990-4.
- Tait RC, Chibnall JT. Physician judgments of chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1997; 45(8): 1199-205.
- Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome: the view from general practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9(7): 689-92.
- Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns* 2004; 54(3): 299-306.
- Timmer B, Bleichhardt G, Rief W. Importance of psychotherapy motivation in patients with somatization syndrome. *Psychother Res* 2006; 16: 348-56.
- Toft T, Rosendal M, Ornbøl E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). *Psychother Psychosom* 2010; 79: 227-37.
- Toft T, Rosendal M, Ørnbøl E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). *Psychother Psychosom* 2010; 79(4): 227-37.
- van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, Bindels PJ, Dinant GJ. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med* 2009; 7(2): 112-20.
- van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ader HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75(5): 282-9.
- van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003; 23(3): 226-31.
- Walker E, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(5): 315-23.
- Walker EA, Unutzer J, Katon WJ. Understanding and caring for the distressed patient with multiple medically unexplained symptoms. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 347-56.
- Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. *Reg Anesth Pain Med* 2005; 30(2): 184-92.
- Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract* 2002; 19(2): 178-82.
- Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 2004; 80: 53-7.
- Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004; 21(2): 199-203.
- Zahourek RP. Utilizing Ericksonian hypnosis in psychiatric-mental health nursing practice. *Perspect Psychiatr Care* 2002; 38: 15-22.

7. Diagnostisches Prozedere

Vorbemerkung:


Die Empfehlungen für eine gute Diagnostik in der Hausarzt-/ somatischen Fachmedizin und in den psychosozialen Fächern sind sehr ähnlich, v.a. was die hohe Bedeutung der Gestaltung der Initialphase betrifft (funktionierendes Arbeitsbündnis, Erfassung aller Komorbiditäten etc.). Deshalb werden sie gemeinsam aufgeführt, mit einzelnen speziellen Empfehlungen für die psychosozialen Fächer.

Statement 52: Die zentralen **Ziele der Diagnostik** sind:

- Abschätzung der **klinischen Relevanz** der Beschwerden, d. h. die Einordnung als schwererer oder leichter Verlauf (⇒ Tabellen 7.2. und 7.3.)
- je nach Setting hinreichende **Differenzialdiagnostik**, Abschätzung des Ausmaßes organpathologischer/ psychopathologischer Befunde sowie die Erfassung von **Komorbiditäten**
- Erfassung wesentlicher **sozialmedizinischer Aspekte** (z.B. Belastungen am Arbeitsplatz, Rentenbegehren)
- Erkennen **abwendbar gefährlicher** sowie **drohender chronischer Verläufe** (⇒Tabelle 7.3.)

Starker Konsens


Empfehlung 53: Die diagnostische Vorgehensweise sollte – angepasst an das klinische Bild, das Versorgungssetting und die zeitlichen Ressourcen – **systematisch, gestuft, verantwortlich begrenzt, nicht redundant und zeitlich gestrafft** sowie mit dem **Patienten vorbesprochen** sein (Evidenzgrad: 4).

 Unnötiger Aktionismus sollte vermieden werden!

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 54: Die Diagnostik soll als **Parallel- bzw. Simultandiagnostik somatischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren** erfolgen, ggf. unter (konsiliarischer) Hinzuziehung weiterer fachärztlicher und/oder psychotherapeutischer Kompetenz entsprechend der Leitsymptomatik (Evidenzgrad: 1b):

 Das **Abwarten der somatischen Ausschlussdiagnostik** trotz des Vorliegens (auch nur geringfügiger) Hinweise auf psychosoziale Belastungen ist **kontraindiziert!**

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 52-54:

Es ist sinnvoll, bereits zum Beginn einer Untersuchung neben einer „somatischen“ Hypothese“ dem Patienten auch gleichzeitig eine „psychische Hypothese“ als Krankheitsmodell anzubieten und dementsprechend die Diagnostik von Anfang an als Paralleldiagnostik zu planen (Morris et al. 2006). Diese sog. „Sowohl-Als-auch-Haltung“ ist insofern ein sehr wichtiges behandlungstechnisches Mittel um die Tendenz einer weiteren Fixierung auf ein rein somatisches Krankheitsmodell zu begrenzen. Hierbei sollte eher ein „kontingent“- statt ein „symptombezogenes“ Vorgehen bevorzugt werden.

7.1. Anamneseerhebung

Vorbemerkung:

Zur *Basis-Anamnese* nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden gehören das Erfragen körperlicher Beschwerden, der aktuellen Funktionsfähigkeit und eventueller psychosozialer Belastungen sowie von dysfunktionalen Einstellungen und Verhaltensweisen. Eine *genauere* Erfassung des Beschwerdekontexts sowie eine spezifischere psychische Differenzial- und Komorbiditätsdiagnostik, eventuell unter Zuhilfenahme von diagnostischen Hilfsmitteln, gehören zur *erweiterten Anamnese*, wie sie z.B. im Rahmen einer längerfristigen Betreuung in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin, als psychosomatisch-psychiatrisches Konsil oder zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erhoben werden sollte.

Empfehlung 55: Für die **Anamnese als entscheidende Methode** bei der Diagnose nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte **ausreichend Zeit eingeplant** und **bestimmte Regeln der Haltung und der Gesprächsführung beachtet** werden (⇒ Kapitel 6). Dann kann auch schon ein relativ kurzes Gespräch genügen (Evidenzgrad: 3a).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens


Kommentar zu Empfehlung 55:

Eine ausführliche Anamnese stellt bei belastenden Körperbeschwerden ein zentrales diagnostisches Instrument dar, da sich hier der Handlungsbedarf vor allem von der subjektiven Bedeutung der Beschwerden und der individuellen Lebenssituation des Betroffenen und weniger vom „objektiven Befund“ ableitet. Außerdem basieren fast alle in diesem Bereich „üblichen“ Diagnosen ganz überwiegend auf subjektiven Patientenangaben, wie etwa die weit verbreiteten Schmerzen beim Fibromyalgie-Syndrom oder die anhaltende Erschöpfung beim Chronic Fatigue Syndrom . Aus der Anamnese können auch entscheidende differentialdiagnostische Hinweise abgeleitet werden. Schließlich ergeben sich aus der Anamnese die wichtigsten Informationen für chronische und abwendbar gefährlicher Verläufe und in Extremfällen Suizidalität (⇒ z.B. S3-Leitlinie „Fibromyalgie-Syndrom“; NICE Guideline „Chronic Fatigue Syndrome“; DEGAM Leitlinie und NVL „Kreuzschmerzen“).

Primäres Ziel der Anamneseerhebung ist es, einen Eindruck vom subjektiven Befinden des Patienten zu erhalten, auch, um es später ins Verhältnis zum objektiven Befund zu setzen.

Es gibt eine Reihe von Empfehlungen hinsichtlich einer guten Anamneseerhebung, deren Umsetzung keinen großen Zeitaufwand bedeutet, die aber zur Klärung des Ursprungs der Beschwerden und ihres Krankheitswerts beitragen. Interessanterweise scheinen sich einige dieser Empfehlungen nicht nur positiv auf die Behandler-Patient-Beziehung und die Patienten- und Arzt -Zufriedenheit, sondern auch den auf Beschwerdeverlauf und die Lebensqualität auszuwirken, auch wenn sie zunächst nicht als therapeutischen Strategien im engeren Sinne gedacht waren (vergl. Veröffentlichungen aus der Arbeitsgruppe um Peter Salmon; Coulter & Ellins 2007). Darüber hinaus sollten natürlich gerade bei der Anamneseerhebung die eigene Haltung reflektiert und angepasst sowie Grundregeln der Gesprächsführung beachtet werden (⇒ Kapitel 6).

7.2. Basis-Anamnese der körperlichen Beschwerden

 **Statement 56:** Die Schwere des Verlaufs nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ergibt sich aus der **Gesamtzahl der Beschwerden, ihrer erlebten Intensität** (Evidenzgrad: 1b) und ihrer **drohenden Chronifizierung** (häufige bzw. anhaltende Beschwerden ohne oder nur mit seltenen Beschwerdeintervallen; Details zur Beschwerdedauer ⇒ NVL „Kreuzschmerz“, ⇒ S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“, ⇒ S3-LL „Reizdarm-Syndrom“), aber **nicht** aus ihrer **Art oder Lokalisation** (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 56:

Anzahl und die Dauer der Beschwerden sind die einzigen bisher nachgewiesenen somatischen bzw. direkt symptombezogenen Parameter, die schwerere von leichteren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden unterscheiden. Eine hohe Anzahl beklagter Beschwerden gilt allgemein als starker Prädiktor für somatisch unerklärte Beschwerden, psychiatrische Komorbidität, hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und funktioneller Beeinträchtigung (Kroenke et al. 1994; Vedsted et al. 2001; Siivola et al. 2004; Escobar et al. 2010; Jackson et al. 2006; Mallen et al. 2007; olde Hartmann et al. 2009; Ladwig et al. 2010; Voigt et al. 2010). Hamilton und Kollegen beurteilten die Krankenakten von Patienten mit CFS und fanden im Vergleich zu sowohl nicht näher bezeichneten allgemeinmedizinischen Patienten als auch Patienten mit Multipler Sklerose deutlich mehr Arztbesuche und verschiedene Körperbeschwerden in den 15 Jahren vor Diagnosestellung (Hamilton et al. 2006); aus den Niederlanden gibt es eine ähnliche Arbeit (olde Hartmann et al. 2004), die ebenfalls zu dem Schluss kommt, dass sich hinter scheinbar *umschriebenen, spezifischen* Syndromen oftmals wenig umschriebene *Beschwerdehäufungen* in den unterschiedlichsten Organsystemen finden. Vor allem die Gesamtanzahl körperlicher Beschwerden ist ein wesentlicher Prädiktor sowohl für das Auftreten als auch für den Verlauf funktioneller und

somatoformer Störungen (Kroenke et al. 1994; Jackson et al. 2006; olde Hartmann et al. 2009; ➔ DEGAM Leitlinie „Kreuzschmerz“).

Hinsichtlich der Beschwerdedauer herrscht keine abschließende Einigkeit darüber, ab wann von einer Chronifizierung ausgegangen werden muss (Kroenke et al. 1994; Jackson & Kroenke 2008; olde Hartmann et al. 2009; Voigt et al. 2010): Nach der aktuellen Klassifikation somatoformer Störungen (ICD-10 und DSM-IV) werden 6 Monate angegeben, klinisch kann es, nach dem Vorbild chronischer Schmerzen, sinnvoll sein, schon von einem kürzeren Zeitraum von 4 Wochen (➔ NVL „Kreuzschmerz“) bis 3 Monaten auszugehen (Fauchère 2008).

Statement 57: Die **Komorbidität funktioneller Einzel-Syndrome untereinander**, d.h. das **gleichzeitige Vorliegen** der Kriterien mehrerer einzelner Syndrome, ist mit ca. 50% (10-80%) hoch. Sie ist stark abhängig von Syndromdefinition und Patientenstichprobe, aber auch in Bevölkerungsstichproben nachweisbar (Evidenzgrad: 2a).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 57:

Eine Reihe der so genannten funktionellen Syndrome (FSS; z.B. Chronic-Fatigue-Syndrom, Reizdarm-Syndrom, Fibromyalgie-Syndrom, Golfkriegs-Syndrom, Temporomandibulärsyndrom, Multiple Chemikaliensensitivität) weist, wenn gezielt danach gefragt wird, durchaus vergleichbare Beschwerdeprofile auf (Henningens et al. 2007). Schmerzen in unterschiedlichen Körperregionen, Erschöpfung und Konzentrationsstörungen stehen dabei im Vordergrund, zusätzlich treten syndromübergreifend nahezu regelhaft Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen und Atembeschwerden auf. Allerdings unterscheiden sich oft die spontan geschilderten Kernsymptome durchaus: So treten bei MCS die Schmerzen gegenüber Erschöpfung und Konzentrationsstörungen in den Hintergrund, wohingegen ein Fibromyalgiepatient letztere oft erst auf Nachfragen erwähnt. Zusätzlich weisen die Patienten in vielen soziodemographischen und psychologischen Eigenschaften deutliche Ähnlichkeiten auf.

In der Allgemeinbevölkerung leiden etwa 10% der Patienten mit einem FSS zusätzlich an einem oder sogar mehreren anderen FSS; in klinischen Populationen erreicht dieser „Overlap“ Raten bis 50% (Wessely et al. 1999; Henningens et al. 2004; Henningens et al. 2007; Thomas et al. 2006; Kanaan et al. 2007; Riedl et al. 2009). Deshalb wurde die Frage aufgeworfen aktuell kontrovers diskutiert, ob es sich bei all diesen Syndromen nicht vielmehr um verschiedene Ausprägungen *eines und desselben* Krankheitsbildes handelt („single syndrome hypothesis“), lediglich mit unterschiedlicher Ursachenattribution (Wessely et al. 1999; Ciccone & Natelson 2003; Nimnuan et al. 2001). Die Debatte über die Vorteile einer *Differenzierung* („splitting“: bessere Akzeptanz bei den Patienten, auf das Kernsymptom abgestimmte Psycho- und Pharmakotherapie, Übersehen einer somatischen Erkrankung unwahrscheinlicher) bzw. *Zusammenfassung* („lumping“: Vermeidung unsinniger „Labels“, Miteinbeziehen gleichzeitig bestehender Beschwerden in anderen Organsystemen, unwahrscheinlichere Fixierung eines rein somatischen Krankheitsmodells) der unterschiedlichen funktionellen Syndrome hält unterdessen an (Wessely & White 2004).

Empfehlung 58: Zur Anamnese der körperlichen Beschwerden sollte der Patient aufgefordert werden, mit eigenen Worten **Art, Lokalisation, vor allem aber Anzahl, Häufigkeit bzw. Dauer und Intensität** seiner Leitsymptome zu schildern (⇒ [Praxistipp 14](#)) (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 58:

Grundsätzlich sollte bei fortbestehenden körperlichen Beschwerden die Möglichkeit bedacht werden, dass es sich dabei um nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden handelt (Nimnuan et al. 2000). Zu Beginn der Anamnese sollen die Patienten ausführlich und frei (also möglichst ohne Unterbrechung) ihr Anliegen schildern und ihre Beschwerden aufzählen können (Annehmen der Beschwerdeklage) (Anderson et al. 2008). Der Untersucher kann sich hier bereits ein erstes Bild über die subjektiv bedeutsamsten Beschwerden, also den ersten Teil des Symptomprofils machen. Dabei gilt es zunächst, die *spontan* geäußerten Beschwerden näher zu beleuchten. Dazu sollte der Patient aufgefordert werden, *Lokalisation, Art und Intensität* seiner Beschwerden mit eigenen Worten zu schildern. Es sollte darauf geachtet werden, ob und in welchem Umfang der Patient eher nüchterne, quasi-objektive („drückender Schmerz links oben“), medizinische („wie Blinddarmentzündung“) oder emotional gefärbte („wie ein Messer, ich hasse diesen Schmerz“) Ausdrücke wählt, ob und wie er die Beschwerden bewertet und ihren bisherigen und weiteren Verlauf beurteilt („das bringt mich noch um“, „ich werde bald nicht mehr laufen können“). In einzelnen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die *Attribute*, die Patienten ihren Rückenschmerzen geben, mit gängigen Schmerzfragebogen nicht erfasst werden, und dass die Quantifizierung z.B. von Rückenschmerzen vielen Patienten schwer fällt (De Souza & Frank 2000). Außerdem scheint eine wechselnde und diffuse Beschreibung von Rückenschmerzen – im Gegensatz zu einer konsistenten und spezifischen – ein Hinweis auf fehlende somatische Erklärbarkeit zu sein (Leavitt et al. 1979). In der Beschwerdepräsentation liegt bereits eine Menge szenischer Information (Lorenzer 1983). Auch die Untersuchungssituation selbst beeinflusst die Beschwerdepräsentation: Ein Patient wird bei seinem Hausarzt, bei einem erstmals aufgesuchten Spezialisten oder bei einem Psychiater seine Nöte unterschiedlich vorbringen. Auch im Verlauf des Gesprächs (je nach Gesprächsführung und Vokabular) kann sich die Beschwerdepräsentation noch ändern. Der Untersucher sollte seine Eindrücke von der Beschwerdepräsentation des Patienten dokumentieren.

Empfehlung 59: Die Anamnese soll durch **aktives Fragen nach begleitenden Beschwerden** frühzeitig **über das Leitsymptom hinaus erweitert** werden, ggf. durch das systematische Abfragen der einzelnen Organsysteme (⇒ [Praxistipp 14](#)) (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 59:

Die diagnostische Einordnung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte sich auf die Angabe *aller* aktuellen Beschwerden stützen, idealerweise zusammengefasst in Symptom-Cluster der einzelnen Organ- bzw. Funktionssysteme (Verdauung, Herz-Kreislauf, Bewegungsapparat, Urogenitalsystem, etc.) (Leiknes et al. 2006; Rief & Rojas 2007).

Zentral ist deshalb die Frage nach *weiteren* Körperbeschwerden, ergänzt durch ein kurzes Abfragen verschiedener Funktionen bzw. Organsysteme (Atmung, Verdauung/ Ausscheidung, Schlaf, Sexualleben, Kreislauf, Bewegung). Erst dann kann das Symptomprofil und damit die Zuordnung als mono- oder polysymptomatischer Verlauf, als überwiegende Schmerzstörung, Erschöpfung/ Müdigkeit, Organfunktionsstörung oder Gesundheitsangst getroffen werden. Dabei ist zu beachten, dass weitere als die Leitbeschwerden oft nicht spontan, sondern nur auf konkrete Nachfragen oder schriftlich angegeben werden (Jürgens 2003; Brewer et al. 2004).

Empfehlung 60: **Verlaufsmuster** und **Trigger** (einschließlich Stressoren) der wichtigsten Beschwerden sollten aktiv erfragt werden. Dabei sollte bereits frühzeitig auf die **subjektiv erlebte Beeinflussbarkeit** der Beschwerden geachtet werden (⇒ [Praxistipp 14](#)) (Evidenzgrad: 3b).

Häufige bzw. **anhaltende Beschwerden** ohne oder nur mit kurzen beschwerdefreien Interallen sowie eine **fehlende Assoziation mit leicht erkennbaren äußeren Belastungen** können Charakteristika schwererer Verläufe sein (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens


Kommentar zu Empfehlung 60:

Zur Beurteilung von Verlauf, und Beeinflussbarkeit der Beschwerden empfiehlt sich zunächst die wiederholte Evaluation der jeweils aktuellen Beschwerden zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Dabei sollte nach dem Beginn der Beschwerden und nach der Häufigkeit und Dauer des Auftretens bzw. dem üblichen Beschwerdeverlauf gefragt werden. Es sollten frühzeitig subjektive innere und äußere Beschwerdeauslöser („Trigger“) sowie die erlebte Beeinflussbarkeit, also das Kontrollerleben des Patienten über die Beschwerden, eruiert werden.

Praxistipp 14: Basis-Anamnese körperlicher Beschwerden (Formulierungsbeispiele):

- *Erzählen Sie mir: Was führt Sie zu mir? Was haben Sie für Beschwerden? Was ist ihr Anliegen? Wie geht es Ihnen? Wie fühlen Sie sich?* (offene Einstiegsfrage)
- *Wie ging es Ihnen gesundheitlich während der letzten Jahre? Wie oft mussten Sie zum Arzt gehen, weil Sie sich nicht wohl fühlten? Inwiefern fühlten Sie sich nicht wohl? Haben oder hatten Sie weitere (körperliche) Beschwerden? Fand der Arzt immer heraus, was nicht stimmte oder kam es auch vor, dass er sagte, es sei alles in Ordnung, obwohl Sie anderer Meinung waren? Wie ist es mit Beschwerden bei der Atmung, der Verdauung, ...?* (Frage nach Beschwerden über das Leitsymptom hinaus; Screeningfragen „Somatisierung“)
- *Wo genau haben Sie Ihre Beschwerden?* (Lokalisation)
- *Wie stark sind Ihre Beschwerden?* (Intensität)
- *Wie lassen sich Ihre Beschwerden genauer beschreiben, wie fühlen sie sich an, z.B. stechend, krampfartig, drückend etc.?* (Qualität)
- *Wie begannen die Beschwerden?* (Beginn; z.B. schleichend, plötzlich; schon durch irgendetwas „angekündigt“, evtl. schon Situation des ersten Auftretens erfragen)
- *Was löst Ihre Beschwerden aus?* (Auslöser/ Trigger; z.B. bestimmte Bewegungen, Ernährung, Wetter, Stimmung...)
- *Wie verlaufen Ihre Beschwerden? Wie häufig sind sie und wie lange halten sie normalerweise an?* (Verlauf; z.B. episodisch/attackenartig, dauerhaft, selten, morgens mehr; nur nach dem Essen, nur am Arbeitsplatz, nie alleine)
- *Gab es Phasen, in denen es Ihnen besser ging?* (Ausnahmen)
- *Was macht die Beschwerden schlechter? Was macht sie besser?* (Einflussmöglichkeiten, z.B. besser zuhause, wenn ich mich nicht aufrege, wenn ich Stress meide; bzw. Hinweise auf Schon- und Vermeidungsverhalten z.B. hinsichtlich Bewegung, Ernährung, Sozialkontakten)


7.3. Basis-Anamnese von Funktionsfähigkeit und psychosozialer Belastung

 **Statement 61:** Psychosoziale Belastungen (z.B. Ängste, Demoralisierung, Verzweiflung, Enttäuschung, hohe Ärgerneigung, Überlastung bzw. Konflikte am Arbeitsplatz, sozialer Rückzug, evtl. auch biographische Belastung) sind bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden oft höher (**dysproportional**) als bei somatisch definierten Erkrankungen mit einem ähnlichen Beschwerdebild (z.B. beim Fibromyalgie-Syndrom höher als bei rheumatoider Arthritis), d.h. die Patienten leiden häufiger und ausgeprägter an **emotionalem Distress** bis hin zu voll ausgeprägten **psychischen Erkrankungen** und erleben ihre **Lebensqualität** als stärker beeinträchtigt (Evidenzgrad: 2a). Ein hoher **Grad der subjektiven Beeinträchtigung** (bis hin zu Arbeitsunfähigkeit und voll ausgeprägten psychischen Erkrankungen) ist ein wichtiges Charakteristikum schwererer Verläufe nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (Evidenzgrad: 2a).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 61:

Viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden weisen eine erhöhte psychosoziale Belastung auf, und zwar sowohl im Hinblick auf emotionalen Distress (v.a. Angstsymptome und depressive Symptome bis hin zu kriteriumsgemäß ausgeprägten komorbiden Angsterkrankungen oder Depressionen, aber auch andere negative Affektzustände wie Wut oder Ärger über die Beschwerden) als auch auf eine Reduktion von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit (Kroenke et al. 1994; Dowrick et al. 2000; Vedsted et al. 2001; Fiancullo et al. 2003; Henningsen et al. 2003; Herschbach 2002; Henningsen et al. 2007). Psychosoziale Belastung und Komorbidität scheinen auch als Risikofaktoren für die Entwicklung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden zu wirken (Linton 2000; Pincus et al. 2002; Petersen et al. 2004; Mallen et al. 2007). Allein durch ihren Leidensdruck, aber auch im Hinblick auf eine entsprechend erweiterte (Differenzial-) Diagnostik und Therapie besteht bei diesen Patienten ein schwererer Verlauf mit erhöhtem Handlungsbedarf; ob eine hohe psychosoziale Belastung auch ein ungünstiger prognostischer Faktor ist, ist nicht abschließend geklärt (Leibbrand et al. 1999; Jackson et al. 2008; Celestin et al. 2009; olde Hartmann et al. 2009; ➡ DEGAM Leitlinie „Kreuzschmerzen“).

 **Empfehlung 62:** Bei *allen* Patienten mit Körperbeschwerden als Leitsymptom sollte – unabhängig von Ätiologie und Schweregrad – **bereits im Rahmen des Erstkontakts** nach **der aktuellen Funktionsfähigkeit im Alltag** und dem **psychischen Befinden** gefragt werden (⇔ [Praxistipp 15](#)) (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 63: Zur Einschätzung der **Funktionalität im Alltag bzw. der Funktionsfähigkeit** sollte nach Beeinträchtigungen der Aktivität, der Teilhabe am (Arbeits-)Alltag, eventuellen körperlichen Folgeschäden (z.B. Einsteifen geschonter Gelenke) sowie direkt nach dem subjektiven Grad der Beeinträchtigung durch die Beschwerden gefragt werden, z.B. in Prozent der früheren Funktionsfähigkeit (⇔ [Praxistipp 15](#)) (Evidenzgrad: 2b). Funktionalität und Funktionsfähigkeit sollten dann aufgrund der konsistenten Auswirkungen der Symptomatik auf alle Lebensbereiche zusammenfassend beurteilt werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 62 und 63:

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden erlangen dadurch Krankheitswert, dass sie zu einer (unverhältnismäßig starken) Beeinträchtigung von Funktions-/ Leistungsfähigkeit und Lebensqualität führen. Diese Beeinträchtigungen können konsistente Auswirkungen in allen Lebensbereichen (Henningsen et al. 2001), evtl. unter besonderer Berücksichtigung spezieller beruflicher Anforderungen haben.

„Somatisierung“, also die Darbietung mehrerer beeinträchtigender körperlicher Beschwerden im Sinne eines „bodily distress“ scheint per se mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit verbunden zu sein (Harris

et al. 2009). Entscheidend ist es daher, bereits in der Anamnese detaillierte Informationen zu Beeinträchtigungen der Aktivität, der Teilhabe am Alltag und verschiedenen Kontextfaktoren zu erhalten (Krankmeldungen, Vermeiden körperlicher Aktivitäten, Streit in der Familie etc.). Konkret sollte dafür z.B. die Schilderung eines üblichen Tagesablaufs des Patienten erfolgen, und zwar sowohl in der Freizeit als auch in der Arbeit. Die subjektive Leistungsfähigkeit des Patienten kann auch direkt erfragt werden, z.B. als Prozentzahl im Vergleich zu früher, und kann durch typische Beispiele konkretisiert werden. Wichtige Hilfsmittel hierfür sind die multiaxiale Diagnosestellung nach ICD-10 (Achse II: soziale Funktionseinschränkungen; entspricht der Kurzfassung der Disability Assessment Scale der WHO) und DSM-IV (Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus) sowie die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Eine starke Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (die sich z.B. auch in einer langen Arbeitsunfähigkeit widerspiegelt) stellt wahrscheinlich einen ungünstigen prognostischen Faktor dar (olde Hartman et al. 2009; ➔ DEGAM Leitlinie „Kreuzschmerzen“).

Statement 64: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten sehr häufig zusammen mit (anderen bzw. „klassischen“) **psychischen Erkrankungen** auf, in vielen Fällen ist keine klare Abgrenzung möglich (Evidenzgrad: 2a). Die Zahlen schwanken jedoch je nach Setting und verwendeten Falldefinitionen stark.

Im Gegensatz zu den eher seltenen Fehleinschätzungen somatischer Erkrankungen als psychisch bzw. funktionell, werden psychische bzw. funktionelle Erkrankungen **häufig fälschlicherweise als somatisch** eingeschätzt (bis 50%, je nach Beschwerdebild und Versorgungsstufe) (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 64:

Eine ganze Reihe von Studien belegt die hohe *Komorbidität* von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden und verschiedenen psychischen Erkrankungen (bis hin zu rund 60% psychische Gesamtmortalität bei kriteriumsgemäß ausgeprägten somatoformen Störungen; Fröhlich et al. 2006).

Sowohl in klinischen als auch in bevölkerungsbasierten Stichproben leiden Patienten mit den verschiedenen somatoformen Störungen an affektiven Erkrankungen (rund 20%; Fröhlich et al. 2006; de Waal et al. 2004), Angsterkrankungen (rund 33%; Fröhlich et al. 2006; Lieb et al. 2007; de Waal et al. 2004), Persönlichkeitsstörungen (vor allem paranoide, zwanghafte und histrionische Persönlichkeitsstörungen; insgesamt rund 66%; Bass & Murphy 1995; Noyes et al. 2001; Garcia-Campayo et al. 2007) und Traumafolgestörungen, vor allem posttraumatischen Belastungsstörungen (ORs rund 8 bis 19; Spitzer et al. 2009; Lieb et al. 2007). Darüber hinaus treten aber auch eine Reihe von anderen psychischen Störungen gehäuft zusammen mit somatoformen Störungen auf, etwa Zwangs- (Lieb et al. 2007) oder Suchterkrankungen (Fröhlich et al. 2006; Hasin et al. 2007), die alle bei der Beurteilung von Komorbidität und Differentialdiagnose beachtet werden müssen. Auch bei somatisch nicht hinreichend erklärten Beschwerden im Allgemeinen und bei fast allen funktionellen Störungen wurde inzwischen die psychische Komorbidität untersucht, wobei dies angesichts der oft vagen Falldefinitionen hier methodisch schwieriger ist und deshalb zu höheren Streuungen führt

(Kroenke et al. 2003; Whitehead et al. 2002; Escobar et al. 2006). So liegt die Rate von aktuellen oder früheren Depressionen bei Chronic Fatigue Syndrom bei 19-37% (Prins et al. 2005), beim Fibromyalgie-Syndrom bei 62—86% (Arnold, 2008), beim Reizdarmsyndrom bei 27-60% (Folks 2004) und bei der Multiplen Chemikaliensensitivität bei 17-54% (Hausteiner et al. 2006). Die Rate von Angststörungen wurde bei CFS mit etwa 13 bis 20% (Prins et al. 2005), bei FMS mit 26-60% (Arnold 2008), beim Reizdarmsyndrom mit 44% (Folks 2004) und bei MCS mit 6-43% (Hausteiner et al. 2006) beschrieben.

Die psychische Komorbidität ist insgesamt bei nicht-spezifischen, funktionellen und, somatoformen Körperbeschwerden deutlich höher als bei in ihrem Symptomprofil vergleichbaren somatisch definierten Erkrankungen (z.B. im Vergleich Fibromyalgie-Syndrom-Rheumatoide Arthritis oder Reizdarmsyndrom-Morbus Crohn/Colitis ulcerosa) (Arnold 2008; Henningsen et al. 2003; Henningsen et al. 2007). Darüber hinaus weisen betroffene Patienten auch erhöhte Werte von Angst und Depressivität auf, wenn nicht nur kriteriumsgemäß ausgeprägte psychische Erkrankungen, sondern die dimensionale Ausprägung der Symptome untersucht werden (Henningsen et al. 2003).

Ansichts dieser hohen Komorbidität wurde wiederholt postuliert, dass nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden keine eigenen Krankheitsentitäten, sondern Manifestationen von vor allem affektiven und Angststörungen darstellen. Jedoch verlaufen etwa 20 bis 70% nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden *ohne relevante* affektive Veränderungen, wobei die genaue Rate sowohl von der Art als auch von Dauer und Schweregrad der Beschwerden als auch vom Versorgungssetting abhängt (Henningsen et al. 2007). Außerdem gibt es inzwischen eine Vielzahl von Untersuchungen, die zwar eine hohe Überlappung dieser Phänomene, aber auch deren Unabhängigkeit belegen (Henningsen et al. 2003; Löwe et al. 2008). Die Assoziation mit diesen psychischen Erkrankungen kann also weder als „Ausnahme“ oder „Zufall“, noch als unspezifische Reaktion auf Körperbeschwerden oder als „maskierte“ Angst oder Depression gesehen werden (Henningsen et al. 2007). Dies trifft im Übrigen auch auf die ebenfalls etwas erhöhte psychische Komorbidität bei somatisch definierten Erkrankungen zu (z.B.: Major Depression bei Rheumatoider Arthritis: 14 bis 31%; Angsterkrankungen bei Rheumatoider Arthritis: 0 bis 25%) (Arnold et al. 2008).

Mittels genauer Prüfung der Diagnosekriterien, gelegentlich auch eines zeitlichen Zusammenhangs, sollte also möglichst entschieden werden, ob die entsprechende Erkrankung differenzialdiagnostisch vorliegt, also als Hauptdiagnose die Beschwerden hinreichend erklärt, oder ob sie komorbide besteht (z.B. Reizdarmsyndrom UND Depression; Multiple Sklerose UND Angststörung; Schmerzstörung UND Substanzmissbrauch).

Komorbide psychische Erkrankungen bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden können in einem (möglicherweise wechselseitigen) ursächlichen Zusammenhang mit diesen stehen („reaktive Depression“), gelegentlich aber auch unabhängig von ihnen auftreten.

Aufgrund der hohen Überlappung und der Tatsache, dass (Psycho-)Pathologie vielmehr ein mehrdimensionales, dynamisches Kontinuum in den Dimensionen Somatisierung („bodily distress“), Depressivität und Angst („psychosocial distress“) als streng voneinander abgegrenzte Entitäten darstellt, wird deshalb vorgeschlagen, Komorbiditäten ohne Hierarchien nebeneinander zu diagnostizieren (und auch zu verschlüsseln) (Stein & Müller 2008). Für zukünftige Klassifikationssysteme existiert deshalb sogar der Vorschlag, eine einzige Basiskategorie für eine somatoforme/depressive/ Angst- Störung mit entsprechenden Subtypen zu formulieren (Löwe et al. 2009; Hanel et al. 2009).

Differenzialdiagnostisch *abgegrenzt* werden müssen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden vor allem von solchen psychischen Erkrankungen, die unter anderem oder sogar hauptsächlich mit körperlichen Beschwerden einhergehen (☞ ICD-10; NVL-LL „Depression“; LL „Posttraumatische Belastungsstörungen“, „Schizophrenie“, „Persönlichkeitsstörungen“; NICE-guideline „Posttraumatic stress disorders“). Die Abgrenzung von psychischen Erkrankungen, die die Symptomatik vollständig (und möglicherweise besser) erklären, kann aufgrund der hohen Komorbidität schwierig sein: Oft wird erst im Verlauf, etwa während der Behandlung, klar, dass beispielsweise Schlafprobleme und Schmerzen vollständig in einer komorbiden Depression aufgehen. In solchen Fällen kann es im Nachhinein sinnvoll sein, von einer durch Körperbeschwerden „larvierten“ oder „maskierten“ Angst oder Depression zu sprechen. Dasselbe gilt beispielsweise für einen quälender Tinnitus, der, abgesehen von einer Reihe somatisch klar definierter Ursachen, auch Ausdruck einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), einer depressiven oder Angststörung sein kann.

Bevor eine solche untergeordnete Rolle der Somatisierungstendenzen klar ist, sollte jedoch immer eine parallele Verschlüsselung aller möglicher (Verdachts-) Diagnosen erfolgen. Beachtung verdient aber auch der relative häufige Fall, dass „somatisch präsentierte“ psychische Erkrankungen als „somatisch“ fehldiagnostiziert werden. Gerade bei älteren Patienten ist aufgrund der mit dem Alter ansteigenden Multimorbidität und Multimedikation und der damit ansteigenden diagnostischen Komplexität die Gefahr gegeben, nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden entweder als „altersphysiologisch“ oder „somatisch“ zuzuordnen und somatoforme bzw. (andere) psychische Störungen zu übersehen (Schneider et al. 1997 und 2003). Am häufigsten werden Depressionen und Angsterkrankungen, aber eben auch somatoforme Störungen übersehen; die Raten an Fehldiagnosen liegen hier zwischen 10 und 50% (Salmon et al. 2004; Epstein et al. 2006; Fink et al. 1999; Nimnuan et al. 2000; Kruse et al. 2004). Besonders problematisch sind Fehldiagnosen, wenn falsche oder sogar schädliche Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt oder richtige Untersuchungen und Behandlungen unterlassen werden, etwa im Falle von Suizidalität.

Die Zuverlässigkeit der von den Patienten selbst angegebenen Diagnosen hinsichtlich aktueller Beschwerden wie auch von Erkrankungen in der Vorgeschichte ist kaum untersucht: Einer ersten kleinen Studie an neurologischen Patienten zufolge konnten nur 22% der angegebenen früheren Vorerkrankungen bestätigt werden, wenn die Patienten an „unerklärten Beschwerden“ litten, aber 80%, wenn die Beschwerden erklärt werden konnten (Schrag et al. 2004). Möglicherweise sind also anamnestische Angaben von Patienten mit „medically unexplained symptoms“, besonders wenig präzise.

Empfehlung 65: Auf **beiläufige Hinweise** des Patienten bezüglich möglicher Einschränkungen der Teilhabe am Alltag bzw. Funktionsfähigkeit und psychosoziale Belastungen sollte aufmerksam geachtet und entsprechend nachgefragt werden. Das „Überhören“ solcher Hinweise kann zum **Übersehen behandlungsbedürftiger psychosozialer Aspekte** bzw. **psychischer Störungen** und zur weiteren **iatrogenen Somatisierung** führen (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 65:

Es empfiehlt sich, aufmerksam gegenüber (versteckten) Hinweisen auf körperlich oder mental wirkende Belastungen zu bleiben (Müller et al. 2000; Salmon et al. 2004; Epstein et al. 2006). Die (sehr häufigen) direkten oder auch „versteckten“ Hinweise sollten nicht überhört werden; hier sollte ein Nachfragen erfolgen (Salmon et al. 2004, 2007 und 2009). Nicht zuletzt hilft dies, zu vermeiden, dass komorbide psychische Erkrankungen übersehen werden und Fehldiagnosen gestellt werden, die zu weiteren Belastungen des Patienten bis hin zu gefährlichen Verläufen führen können (Kouyanou et al. 1997; Page & Wessely 2003). Hausärzte greifen Hinweise ihrer Patienten auf emotionale und psychosoziale Belastungen, die diese – anders als bislang angenommen – regelmäßig geben, häufig nicht auf (Dowrick et al. 2004; Salmon et al. 2004; Salmon et al. 2005).

Empfehlung 66: Beim Vorliegen von **ersten Hinweisen auf unmittelbare psychosoziale Belastungen oder funktionelle Beeinträchtigungen** sollten diese **frühzeitig, in jedem Fall aber vor Abschluss der somatischen Differenzialdiagnostik, genauer erfragt** werden, z.B. mithilfe von Screeningfragen (⇒ [Praxistipp 15](#)).

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 66:

Beim Vorliegen erster Hinweise auf psychosoziale und funktionelle Belastungsfaktoren sollen diese frühzeitig und aktiv erfragt werden, denn erst nach einer Beurteilung der psychosozialen Beschwerdedimension können die klinische Relevanz der Beschwerden und ihre korrekte Klassifizierung beurteilt werden. Außerdem stellen Angsterkrankungen und Depressionen die wichtigsten Differentialdiagnosen und Suizidalität die schwerste Komplikation dar. Für die (Früh-) Erkennung relevanter psychosozialer Belastungen existieren validierte und kurze Screeningfragen (Löwe et al. 2005; Löwe et al. 2010; Aroll et al. 2005; ⇒ DEGAM-Leitlinie „Müdigkeit“; Arbeitshilfen des Kompetenznetzes Depression; ⇒ NVL-LL „unipolare Depression“; LL „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“, „Posttraumatische Belastungsstörung, „Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch“, „Medikamentenabhängigkeit“, „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“). Die genauen diagnostischen Kriterien relevanter Differenzialdiagnosen und Begleiterkrankungen listen die entsprechenden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV auf). Leider zeigte sich, dass psychosoziale Andeutungen und Hinweise der Patienten bislang häufig nicht adäquat aufgegriffen und die psychosoziale Beschwerdedimension nicht ausreichend diagnostiziert

werden (Salmon et al. 2004; Schäfert et al. 2010). Psychosoziale Kontextfaktoren können (ebenso wie das Funktionsniveau) mit der multiaxialen ICD-10 (Achse III: Besondere psychosoziale Situation (Kontextfaktoren)) und DSM-IV (Achse IV: psycho-soziale und umweltbedingte Probleme) diagnostiziert werden.

Empfehlung 67: Folgende **differenzialdiagnostisch relevante**, aber auch häufig **komorbide** psychische Störungsbilder sollten auch in der *Basisdiagnostik der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin* von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden abgegrenzt werden (⇒ [Praxistipp 15](#); eine ausführlichere Übersicht zeigt ⇒ Tabelle 7.1 Langfassung):

- **Depression**, z.B. bei Erschöpfung, Schmerzen, Schlafstörungen. CAVE: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden sind NICHT automatisch gleichzusetzen mit larvierten bzw. somatisierten Depressionen!
- **Angst**, z.B. bei attackenartigem Schwindel, Palpitationen, ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.
- **Sucht**, z.B. bei wiederholter, steigender Einnahme von Medikamenten zur Schmerzlinderung.
- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)**, z.B. bei Schreckhaftigkeit, „Flashbacks, wie im Film“, Alpträumen, Gefühl der emotionalen Stumpfheit.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 67:


Die wichtigsten psychischen Differenzialdiagnosen bzw. komorbide bestehende Erkrankungen präsentieren sich häufig ebenfalls mit körperlichen Beschwerden:

- Depressive Störungen (F3X; vor allem so genannte „larvierte“ oder „somatisierte“ Depressionen bzw. depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11, F33.11); hier dominieren Niedergeschlagenheit und Interesseverlust), z.B. bei Erschöpfung, Schmerzen, Schlafstörungen. CAVE: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind NICHT automatisch gleichzusetzen mit larvierten bzw. somatisierten Depressionen!
- Angststörungen (F40 oder F41; z.B. Panikattacken, phobische Störungen oder generalisierte Angst), z.B. bei attackenartigem Schwindel, Palpitationen, ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.
- Suchterkrankungen (F10-19), v.a. Medikamenten-, Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, evtl. auch sekundär, z.B. bei wiederholter, steigender Einnahme zur Schmerzlinderung
- Reaktionen auf schwere Belastungen (v.a. Anpassungsstörungen F43.0 oder posttraumatische Belastungsstörungen F43.1), z.B. bei Schreckhaftigkeit, „Flashbacks, wie im Film“, Alpträume, Gefühl der emotionalen Stumpfheit.

Weitere Differenzialdiagnosen bzw. komorbide Erkrankungen, die besonders im Bereich der psychosozialen Medizin relevant sind, sind (⇒Tabelle 7.1.):

- Hypochondrische Störung (bisher F45.2; in DSM-V wahrscheinlich subsummiert unter „complex somatic symptom disorder“ bzw. „illness anxiety disorder“) bei Dominanz gesundheitsbezogener Ängste.
- Persönlichkeitsstörungen (F60-69); z.B. bei auffälligen Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen auch außerhalb des Gesundheitswesens
- Sexuelle Funktionsstörungen (F 52), z.B. bei Libidoverlust, Erektionsstörungen.
- Nichtorganische Schlafstörungen (F 51), z.B. bei Einschlafproblemen.
- Essstörungen (F50), z.B. bei gastrointestinalen Beschwerden.
- Körperdysmorphie Störung (bisher unter F45.2 subsummiert; in DSM-V wahrscheinlich bei Angst- und Zwangsstörungen) bei Dominanz von Ängsten/ Stigmatisierungserleben, missgestaltet zu sein, Scham und Ekel vor einzelnen Körpersymptomen.
- psychotische Erkrankungen (F20-29; Symptome oder Ursachenvorstellungen sind bizarr; evtl. sind Ichstörungen oder eine Negativsymptomatik vorhanden), z.B. bei abnormen, oft bizarren Körper-bezogenen Wahrnehmungen („Coenästhesien“), Vergiftungsideen.
- artifizielle Störungen (F68.1), z.B. bei vom Patienten mit verursachten schlecht heilenden Wunden.
- Aggravation, seltener Simulation. Sie werden überwiegend in bestimmten Kontexten (Gutachten) beobachtet, sind in der eigentlichen Patientenversorgung aber im Gegensatz zu einer Verdeutlichungstendenz entgegen weit verbreiteter Annahmen eher selten.

Vor allem bei schweren Verlaufsformen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bestehen *sehr oft* komorbide Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen (v.a. Alkohol- und Medikamentenabusus).

 **Empfehlung 68:** Bei Patienten mit schwereren nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte ein **erhöhtes Suizidrisiko** beachtet werden (⇒ [Praxistipp 15](#)) (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 68:

Suizidalität stellt ein Spektrum von passiven Todeswünschen, über aktive Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidvorbereitungen und Suizidversuche bis hin zum tödlichen Suizid dar. Am besten untersucht ist der Zusammenhang zwischen Suizidalität und chronischen Schmerzen. Diese stellen für sich genommen einen Risikofaktor für Suizidalität dar (Fishbain 1999; Ilgen et al. 2008).

Eine amerikanische Querschnittsanalyse verglich die Referenzraten suizidaler Phänomene in der gesunden Allgemeinbevölkerung (n=1329) mit einer anfallenden Stichprobe von 341 Rehabilitationspatienten mit chronischen Schmerzen (Fishbain et al. 2009a): Passive Suizidgedanken fanden sich lebenszeitbezogen in der gesunden Allgemeinbevölkerung bei 18%, bei Patienten mit chronischen Schmerzen bei 35%, aktuell bei 3% der Allgemeinbevölkerung und 14% der Schmerzpatienten. Aktive Suizidgedanken fanden sich aktuell bei 3% der Allgemeinbevölkerung und

9% der Schmerzpatienten. Aktuelle Suizidpläne hatten 2% der Allgemeinbevölkerung und 8% der Schmerzpatienten. Suizidversuche gaben bezogen auf die Lebenszeit 6% der Allgemeinbevölkerung und 21% der Schmerzpatienten an.

In einer weiteren amerikanischen Querschnittsanalyse einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung (n=5692) korrelierten Kopfschmerzen mit Suizidgedanken (OR 1.9, 95% CI 1.2-3.0) und Suizidversuchen (OR 2.3, 95% CI 1.2-4.4), multilokuläre Schmerzen korrelierten mit Suizidgedanken (OR 1.2, 95% CI 1.0-1.4) und Suizidversuchen (OR 1.7, 95% CI 1.1-2.6) und nicht-arthritische Schmerzen mit Suizidversuchen (OR 4.0, 95% CI 1.8-9.1) (Ilgen et al. 2008).

In der Tertiärversorgung fand eine Querschnittsanalyse einer Zufallsstichprobe von 153 Patienten mit chronischen nicht-malignen Schmerzen eines amerikanischen universitären Schmerzzentrums aktuell passive Suizidgedanken bei 19%, aktive Suizidgedanken bei 13% und Suizidpläne bei 5%. Bezogen auf die Lebenszeit gaben 5% der untersuchten Patienten Suizidversuche an, bei 13% bestand die Familienanamnese eines Suizidversuchs oder Suizids (Smith et al. 2004a).


Für das Fibromyalgiesyndrom fanden zwei prospektive Kohortenstudien, dass die somatische Mortalität nicht erhöht ist, jedoch die Suizidrate: Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung war bei Fibromyalgie-Patienten die OR für das standardisierte Mortalitätsrisiko für Suizid erhöht: In einer dänischen Kohorte von 1361 Fibromyalgiepatient auf OR 10.5 (95% CI 4.5-20.7) (Dreyer et al. 2010), in einer US-amerikanischen Kohorte von 8186 Fibromyalgiepatienten auf OR 3.31 (95% CI 2.15-5.11) (Wolfe et al. 2011).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen zwei Studien bei Patienten mit **Chronischem Müdigkeitssyndrom (CFS)**: In einer retrospektiven amerikanischen Kohortenstudie von 166 Verstorbenen, die an einem chronischen Müdigkeitssyndrom (CFS) gelitten hatten an Hand der Gedenkliste der National Chronic Fatigue Immune Dysfunction (CFIDS) Foundation fanden sich als die drei häufigsten Todesursachen Suizid mit 20%, Herzversagen mit 20% und Krebs mit 19% (Jason et al. 2006). In einer amerikanischen Untersuchung an 1201 Patienten mit chronischer Müdigkeit und chronischem Müdigkeitssyndrom (CFS) in der Tertiärversorgung mit einem Follow-up bis zu 14 Jahren erhöhte ein CFS nicht das Risiko für Gesamtmortalität oder Suizidrate; dagegen war Müdigkeit im Rahmen einer Major Depression mit erhöhten Suizidraten assoziiert (Smith et al. 2006).

Eine retrospektive Kohortenstudie aus Großbritannien verglich die Häufigkeit von aktiven Suizidgedanken sowie Suizidversuchen bei 300 Patienten mit **Reizdarmsyndrom (IBS)**, je 100 aus Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung, mit den Raten bei 100 Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Inflammatory bowel disease, IBD) (Miller et al. 2004). Aktive Suizidgedanken fanden sich bezogen auf die Lebenszeit bei IBS-Patienten in der Primärversorgung zu 4%, in der Sekundärversorgung zu 16% und in der Tertiärversorgung zu 38%, insgesamt bei 19%, im Vergleich zu 15% bei IBD-Patienten. Suizidversuche berichteten ausschließlich 5% der IBS-Patienten in der Tertiärversorgung, entsprechend 2% aller IBS-Patienten im Vergleich zu 1% der IBD-Patienten.

Bei den somatoformen Störungen im Allgemeinen gibt es nur zur schwersten Form, der Somatisierungsstörung, Daten aus zwei retrospektiven Kohortenstudien: Unter 29 Patientinnen mit Somatisierungsstörung (SCID-I-Interview) in einer psychiatrischen Allgemeinambulanz einer norwegischen Universitätsklinik gab es mit 28% eine signifikant höhere Rate an anamnestischen Suizidversuchen als unter 91 Patienten mit nicht-somatoformen Diagnosen mit einer Rate von 11% – auch nach Kontrolle für Depression und Persönlichkeitsstörung (Chioqueta & Stiles 2004). Noch

häufiger fanden sich suizidale Phänomene unter 54 Patientinnen einer großen amerikanischen Gruppenpraxis für Psychiatrie mit Somatisierungsstörung (DSM-III-Kriterien) und sekundärer majorer affektiver Störung (SAD), die mit 29 Patientinnen mit primärer affektiver Störung (PAD) verglichen wurden: Bezogen auf die Lebenszeit fanden sich passive Suizidgedanken bei 45 (83%) SAD- und 17 (59%) PAD-Patientinnen, aktive Suizidgedanken bei 43 (80%) SAD- und 16 (55%) PAD-Patientinnen, Suizidversuche bei 35 (65%) SAD- und 9 (31%) PAD-Patientinnen, multiple Suizidversuche bei 22 (41%) SAD- und 1 (3%) PAD-Patientinnen (Morrison & Herbststein 1988).

 **Statement 69:** Viele Patienten nehmen innerhalb des letzten Jahres vor ihrem Suizid Kontakt zum Gesundheitssystem auf, überwiegend zum Hausarzt. **Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden** stellen häufig eine **Präsentiersymptomatik** suizidaler Patienten bei Kontakten außerhalb der psychosozialen Fächer dar. Oft besteht im Hintergrund eine depressive Entwicklung (Evidenzgrad: 2a).


Starker Konsens

Kommentar zu Statement 69:

Generell sucht die Mehrzahl der Patienten vor einem Suizid Kontakt zum Gesundheitssystem, wie eine Übersichtsarbeit von 40 Studien zu dieser Frage impliziert (Luoma et al. 2002):

- Im Jahr vor dem Suizid hatten drei von vier Suizidopfern Kontakt mit ihrem Hausarzt, ca. 1/3 hatte Kontakt zur psychosozialen Medizin.
- Innerhalb des letzten Lebensmonats hatten ca. 45% der Suizidopfer Kontakt zu ihrem Hausarzt, etwa einer von fünf Kontakt zur psychosozialen Medizin.

Eine Untersuchung aus Taiwan an 3468 Suizidfällen fand Kontakte zum Gesundheitssystem innerhalb eines Jahres vor dem Suizid sogar in 89%, im letzten Lebensmonat war dies in 73% der Fälle zu verzeichnen (Pan et al. 2009). Die Präsentiersymptomatik bei Kontakten mit nicht-psychiatrischen Ärzten waren häufig körperliche Symptome, z.B. gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerz/Schwindel und Rückenprobleme.

 **Empfehlung 70:** Auf **folgende Risikofaktoren** für **Suizidalität** sollte geachtet werden (☞ „Krisenintervention und Suizidprävention“) (Evidenzgrad: 2b):

- **Spezifische Risikofaktoren:** hohe Schmerz-Intensität, lange Schmerz-Dauer, Art der Schmerzen (Bauchschmerzen, multilokuläre Schmerzen/ Ganzkörperschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen), komorbide Einschlafstörung, Katastrophisieren der Schmerzen.
- **Allgemeine Risikofaktoren:** Depressivität, Hoffnungslosigkeit; Konkretheit der Vorstellungen, Vorbereitungen zur Suizidhandlung, vorangehender Suizidversuch, Suchtverhalten, Familienanamnese für Suizid.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 70:

An ein erhöhtes Suizidrisiko muss bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vor allem bei schwereren Verläufen gedacht werden, wie sie mit zunehmender Häufigkeit in der Sekundär- und mehr noch in der Tertiärversorgung anzutreffen sind (Miller et al. 2004). Bei chronischen Schmerzen stellten sich eine hohe Schmerz-Intensität (Smith et al. 2004b; Tang & Crane 2006) und eine lange Schmerz-Dauer (Tang & Crane 2006) als spezifische Risikofaktoren heraus. Daneben spielt auch die Art der Schmerzen eine Rolle (Tang & Crane 2006): Insbesondere chronische Bauchschmerzen erwiesen sich nach Adjustierung für komorbide psychiatrische Störungen als unabhängiger Prädiktor für suizidales Verhalten (Smith et al. 2004a; Tang & Crane 2006; Spiegel et al. 2007). Daneben fand sich ein erhöhtes Risiko für Suizidalität vor allem bei multilokulären Schmerzen/ Ganzkörperschmerzen (Tang & Crane 2006; Ilgen et al. 2008), Rückenschmerzen (Tang & Crane 2006) und Kopfschmerzen (Ilgen et al. 2008). Als weitere spezifische Risikofaktoren wurden eine komorbide Einschlafstörung (Smith et al. 2004b; Tang & Crane 2006) und ein katastrophisierender Umgang mit den Schmerzen (Tang & Crane 2006; Edwards et al. 2006) herausgearbeitet.

Neben diesen spezifischen Risikofaktoren gelten selbstverständlich auch bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden die allgemeinen Risikofaktoren für Suizidalität. Für chronische Schmerzen im Einzelnen gezeigt sind eine Familienanamnese für Suizid (Smith et al. 2004a; Tang & Crane 2006), ein vorangehender Suizidversuch (Tang & Crane 2006), weibliches Geschlecht (Tang & Crane 2006), die Schwere einer komorbiden Depression (Tang & Crane 2006; Edwards et al. 2006) und Suchtverhalten (Fishbain et al. 2009b). Eine Querschnittsanalyse an einer anfallenden Stichprobe von 81 Rauchern und 140 Nicht-Rauchern mit chronischen Rückenschmerzen in einem amerikanischen universitären Schmerzzentrum fand, dass Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die rauchten, signifikant häufiger passive und aktive Suizidgedanken hatten. Der Zusammenhang korrelierte mit der Zahl der Zigaretten pro Tag. Das relative Risiko passiver und aktiver Suizidgedanken stieg nochmals signifikant durch die Kombination von starkem Rauchen (≥ 1 Schachtel/Tag) mit schwerem Alkoholkonsum (Fishbain et al. 2009b). Möglicherweise spielt hier die selbstzerstörerische Komponente des Suchtverhaltens eine Rolle.

Als Erklärung der Suizidalität sind sowohl beim Reizdarmsyndrom (Miller et al. 2004), als auch bei Patienten mit chronischen Schmerzen (Tang & Crane 2006) die Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit bezüglich der Symptomatik herausgearbeitet worden, daneben bei chronischen Schmerzen (Tang &


Crane 2006) der Wunsch, dem Schmerz zu entkommen, verstärktes Vermeidungsverhalten und defizitäres Problemlöseverhalten.


Praxistipp 15: Anamnese der Teilhabe am Alltag, der Funktionsfähigkeit, psychosozialer Belastungen sowie Screening nach Depressivität, Angst, Sucht, Traumafolgen und Suizidalität (Formulierungsbeispiele):


Wie geht es Ihnen mit Ihren Beschwerden?


Wie reagieren Ihre Angehörigen, Freunde, Kollegen darauf?


 **Wie wirken sich die Beschwerden auf Ihr Leben, ihren Alltag aus? Gibt es Dinge, die Sie früher tun konnten, aber jetzt nicht mehr?**

 **Wie stark beeinträchtigen die Beschwerden Ihre Funktionsfähigkeit? Wie würden Sie Ihre aktuelle Funktionsfähigkeit einschätzen im Vergleich zu der Zeit, als Sie sich noch gesund fühlten? (ggf. als Prozentwert erfragen)**

 **Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? (Depression)**

 **Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig durch Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis beeinträchtigt? Leiden Sie manchmal unter plötzlichen und unerwarteten Angstanfällen, ohne dass eine tatsächliche Bedrohung vorliegt? Befürchten Sie das neuerliche Auftreten solcher Angstanfälle oder haben diese ihr Leben schon nachhaltig beeinträchtigt? (Angst, Panik)**

 **Litten Sie im letzten Monat unter sich aufdrängenden Erinnerungen an belastende Ereignisse (z.B. Unfall, Überfall etc.) oder an Angstzuständen im Zusammenhang damit? (Trauma) Traten körperliche Stresssymptome (Schwitzen, Unruhe, Herzklopfen) auf, wenn Sie sich an das belastende Ereignis erinnerten oder davon erzählten? (Hyperarousal)**

 **Wie viel trinken Sie (nehmen Sie von diesen Tabletten etc.) ein? Haben Sie schon einmal (erfolglos) versucht, Ihren Alkohol(/ Tabletten- etc.)-Konsum einzuschränken? Haben andere Personen Ihr Trinkverhalten (Ihre Medikamenteneinnahme etc.) kritisiert und Sie damit verärgert? Hatten Sie schon Schuldgefühle wegen Ihres Alkohol(Tabletten- etc.)- Konsums?, Haben Sie am Morgen nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden? (Sucht)**



 **Hatten Sie im letzten Monat Gedanken daran, dass Sie lieber tot wären oder aus dem Leben gehen wollen? Sind lebensmüde Gedanken bei Ihnen aufgetreten? (Suizidalität)**

Tabelle 7.1.: Differenzialdiagnostisch besonders relevante, aber auch häufig komorbid auftretende Krankheitsbilder aus der psychosozialen Medizin

Differenzialdiagnosen	Relevante Beschwerden (Beispiele)
Hypochondrische Störung (bisher F45.2; wird in DSM-V wahrscheinlich subsummiert unter „complex somatic symptom disorder“ bzw. „illness anxiety disorder“)	Dominanz gesundheitsbezogener Ängste
Depressive Störungen (F3X); vor allem sog. „larvierte“ oder „somatisierte“ Depressionen bzw. depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11, F33.11)	Dominanz von Niedergeschlagenheit und Interessenverlust; somatisches Syndrom: Erschöpfung, Schmerzen, Schlafstörungen, Appetitstörung
Angststörungen (F40 oder F41; z.B. Panikattacken, phobische Störungen oder generalisierte Angst)	attackenartiger Schwindel, Palpitationen, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten
Suchterkrankungen (F10-19)	Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit, evtl. auch sekundär, z.B. bei wiederholter, steigender Einnahme zur Symptomlinderung
Anpassungsstörungen (F43.0)	klarer Bezug zu einer entscheidenden Lebensveränderung, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat
posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	Schreckhaftigkeit, „Flashbacks, wie im Film“, Alpträume, Gefühl der emotionalen Stumpfheit
Nichtorganische Schlafstörungen (F 51)	Ein- und Durchschlafprobleme
Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)	Libido-/ Appetenz-Störungen, Erregungs- oder Orgasmus-Störungen, Orgasmus-Störungen, Schmerzen bei sexueller Aktivität
Essstörungen (F50)	Gewichtsproblem, Körperschemastörung, gegensteuernde Maßnahmen (Erbrechen, Sport, Medikamentenmissbrauch), gastrointestinale Beschwerden
Körperdysmorphie Störung (bisher unter F45.2 subsummiert; in DSM-V wahrscheinlich bei Angst- und Zwangsstörungen)	Dominanz von Ängsten/ Stigmatisierungserleben, missgestaltet zu sein; Scham und Ekel vor einzelnen Körpersymptomen.
psychotische Erkrankungen (F20-29)	Symptome oder Ursachenvorstellungen sind bizarr; evtl. sind Ichstörungen oder eine Negativsymptomatik vorhanden, z.B. bei abnormen, oft bizarren Körper-bezogenen Wahrnehmungen („Coenästhesien“); formale oder inhaltliche Denkstörungen (z.B. Vergiftungsideen)
artifizielle Störungen (F68.1)	schlecht heilende Wunden, unklares Fieber
Persönlichkeitsstörungen (F60-69)	Unausgeglichenheit, auffällige Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen
Aggravation bzw. Simulation (überwiegend im gutachterlichen Kontext); abzugrenzen von einer bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen häufigen „Verdeutlichungstendenz“	überwiegend bewusst vorgetäuschte Beschwerden

7.4. **Basis-Anamnese von Annahmen und Verhaltensweisen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit**

 **Empfehlung 71:** Dysfunktionale Krankheits- und Gesundheits-bezogene Annahmen und Verhaltensweisen sollten frühzeitig und aktiv erfragt werden (⇒ [Praxistipp 16](#)). Charakteristika schwererer Verläufe können z.B. sein:

- starke Krankheitsängste (Evidenzgrad: 2b) oder Katastrophisieren (Evidenzgrad: 3a);
- häufige Arztbesuche und Arztwechsel (dysfunktionale Inanspruchnahme) sowie schwierige Behandler-Patient-Beziehungen (Evidenzgrad: 2b);
- Medikamenteneinnahme und Einnahme von Suchtmitteln (Evidenzgrad: 3a);
- Schon- und Vermeidungsverhalten bis hin zur körperlichen Dekonditionierung bzw. Kinesiophobie (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 71:

Es gibt mehrere psychobehaviorale Merkmale, die sowohl meist mit einem erhöhten Leidensdruck als auch mit einem erhöhten Beratungs- und Therapiebedarf assoziiert sind: Patienten mit somatoformen Störungen neigen dazu, ihre Beschwerden zu katastrophisieren. Sie sind davon überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben, haben starke Krankheitsängste und sind oft kaum durch unauffällige Befunde beruhigbar. Sie gehen besonders oft zum Arzt, wechseln aber auch oft den Behandler (s.a.⇒ Statement 18); sie neigen zu Vermeidungsverhalten bis hin zu sozialem Rückzug und körperlicher Dekonditionierung (Übersichten bei Linton 2000; Duddu et al. 2006; Mallen et al. 2007; Rief & Broadbent 2006; oder Voigt et al. 2010). Einige Untersuchungen zu den Auswirkungen des Krankheitsverhaltens auf den Beschwerdeverlauf belegen, dass z.B. eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder somatosensorische Amplifikation mit einer ungünstigen Prognose assoziiert sind (Rief & Broadbent 2006; Petrie & Weinman 2006; olde Hartman et al. 2009; ➔ DEGAM Leitlinie „Kreuzschmerzen“). Es ist allerdings noch etwas umstritten, ob Sensitivität und Spezifität solcher Charakteristika ausreicht, um sie als diagnostische Kriterien in die neuen Klassifikationssysteme aufzunehmen (Voigt et al. 2010; Henningsen et al. 2011). Bei Patienten, bei denen Ängste und katastrophisierende Gedanken (und nicht mehr die Beschwerden selbst) das klinische Bild nicht nur begleiten, sondern dominieren, sollte differentialdiagnostisch an eine Hypochondrie gedacht werden.

Patienten sollten also schon frühzeitig zumindest orientierend nach ihren gesundheits- und krankheitsbezogenen Einstellungen (wie die subjektive Kontrollierbarkeit der Beschwerden oder konkrete Krankheitsbefürchtungen), Verhaltensweisen (Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitswesen, Therapieabbrüche, Medikamenteneinnahme, Schon- und Vermeidungsverhalten etc.) und Bewältigungsstrategien gefragt werden. Da eine aus Patientensicht schwierige Behandler-Patient-Beziehung bzw. Unzufriedenheit mit der bisherigen Versorgung möglicherweise auf nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden hinweisen können (s.a.⇒ Statement 27), sollte auch explizit nach den Erfahrungen und der Zufriedenheit mit der bisherigen medizinischen

Versorgung gefragt werden. Dabei können verschiedene Beziehungs- bzw. Zufriedenheitsdimensionen thematisiert werden (Zufriedenheit mit Information, mit dem Interaktionsstil von Ärzten, mit Ausstattungs- oder Ambiente-Faktoren oder mit der eigenen Gesundheit) (Jackson et al. 2004).


Statement 72: Der Einfluss von **Ursachenannahmen** auf den **Schweregrad** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ist nicht abschließend geklärt. Viele Patienten, auch solche mit später schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, haben, zumindest zu Beginn des Krankheitsverlaufs, NICHT unbedingt ausschließlich somatische Ursachenannahmen bzw. Erklärungsmodelle, sondern gehen selbst von der Möglichkeit eines Zusammenhangs mit psychosozialen Faktoren aus bzw. führen normalisierende Erklärungen an (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 72:

Entgegen früherer Annahmen (und auch eines Kriteriums für somatoforme Störungen in DSM-IV) scheint es nicht so zu sein, dass Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden grundsätzlich ein primäres somatisches Erklärungsmodell für Ihre Beschwerden aufweisen (Rief & Broadbent 2007; Ring et al. 2004; Hiller et al. 2010; Groben & Hausteiner 2011). Es wurde vorgeschlagen Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden hinsichtlich ihres Kausalattributionsstils in drei Typen zu klassifizieren (Henningens et al. 2005; Duddu et al. 2006: „pure somatizers“, „psychologizer“, „facultative somatizers“). Dabei belegen einerseits mehrere Studien dass die schwersten, chronischen Fälle sich durch besonders viele zusätzliche *psychologische* Kausalattributionen auszeichnen, am ehesten wegen der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (Taylor et al. 2000; Nimnuan et al. 2001; Rief et al. 2004; Henningens et al. 2005; Martin et al. 2007; Hiller et al. 2010). Ein unkomplizierter Beschwerdeverlauf kann u.a. durch „normalisierende“ Ursachenzuschreibungen gekennzeichnet sein, bzw. wenn anfänglich die Beschwerden zwar "somatisch" attribuiert werden, jedoch über Rückmeldung der Befunde Einstellung veränderbar ist (Sensky et al. 1996). Andererseits gibt es Studien, die *somatische* Ursachenattributionen mit einer ungünstigeren Prognose assoziiert sehen (Cathebras et al. 1995; Sharpe et al. 1992; Wilson et al. 1994; Chalder et al. 1996; Butler et al. 2001; Tailefer et al. 2002; Henningens et al. 2005; Rief und Broadbent 2007; Schmaling et al. 2003; Kolk et al. 2004; Duddu et al. 2006; Bailer et al. 2007).

Empfehlung 73: Subjektive **Ursachenüberzeugungen** des Patienten („Laienätiologie“, z.B. umstrittene toxikologische Annahmen bei umweltbezogenen Beschwerden) sollten **frühzeitig erfragt** werden, auch um später bei der Erweiterung in Richtung auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell daran anknüpfen zu können (⇒ [Praxistipp 16](#)). Dabei sollte dem Patienten ausdrücklich mitgeteilt werden, dass **seine eigenen Annahmen** für die Einschätzung der Beschwerden **wichtig** sind (Evidenzgrad: 3b).

 **CAVE: Somatische Erklärungsmodelle** werden oft, gerade zu Beginn des Krankheitsverlaufs, **durch inadäquates ärztliches Verhalten gefördert!**

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 73:

Behandler und Patienten haben oft unterschiedliche Auffassungen über die Ursachen von Körperbeschwerden (Schuhmacher et al., 2011). Dabei haben viele Patienten durchaus komplexe Vorstellungen über die Ursachen ihrer Beschwerden und können den gleichzeitigen Einfluss verschiedener Faktoren anerkennen, häufig auch einschließlich psychosozialer Bedingungen (Schroeter et al. 2004; Henningsen et al. 2005; Hiller et al. 2010). Häufig teilen die Patienten psychische und soziale Faktoren ihrem Arzt allerdings nicht spontan mit, wofür es verschiedene Erklärungen gibt: Die Patienten mögen eine negative Einstellung zu psychologischer Krankheit und Behandlung haben (Fritzsche et al. 2000); sie können befürchten, dass ihr Arzt nicht mehr adäquat nach einer körperlichen Krankheit sucht, wenn sie seine Aufmerksamkeit auf psychologische Faktoren lenken (Peters et al. 2009); oder es mangelt an Vertrauen zu ihrem Arzt, um emotionale Aspekte ihrer Probleme mit ihm zu besprechen (Peters et al. 2009). Auf der anderen Seite suchen Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden mehr emotionale Unterstützung durch ihre Ärzte als Patienten mit somatisch erklärten Symptomen (Dowrick et al. 2004; Salmon et al. 2004; Salmon et al. 2005). Sie geben wiederholt Hinweise auf ihren Wunsch nach emotionaler Unterstützung (Salmon et al. 2009). Solche Hinweise werden aber von den Ärzten häufig nicht aufgegriffen und das Gespräch bleibt im somatischen Idiom stecken.

Der Untersucher sollte sich also frühzeitig und aktiv einen Eindruck von der subjektiven Erklärungstheorie des Patienten und ihrer Entstehung (z.B. Einfluss von Arbeitskollegen, Medien, etc.; Prägung und Fixierung der Ursachenüberzeugung durch Vorbehandler, Selbsthilfegruppen, Sekten etc.) verschaffen, zunächst am besten in offenen Fragen. Anschließend kann mit geschlossenen Fragen weiter exploriert werden (etwa: „Könnten Sie sich auch vorstellen, dass XY zu ihren Beschwerden beigetragen hat?“). Keinesfalls sollten Arzt und Patient in einen Disput über die „echten“ Ursachen geraten, zumal zum heutigen Zeitpunkt keine eindeutigen Aussagen über die Kausalität und Kausalitätsrichtungen von unklaren Beschwerden getroffen werden können. Von Seiten des Arztes sollte aber bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Möglichkeit eines biopsychosozialen Krankheitsmodells eingeführt werden, bei dem es komplexe Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren gibt und die „eine“ Ursache bei vielen Patienten nie gefunden werden kann (Gask et al. 2011).

Praxistipp 16: Anamnese von gesundheitsbezogenen Annahmen und Verhaltensweisen (Formulierungsbeispiele):

- *Was, denken Sie, bedeuten diese Beschwerden? Für wie gefährlich, beeinflussbar etc. halten Sie sie? (Katastrophisieren)*
- *Was machen Sie normalerweise als Reaktion auf ihre Beschwerden – was nehmen Sie ein, wie oft bleiben Sie von der Arbeit zuhause etc.? (Bewältigungsverhalten)*
- *Inanspruchnahmeverhalten:*
 - *Wie häufig gehen Sie zum Arzt bzw. zu verschiedenen Ärzten oder anderen Behandlern?*
 - *Welche Diagnostik und welche Therapien haben Sie bisher auf eigenen Wunsch durchgeführt? Wie viel Geld haben Sie selbst dafür ausgegeben?*
 - *Wie zufrieden waren Sie mit Ihren bisherigen Arzt-/ Behandler-Kontakten? Wie gut haben Sie sich bisher im Gesundheitssystem betreut und verstanden gefühlt?*
- *Unabhängig von dem, was andere, auch Ihre Ärzte, sagen: Was denken Sie selbst, was sind die Ursachen ihrer Beschwerden? Wie genau stellen Sie sich das vor? Woher haben Sie diese Informationen? (subjektive Krankheitstheorie)*

7.5. **Erweiterte psychosoziale Anamnese: Beschwerdekontext**

Empfehlung 74: Der Behandler sollte sich einen zumindest **orientierenden Überblick** über die **aktuelle Lebenssituation** des Patienten („Kontext“) verschaffen (Beziehungen, Wohnen, Arbeit (Art, Umfang, Perspektiven, Zufriedenheit, Kollegen etc.), Finanzen, Sexualität, Religiosität, Freizeit, Schlaf-, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) (⇒ [Praxistipp 17](#)) (Evidenzgrad: 4). Gerade Hausärzten ist die aktuelle Lebenssituation ihrer Patienten ohnehin oft bekannt („erlebte Anamnese“).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 74:

Nicht unbedingt beim Erstkontakt, aber frühzeitig in der Diagnostikphase, sollte sich der Behandler einen Überblick über den aktuellen Beschwerdekontext verschaffen. Gerade Hausärzten ist die erweiterte Biographie ihrer Patienten ohnehin oft bekannt („erlebte Anamnese“).

Die wichtigsten Fragen zum Beschwerdekontext (⇒ [Praxistipp 17](#)) beziehen sich auf die allgemeine Lebenssituation, auf Lebensgewohnheiten sowie auf auslösende, verbessernde oder verschlechternde Bedingungen; auch soziodemographische, sozioökonomische, religiöse und interkulturelle Aspekte sollen hier Beachtung finden (z.B. haben sich eine Reihe psychosozialer Arbeitsplatz-Faktoren als Prädiktoren für die Entwicklung von chronischem Rückenschmerz erwiesen; Hoogendoorn et al. 2000).

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) kann hier wichtige Anhaltspunkte bieten.

Empfehlung 75: Dabei sollte ein möglichst genaues Bild von den **Umständen des ersten Auftretens** der Beschwerden gewonnen werden (Auslösesituation bzw. Stressoren; kritische Lebensereignisse, die oft mit Konflikten, Kränkungserfahrungen oder Verlustereignissen verbunden sind) (⇒[Praxistipp 17](#)) (Evidenzgrad: 3b). Mit Einverständnis des Patienten können dafür u.U. auch weitere fremdanamnestic Quellen (Paargespräch, Arbeitgeber) genutzt werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 75:

Sofern der Beginn der Beschwerden nicht schon zu lange zurückliegt, sind auch die Lebenssituation zu Beginn der Beschwerden sowie eventuelle konkrete Auslösesituationen möglichst genau zu erfragen. Typische konkrete Auslösesituationen können verschiedene Erschütterungen des Gewohnten sein, häufig Versuchungs-/Verführungs- oder Versagens-/Entmächtigungs-Situationen wie Erlebnisse von Verlust oder Machtlosigkeit sowie (narzisstische) Kränkungen sein. Diese Auslöse- oder Initialereignisse können durchaus auch körperlicher Natur sein, also einer körperlichen Anfälligkeit/ Behinderung/ Erkrankung/ Läsion/ Unfall/ Verletzung/ Operation folgen, die den weiteren „verselbständigten“ Beschwerdeverlauf aber nicht mehr hinreichend erklären kann („somatisches Entgegenkommen“). Auslösesituationen können sowohl „Bagatell“-Ereignisse (die vielleicht für einen Außenstehenden nur schwer nachvollziehbar sind) oder auch Großereignisse (z.B. Erdbeben, Brände) sein, besonders häufig sind es aber „critical life events“ in der persönlichen Biographie (z.B. Verluste, Verlassenheitserlebnisse, Erkrankung/Tod eines Angehörigen, Versetzung/Kündigung, Veränderungen in der Familienkonstellation (Heirat, Scheidung, Geburt eines Kindes, Auszug der Kinder)) (⇒[Praxistipp 17](#); Al-Allaf et al. 2002; Gupta & Gupta 2004; Petersen et al. 2006; Godemann et al. 2005 und 2006; Clements 2003; Jones 2000; Yzermans et al. 2005; ➡ LL „Psychische Traumatisierung“ und „Posttraumatische Belastungsstörung“).

Leichtere, vorübergehende Formen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden treten oft, keinesfalls aber immer, nach konkreten Belastungen (Streit, Umzug, Trennung) auf und verschwinden nach Ende der Belastung wieder. Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden leiden eher auch unabhängig von äußeren Stressoren an ihren Beschwerden; äußere Anlässe wie Konflikte am Arbeitsplatz oder in Beziehungen führen dann aber oft zu einer zusätzlichen Verschlechterung.

Das Herausarbeiten möglicher Zusammenhänge zwischen Auslösesituation und Beschwerden ist eine heikle Angelegenheit, die idealerweise vom Patienten selbst unternommen und vom Untersucher nur vorsichtig unterstützt wird. Es gilt, einerseits ein möglichst objektives Verständnis der Beschwerdegeschichte zu erlangen und andererseits die subjektive Bedeutung desselben zu ermessen, um etwaige Initialereignisse weder unter- noch überzubewerten. Nicht selten gelingt es nicht oder erst im Laufe der Zeit, ein Bild von den Auslösebedingungen der Beschwerden zu gewinnen. Zum Verständnis des Beschwerdekontexts kommt es darauf an, dass der Patient assoziierte Ereignisse

genau erzählt, dass eine kausale Attribuierung jedoch nur vorsichtig und optimaler Weise dialogisch mit dem Patienten entwickelt wird.

Praxistipp 17: Erweiterte Anamnese des Beschwerdekontexts (Formulierungsbeispiele):

- **Wie geht es Ihnen zur Zeit in Ihrer Beziehung/ Familie/ Arbeit/ Wohnung? Wie kommen Sie mit Ihrem Partner/ Ihren Kollegen/ Ihren Vorgesetzten aus? Können Sie mir einen typischen Arbeitstag schildern? Haben Sie Sorgen in Ihrer Beziehung/ am Arbeitsplatz? Haben Sie finanzielle Sorgen?** (aktueller Beschwerdekontext; z.B. typische Aktivitäten, Streitthemen, Zufriedenheit am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft, Sexualität (Erleben, Verhalten, Zufriedenheit), gesicherte oder prekäre Wohnverhältnisse, „Zuhause-Fühlen“, ausgeübte berufliche Tätigkeit, Position, drohender Arbeitsplatzverlust, Stresslevel, Arbeitszufriedenheit, Mobbing-Erfahrungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten; spezielle Belastungen am Arbeitsplatz (Arbeitsklima, Arbeitsabläufe, Leistungsdruck, Arbeitsplatzergonomie, Lärm, toxische Substanzen), als auch das eventuelle Vorkommen ähnlicher Beschwerden unter den Kollegen (psychosoziale Beschwerdeausbreitung, „Massenhysterie“, gemeinsame Infektions- oder Schadstoffquellen; Einkommen, Schulden und evtl. Entschädigungsforderungen, Berentungswünsche oder laufende Renten-/ Versicherungsverfahren; kulturelle und religiöse Einstellungen und Gewohnheiten)
- **Was sind Ihre Hobbies? Treiben Sie Sport? Wie ernähren Sie sich? Wie schlafen Sie?** (Lebensgewohnheiten)
- **Erzählen Sie, wie Ihre Beschwerden angefangen haben, was das (damals) für eine Situation war. Als Ihre Beschwerden begannen, wie lief es da gerade bei Ihnen beruflich und privat? Können Sie sich an das allererste Mal erinnern, als Sie diese Beschwerden hatten?** (Auslösesituation; z.B.: Streit, Unfall, Operation)

Empfehlung 76: Im Sinne einer Fokussierung auf die Zukunft sollten auch **individuelle Ressourcen, Bewältigungsmöglichkeiten** und **verbliebene Aktivitäten** des Patienten erfragt werden (Salutogenese) (⇒Praxistipp 18) (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 77: Schon im Rahmen der Basis-Anamnese kann, sofern nicht bereits hinlänglich bekannt, orientierend nach **lebensgeschichtlichen Belastungen**, nach **positiven Ereignissen** und **Lebensleistungen** sowie nach der **beruflichen Entwicklung** gefragt werden (⇒Praxistipp 18). Eine *erweiterte* biographische Anamnese umfasst darüber hinaus z.B. Angaben zu früheren Generationen, wichtigen Beziehungen bzw. Ereignissen des Aufwachsens und möglichen Traumata (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 76 und 77:

Im Sinne einer Ressourcen- und Zukunftsorientierung ist es wichtig, individuelle Ressourcen, Bewältigungsmöglichkeiten und verbliebene Aktivitäten („Verhaltensaktiva“) , aber auch länger zurückliegende positiv prägende Erlebnisse und frühere Lebensleistungen aktiv zu erfragen und zu würdigen (⇒Praxistipp 18), um sie später therapeutisch zu nutzen (vergl. Antonovskys „Salutogenese“-Modell, Antonovsky & Franke 1997). Allerdings ist die Datenlage zu konkreten und spezifischen protektiven Faktoren (z.B. positiver Selbstwert, soziale Unterstützung, positive Bewältigungsstrategien) hinsichtlich der Verhütung bzw. Linderung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden noch sehr unzureichend; ⇒ Statement 10).

Wenn auch nicht unbedingt spezifisch, so gelten doch eine Reihe von (auch länger zurückliegenden) lebensgeschichtlichen Belastungen als Risikofaktoren für die Entwicklung von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Sie wirken wahrscheinlich sowohl als ungünstige Lernerfahrungen als auch als psychostрукturell, (stress-)physiologisch und möglicherweise auch epigenetisch prägende Ereignisse, was sich nicht zuletzt in der gehäuften Assoziation nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden mit posttraumatischen Störungen abbildet (⇒Statement 10 und 64). Solche Ereignisse scheinen vor allem Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit, die Erfahrung eigener (v.a. unspezifischer) Krankheit bzw. (v.a. unspezifischer bzw. psychischer) Krankheit in der Familie zu sein (Craig et al. 1994, 2002 und 2004; Hotopf et al. 1999, 2000 und 2002; Taylor et al. 2002; Arnow 2004; Roelofs & Spinhoven 2007; Spitzer et al. 2008; Sachs-Ericsson et al. 2009; Nelson et al. 2011), können aber auch andere belastende Situationen umfassen (⇒Praxistipp 18; ⇒ Empfehlung 75). Die Kenntnis besonders belastender Erlebnisse ausserhalb einer (gemeinsam vereinbarten!) Traumatherapie ist nicht unbedingt notwendig, kann aber im Rahmen einer vertrauensvollen Behandler-Patient-Beziehung zu einem besseren Verständnis der Beschwerden und einer individualisierten Behandlung beitragen.

Praxistipp 18: Erweiterte Anamnese des Beschwerdekontexts (Formulierungsbeispiele):

- **Wer oder was hilft Ihnen, die Beschwerden zu ertragen bzw. damit zu leben? Wie können Sie selbst dazu beitragen, dass es Ihnen besser geht? Welche Dinge führen Sie trotz Ihrer Beschwerden im Alltag/ in der Freizeit/ o.ä. fort? Wie sind Sie in früheren Situationen mit ähnlichen Beschwerden umgegangen? (Bewältigungsstrategien)**
- **Wann haben Sie sich das letzte Mal gesund gefühlt? Was tut Ihnen gut? Wo erholen Sie sich, wo schöpfen Sie Kraft und Mut? Wodurch haben Sie Unterstützung erfahren, was war hilfreich? Sind Sie gläubig? (Ressourcen; z.B. Personen oder Orte, die Zuflucht boten, Vorbilder, Reisen, Hobbies, etc.)**
- **Gab es in Ihrem Leben besonders schwere Zeiten oder Krisen? Gab Wie sind Sie damit umgegangen? (lebensgeschichtliche einschl. früherer beruflicher Belastungen, z.B. Krankheit, Unfälle, Operationen, Trennung, Verlust einer geliebten Person, Schwierigkeiten bei der Berufswahl, Ärger an früheren Arbeitsplätzen, Kündigung, besonders schwere körperliche Arbeit)**
- **Was haben Sie in Ihrem Leben schon geschafft, auf das Sie stolz sind? (Lebensleistung; z.B. das Aufziehen von Kindern, das Durchbringen der Familie in Notzeiten, das Überstehen**

von Flucht und Vertreibung, das Nutzen von Talenten bzw. Leistungen in Beruf, Freizeit oder Ehrenamt)

- **Welche Pläne haben Sie für Ihre Zukunft? Was wäre Ihr größter Wunsch? (Zukunftsorientierung)**

Empfehlung 78: Die **psychosomatisch/ psychiatrisch/ psychologisch-psychotherapeutische Anamnese** sollte zusätzlich folgende Punkte enthalten:

- Eine **ausführliche Beschwerdeanamnese** unter Beachtung von (v.a. beziehungs- bzw. lerntheoretisch relevanten) Auslösern für Beginn/Verbesserung/Verschlechterung der Beschwerden (Evidenzgrad: 4).
- Eine ausführliche, den aktuellen und biographischen Kontext einbeziehende **Anamnese zu körperbezogenen Erfahrungen und Gewohnheiten** (z.B. Vorerkrankungen in der gesamten Familie, eigene Erfahrungen mit dem Kranksein, Sexualanamnese, Schlaf-, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) (Evidenzgrad: 4).
- Das behutsame Erfragen **biographischer** und **Persönlichkeits-Faktoren** (familiärer Hintergrund einschließlich prägender [auch traumatisch erlebter] Begegnungen und Lebensereignisse, Aufwachsen und Ausbildung, Partnerschaften, Rollenvorstellungen und Annahmen, Selbsteinschätzung der Primärpersönlichkeit) (Evidenzgrad: 4).
- Das behutsame Erfragen **komplizierender psychosozialer Belastungsfaktoren** (z.B. aktuelle Ereignisse oder chronische Belastungen hinsichtlich Beziehungen, Sexualität, Arbeit, Finanzen, Rentenbegehren, Rechtsstreite etc.) (Evidenzgrad: 4).
- Die genaue **Schilderung eines typischen Tagesablaufs** zur Erfassung von Aktivität, Funktionalität und Teilhabe (Evidenzgrad: 4).
- Ggf. - aber *nur mit der Zustimmung des Patienten* - das Einholen von **Fremdeinschätzungen** z.B. durch Paargespräche (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

7.6. **Erweiterte psychosoziale Anamnese: Diagnostische Hilfsmittel**

Empfehlung 79: Fragebogendiagnostik (sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilung, auch als Schmerzskizzen oder Beschwerdetagebücher) kann ein anamnestisches **Gespräch** im klinischen Alltag **niemals ersetzen**. Sie stellt jedoch speziell in psychosozialen Fächern und bei guter Auswertungsroutine u.U. eine wichtige **zusätzliche Informationsquelle** dar, mit der Daten zeitökonomischer (im Sinne eines Screenings) oder weniger beeinflusst durch Beziehungsvariablen erhoben werden können (⇒ [Praxistipp 19 und 20](#)). Darüber hinaus können für spezielle Fragestellungen **standardisierte diagnostische Interviews** eingesetzt werden. Vor allem zur **klinischen Verlaufsbeurteilung** (Einsatz z.B. während und nach therapeutischen Interventionen) und **für Forschungszwecke** ist eine solche operationalisierte Diagnostik sinnvoll (Evidenzgrad: 2b).

CAVE: Die Abgrenzung „somatisch erklärt – nicht erklärt“ kann mit Selbstbeurteilungsfragebögen **nicht zuverlässig** gelingen!

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 79:

Hilfsmittel in Form von Fragebögen bei der Diagnose und Verlaufsbeobachtung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und ihrer Begleitphänomene sollen in erster Linie ein zeitökonomisches, qualitätssicherndes und vergleichbares Vorgehen (sowohl zu verschiedenen Zeitpunkten („Test-Retest“) als auch bei unterschiedlichen Untersuchern („Interrater-Reliabilität“)) ermöglichen. Letzteres ist vor allem im Hinblick auf eine valide, den aktuellen Klassifikationssystemen entsprechende Diagnosestellung z.B. bei unklaren Bildern im klinischen Alltag, vor allem aber im wissenschaftlichen Setting wichtig. Geeignete diagnostische Hilfsmittel ermöglichen reliable Mehrfachmessungen, da so Verlaufsbeobachtungen des Schweregrades (z.B. vor, während und nach therapeutischen Interventionen) vorgenommen werden können. Allerdings sollten entsprechende psychometrische Eigenschaften der Messinstrumente und ihre Eignung speziell für Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden auch belegt sein, was für die im Folgenden vorgestellten Instrumente (⇒ [Praxistipps 19 und 20](#)) zumindest hinreichend der Fall ist. Die Abgrenzung „somatisch erklärt – nicht erklärt“ kann (auch) mit Selbstbeurteilungsbögen **nicht zuverlässig** erfolgen. Außerdem kann gerade bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden der Einsatz standardisierter Testinstrumente auch problematisch sein, wenn er vom Behandler dazu benutzt wird, das ausführliche persönliche Gespräch zu meiden. Wenn sich solche Testinstrumente zudem rein auf die Beschwerden konzentrieren und nicht gleichzeitig deren Kontext berücksichtigen (z.B. Beschwerdetagebücher ohne Aufzeichnung der Auslösesituationen und begleitenden Gefühle), besteht schließlich auch noch die Gefahr einer weiteren somatischen Fixierung.

Fremdbeurteilungsinstrumente und (Experten-) Interviews ermöglichen im Vergleich dazu in der Regel die validere Diagnosestellung (z.B. SKID, M-CIDI, SCAN, DIPS und Mini-DIPS; ⇒ [Praxistipps 19 und 20](#); Übersichten bei Hiller und Janca, 2003 und Herzog, 2007).

Zu beachten ist, dass sich im Zuge einer Neuklassifikation auch erst die entsprechenden diagnostischen Hilfsmittel anpassen müssen. Wahrscheinlich wird sich die Neuordnung der somatoformen Störungen an den aktuellen Vorschlag zur Klassifikation des CSSD im DSM-V orientieren; er favorisiert zur Schweregraderfassung den PHQ-15 (Kroenke et al. 2002) und den Whiteley-Index (Fink et al. 1999; Hiller & Rief 2004). (Allerdings eignet sich der Begriff „Symptombelastung“ („somatic symptom severity“, „multiple physical symptoms“) dabei besser als „Somatisierung“, da die gängigen „Somatisierungs“-Messinstrumente tatsächlich in erster Linie Symptome bzw. Symptomstärken abfragen (Crombez et al. 2009).)

Neben den zentralen Dimensionen Somatisierung, Depressivität und Angst existieren weitere, überwiegend als Selbstbeurteilungsinstrumente angelegte Fragebögen für *speziellere* Aspekte wie Krankheitsannahmen (z.B. FKG oder IPQ; Rief et al. 1998; „Moss-Morris et al. 2002), Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg et al. 2000) oder Behandler-Patient-Beziehung (DDPRQ-10, HAQ; Hahn et al. 2001), Inanspruchnahmeverhalten (CSSRI) etc. sie sind in aller Regel für den breiten klinischen Gebrauch noch nicht geeignet, können aber für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt werden. Trotz der insgesamt guten Evidenzbasis zur psychometrischen Diagnostik selbst erfolgte für den Anwendungsbereich dieser Leitlinie eine Abwertung des Empfehlungsgrades aufgrund der Tatsache, dass solche Instrumente im klinischen Alltag eine eher untergeordnete Rolle spielen sollten.

Praxistipp 19: Diagnostische Hilfsmittel zur Erfassung von **Beschwerden, Beschwerdeintensität bzw. Beeinträchtigungen durch die Beschwerden** (Auswahl):

- **Körperschema** zum Einzeichnen von Schmerzlokalisationen
- **visuelle Analogskala (VAS)** zur Angabe der Beschwerdeintensität
- **Befindlichkeitstagebuch** (parallele Aufzeichnung des Auftretens von Beschwerden, aber auch von auslösenden Situationen, begleitenden Emotionen sowie Konsequenzen)
- Selbstbeurteilungsfragebögen, z.B.
- **PHQ-15** (dimensionale Punkteskala) für Somatisierung/ Symptombelastung (aus dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (Patient Health Questionnaire, PHQ)): zeiteffiziente Abfrage von 15 körperlichen Beschwerden in drei Ausprägungen, Score 0-30, wobei eine höhere Punktzahl mehr Symptombelastung signalisiert.
- **SOMS-2 bzw. SOMS-7**: Screening für somatoforme Störungen; Abfrage der ICD-10- Kriterien für somatoforme Störungen i.S.e. Diagnosescreenings, dimensionale Auswertung über die Menge der bejahten Symptome ebenfalls möglich.
- **Whiteley-Index (WI)** zur Erfassung von Hypochondrie: in mehreren Versionen (WI-14, WI-7); international weit verbreitetes Instrument zur Erfassung gesundheitsbezogener Ängste.
- **Pain Disability Index (PDI)**: Hier wird die schmerzbedingte Beeinträchtigung in 7 Lebensbereichen (z.B. familiäre und häusliche Verpflichtungen oder Selbstversorgung) auf 10-stufigen Skalen erfasst; ein Punktwert von 70 steht für die maximale Beeinträchtigung.
- Symptom-Checklisten wie der WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden, der **Brief-Symptom-Index (BSI)**, der Gießener Beschwerdebogen (**GBB-24**) oder der **SCL-90R** (Erfassung verschiedener Dimensionen psychischer Belastung, neben Somatisierung auch Depressivität, Ängstlichkeit oder Unsicherheit im Sozialkontakt); international besonders weit verbreitet.

- Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (**SF-36**): International weit verbreitetes Instrument zur Erfassung verschiedener Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in 36 Items; zwei Summenscores: körperliche und psychische Lebensqualität; insgesamt 8 Subdimensionen, z.B. körperliche Funktionsfähigkeit, soziale Funktionsfähigkeit, Vitalität, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung; auch in Kurzformen (SF-12; SF-8).
- **Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D)**: 6 Fragen zu Beweglichkeit, Selbstversorgung, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen und körperliche Beschwerden sowie Angst und Niedergeschlagenheit in drei möglichen Ausprägungen sowie zum aktuellen Gesundheitszustand auf einer Visuellen Analogskala von 0-100 (CAVE eingeschränkte Varianz bei Älteren).
- **Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)**: Abfrage von 70 Items in 10 Lebensbereichen (z.B. Arbeit und Beruf, Ehe und Partnerschaft).

Praxistipp 20: Diagnostische Hilfsmittel zur Erfassung von **psychischer (Ko-) Morbidität** (Auswahl; ➡ z.B. auch NVL-LL „unipolare Depression“)

- **Fragebogen-Diagnostik**, z.B. „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (Patient Health Questionnaire, PHQ) als Screeninginstrument für verschiedene psychische Störungen
- **Spezielle Fremdbeurteilungen-Instrumente/ Standardisierte Interviews** (z.B. zur Sicherung einer fraglichen Diagnose oder in der Forschung):
 - Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV (SKID)
 - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
 - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) der WHO
 - Composite International Diagnostic Interview (CIDI/ DIA-X bzw. M-CIDI)
 - Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS)
 - Internationale Diagnosen Checkliste (IDCL)

7.7. Somatische Diagnostik

Vorbemerkung:

Diese Leitlinie beschäftigt sich in erster Linie mit syndromübergreifenden Aspekten der verschiedenen Manifestationsformen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und weniger mit syndromspezifischen. Für solche weiterführenden, in der Regel Beschwerde- bzw. Organsystem-spezifischen Empfehlungen für die somatische Diagnostik wird auf die ➡ Leitlinien für die einzelnen Syndrome verwiesen.

Statement 80: Somatische Erkrankungen können **relevante Differenzialdiagnosen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sein. Sie treten aber auch nicht selten **komorbide zusammen** mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden auf

– dann erklären sie aber Art und Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innere Beteiligung des Patienten nicht hinreichend. Die nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerden können dann **unabhängige Begleiterscheinungen von**, aber auch **in einem kausalen Zusammenhang mit den somatischen Erkrankungen** verstanden werden (im Sinne „aufgepfropfter“ Phänomene, z.B. Reizdarm-Syndrom bei Colitis ulcerosa oder Fibromyalgie-Syndrom bei Rheumatoider Arthritis) (Evidenzgrad: 3a).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 80:

Die Beurteilung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (und vor allem die Diagnose somatoformer oder funktioneller Störungen) bei gleichzeitig bestehenden, also *komorbiden* somatisch definierten Erkrankungen ist schwierig, solange die fehlende somatische Erklärbarkeit als Hauptkriterium dient. Beispielsweise ist es fast unmöglich, einzelne Beschwerden (z.B. eine ausgeprägte Müdigkeit) bei komplexen Erkrankungen (z.B. bei Krebserkrankungen oder chronischen neurologischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose (MS) oder bei Hochaltrigen) als „erklärt“ oder „unerklärt“ einzuordnen (Bol et al. 2009; Alexander et al. 2009).

Bedenkt man, dass nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Beschwerden im Anschluss an körperliche Krankheiten oder Traumata auftreten („somatisches Entgegenkommen“; „Herzneurose“ bei Herzkranken), so wird klar, dass somatisch definierte Pathologien das Risiko, an „unklaren“ Körperbeschwerden zu leiden, keinesfalls reduzieren, sondern vielmehr erhöhen. Patienten mit einer entzündlichen Darmerkrankung haben beispielsweise ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, an einem Reizdarmsyndrom zu leiden (Riedl et al. 2009). In solchen Fällen sollten ggf. somatoforme oder funktionelle Störungen (bzw. eine Hypochondrie) *mitdiagnostiziert* werden. Andersherum scheint es aber kein erhöhtes Risiko für Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu geben, im Verlaufe an somatischen Störungen zu erkranken (⇒ Statement 86 zur Prognose).

Statement 81: Die **Abgrenzung** von differenzialdiagnostisch relevanten somatischen Erkrankungen ist bei leitliniengerechtem Vorgehen meist **gut möglich**: Nur in etwa 4% der Fälle werden bei Patienten mit zunächst unklaren Körperbeschwerden gefährliche somatische Erkrankungen übersehen bzw. als „psychisch“ oder „funktionell“ *fehleingeschätzt*. Allerdings darf gerade bei primärpersönlich (zufällig) auffälligen Patienten und bei somatischen Erkrankungen, die sich *typischerweise* mit nicht-spezifischen Beschwerden darstellen (v.a. Autoimmun- und Stoffwechselerkrankungen) die **somatische Ursachensuche keinesfalls vernachlässigt** werden (einseitige „Psychologisierung“) (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 81:

Eine ausführliche Abhandlung „organischer“ Differentialdiagnosen würde den Rahmen dieser Leitlinie sprengen; insgesamt ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung unter Hinzunahme von Positivkriterien für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden von organisch definierten Erkrankungen in aller Regel mit Hilfe einer sorgfältigen Anamnese und einer Leitlinien-basierten Diagnostik aber gut möglich (Neri et al. 2000; Khan et al. 2003). Die Wahrscheinlichkeit, eine Körperbeschwerde fälschlicherweise als „unklar“ oder „psychisch“ einzuordnen, scheint eher gering zu sein, die Zahlen aus entsprechenden Studien liegen bei maximal 4% (Khan et al. 2003; Stone et al. 2005; Stone et al. 2009).

Empfehlung 82: Eine angemessene Organdiagnostik, ggf. auch (fach-)spezifische Diagnostik, ist bei entsprechender Symptomkonstellation notwendig. Patienten sollten aber **vor unnötigen** und ggf. **schädigenden** (weil den Patienten auf somatische Ursachen fixierenden, aber auch mit anderen Risiken und Nebenwirkungen behafteten) diagnostischen Maßnahmen **geschützt** werden („Quartärprävention“) (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 83: Basale medizinisch-diagnostische Maßnahmen, vor allem **sorgfältige körperliche Untersuchungen** sollten in der hausärztlichen bzw. somatischen (und möglichst auch in der psychosomatisch-psychiatrischen) Versorgung **in regelmäßigen Abständen** wiederholt werden, besonders bei länger anhaltenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. So können Änderungen der Symptomatik (einschließlich körperlicher Folgeschäden wie Fixierung von Fehlhaltungen, Einsteifen geschoonter Gelenke, Kontrakturen; starke Gewichtsab- bzw. zunahme) erfasst, dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Ernstgenommen-Werden vermittelt und idealerweise auf aufwändige apparative Untersuchungen verzichtet werden (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 84: Darüber hinaus gehende **somatische (v.a. apparative) Untersuchungen** sollen gut **begründet**, im Voraus entkatastrophisierend **angekündigt** (unter Verweis auf die Unwahrscheinlichkeit eines pathologischen Befunds) und mit dem Patienten **besprochen** werden (Transparenz). Idealerweise soll ein **Endpunkt der somatischen Diagnostik** festgelegt und von Seiten des Arztes möglichst eingehalten werden (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 82 bis 84 (vergl. auch ⇒Empfehlung 134 und 135):

Eine angemessene Organdiagnostik, ggf. auch (fach-)spezifische Diagnostik, ist bei entsprechender Symptomkonstellation notwendig. Detaillierte Empfehlungen sind den entsprechenden ➡ syndromspezifischen Leitlinien zu entnehmen. So soll beispielsweise ein Reizdarmsyndrom angesichts

der Vielzahl somatischer Differenzialdiagnosen für die Leitsymptome Bauchschmerzen, Obstipation, Diarrhoe und Blähungen nur nach einer unauffälligen Ileokoloskopie diagnostiziert werden (⇒ S3-LL „Reizdarmsyndrom“).

Allerdings sollte sich der Behandler darüber im Klaren sein, dass der Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden auch (oder sogar vor allem) durch den Umgang mit somatischer Diagnostik beeinflusst werden kann. Deshalb sollten somatische Diagnostikschritte stets im Wissen über eine mögliche iatrogene Fixierung der Beschwerden geplant, durchgeführt und mit dem Patienten diskutiert werden. Hierbei sollte nicht auf automatisch medizinisch notwendige und sinnvolle Untersuchungen verzichtet, sondern das geeignete diagnostische Prozedere mit Zurückhaltung und Bedacht durchgeführt werden. So zeigten z.B. Petrie et al. dass die ausführliche Erklärung einer Untersuchung mit einer Erläuterung der Bedeutung wahrscheinlich unauffälliger Ergebnisse sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die Beschwerden selbst (!) nachhaltig besserte (Petrie et al. 2007). In einer niederländischen Querschnittsuntersuchung von 567 Behandler-Patient-Konsultationen durch 21 Hausärzte zeigte sich, dass unerklärte Beschwerden positiv mit vermehrten Untersuchungsanforderungen assoziiert waren; noch stärker beeinflusste die Erwartung der Patienten von Untersuchungen deren Anforderung (van der Weijden et al. 2003). Außerdem mehren sich aber auch die Hinweise, dass die Initiative zur somatischen Diagnostik weitaus mehr von Seiten der Ärzte und nicht vom Patienten ausgeht, als bisher angenommen (⇒ Empfehlung 134).

Falls technisch-apparative Untersuchungen indiziert sind, ist es deshalb wichtig, diese rechtzeitig und transparent mit dem Patienten und bestenfalls auch mit dem untersuchenden ärztlichen Kollegen vorzubesprechen, um so eine gemeinsame Positionierung von Primär- und Facharzt zu ermöglichen und verunsichernde Spaltungen zwischen den Kollegen zu vermeiden (Petrie et al. 2007).

Empfehlung 85: Abweichungen/Auffälligkeiten in körperlichen oder apparativen (früheren) Untersuchungsbefunden (Labor, Bildgebung etc.) sollten kritisch gewürdigt, einer der folgenden Kategorien zugeordnet und mit dem Patienten entsprechend besprochen werden (Evidenzgrad: 5):

- **„Bagatellbefunde“** oder **Normvarianten** ohne weitere diagnostische oder therapeutische Bedeutung
- Hinweise auf **andere, unabhängige oder differenzialdiagnostisch wichtige Befunde bzw. Erkrankungen**
- **physiologischer Ausdruck der Belastung durch die Körperbeschwerden** (z.B. Muskelzittern, Herzklopfen und Schwitzen bei ausgeprägter Gesundheitsangst).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 85 (vergl. auch ⇒ Empfehlung 134 und 135):

Insbesondere die Interpretation der Untersuchungsergebnisse sollte entkatastrophisierend stattfinden und in hilfreiche psychoedukative Modelle eingeordnet werden (⇒-Praxistipp 29). Somatische Befunde sollten daher „Dignitäts-Kategorien“ zugeordnet werden, welche klar Normvarianten, Bagatellbefunde, psychophysiologische Körperreaktionen von weiterführenden somatisch relevanten und Konsequenzen implizierenden Befunden voneinander trennt. Experten-Konsens ist, nach Ausschluss somatischer

Beschwerdeursachen die Notwendigkeit von Ergänzungsdiagnostik dann zu prüfen, wenn sich Art und/oder Qualität der Symptome ändern (Page & Wessely 2003).

7.8. Prognose, klinische Charakteristika leichter versus schwererer Verlaufsformen und Diagnoseverschlüsselung

Statement 86: Die **Prognose** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ist insgesamt **überwiegend günstig**. Sie zeigen unabhängig vom klinischen Setting (Evidenzgrad: 1b):

- leichtere Verläufe, in denen eine Verbesserung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität eintritt, bei 50-75% der Patienten,
- schwerere Verläufe (meist kriteriumsgemäß ausgeprägte funktionelle und somatoforme Störungen) mit einer Verschlechterung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei 10-30%.

Abgesehen von einem erhöhten Suizidrisiko haben Menschen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sehr wahrscheinlich eine normale Lebenserwartung (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 86:

Ein aktueller systematischer Übersichtsartikel (olde Hartman et al. 2009) fand, dass sich bei Patienten mit *“medically unexplained symptoms“* unabhängig vom klinischen Setting 50-75% der Patienten verbessern, während sich 10-30% der Patienten verschlechtern; die höchste Symptompersistenz fand sich bei der *hypochondrischen Störung* (ICD-10: F45.2, DSM-IV: 300.7) – hier zeigen 50-70% der Patienten chronische Verläufe (olde Hartman et al. 2009).

Für die *somatoforme Schmerzstörung* (F45.4, 307.80) fand sich über 11 Jahre eine Persistenz bei 36% der betroffenen Patienten (Leiknes et al. 2007a; Leiknes et al. 2008). Durch diagnostische Interviews (SCAN, CIDI) nach DSM-IV- bzw. ICD-10-Kriterien identifizierte *somatoforme Störungen* zeigen einen relativ hohen Chronifizierungsgrad: Nach 6 Monaten waren 69.7% unremittiert (Arnold et al. 2006), nach 42 Monaten 48% (Lieb et al. 2002), nach 11 Jahren noch 42% (Leiknes et al. 2008).

Verlaufsdaten liegen auch zu funktionellen Einzelsyndromen vor:

- Beim Reizdarmsyndrom (IBS) haben nach 7 Jahren 55% der Patienten weiterhin Reizdarmbeschwerden, 13% werden beschwerdefrei und 21% zeigen eine Symptomminderung, die dann nicht mehr den Rom-I-Kriterien entsprach (☞ S3-LL „Reizdarmsyndrom“).
- *“Chronic widespread pain“* (CWP)/ Schmerz in mehreren Körperregionen hat in der Allgemeinbevölkerung grundsätzlich eine gute Prognose. Chronischere Verläufe findet man bei Patienten, die zusätzliche Symptome eines *Fibromyalgiesyndroms* (FMS) aufweisen (Walitt et al. 2011; MacFarlane et al. 1996; ☞ S3-LL „Fibromyalgie“). Als Prädiktoren des Überganges eines CWP in ein FMS wurden in einer norwegischen bevölkerungsbasierten longitudinalen Studie über 5 Jahre eine lange Dauer der Schmerzsymptomatik, >4 weitere körperliche Symptome und vermehrte Depressivität, nicht jedoch die Anzahl der Tenderpoints bei Erstuntersuchung identifiziert (Forseth et al. 1999). Bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom



persistieren im Langzeitverlauf die Beschwerden und Beeinträchtigungen bei den meisten Patienten. Ein Teil der Patienten gibt im Langzeitverlauf eine bessere Adaptation an die Beschwerden an. Granges (Granges 1994) beschrieb in einer australischen Studie aus einer rheumatologischen Praxis bei 22% der Patienten eine „Remission“, d.h. die ACR-Kriterien waren nicht mehr erfüllt. Eine deutsche Studie aus einem rheumatologischen Zentrum zeigte nach 2 Jahren ein unverändertes Beschwerde- und Beeinträchtigungsniveau bei FMS-Patienten, jedoch eine größere Zufriedenheit mit dem Gesundheitsstatus (Noller 2003). Eine weitere deutsche Studie untersuchte den Langzeitverlauf über 10 Jahre. 66% der 50 nachkontrollierten Patienten erfüllten bei der Nachuntersuchung weiterhin die Kriterien des FMS. 34% erfüllten die Kriterien des FMS nicht mehr, gaben jedoch weiterhin Schmerzen an (Lapossy 1993). Eine große, aktuelle Langzeitbeobachtung von Patienten mit einem Fibromyalgiesyndrom von bis zu 11 Jahren Dauer zeigte eine deutliche Verbesserung in 10%, eine leichte Verbesserung in 15% und eine deutliche Verschlechterung in über 35% der Fälle (Walitt et al. 2011).

Für die Prognose im konkreten Einzelfall spielen neben der aktuellen diagnostischen Einordnung (nicht-spezifische Beschwerden?, funktionelles Syndrom?, somatoforme Störung?) auch das jeweilige betrachtete Setting mit seiner spezifischen Patientenselektion, die Beobachtungsdauer und eine Reihe klinischer Charakteristika eine Rolle, die schwerere von leichteren Verläufen unterscheiden (⇒ folgende Empfehlungen 88 und 89).

Viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden haben die Sorge, eine noch unentdeckte Organpathologie zu haben bzw. durch anhaltende Funktionsstörungen eine Organschädigung zu provozieren und vielleicht eine niedrigere Lebenserwartung zu haben. Insgesamt gibt es dafür aber – abgesehen von der erhöhten Suizidrate (⇒ Empfehlung 68) keine ausreichenden Hinweise:

- So ist zum Beispiel das *Reizdarmsyndrom* wohl nicht mit der *Entwicklung* anderer gastrointestinaler oder sonstiger schwerwiegender Erkrankungen assoziiert und weist auch keine erhöhte Mortalität auf; Reizdarmpatienten haben allerdings ein höheres Risiko, operiert zu werden (Hysterektomie, Cholezystektomie) als Nicht-Reizdarmpatienten“, wobei viele dieser Operationen möglicherweise nicht wirklich indiziert sind, sondern möglicherweise einer artifiziellen Psychodynamik unterliegen (⇒ S3-LL „Reizdarmsyndrom“; Spiller et al. 2007).
- Für das *Fibromyalgiesyndrom* gibt es Daten aus zwei prospektiven Kohortenstudien, die nahe legen, dass die somatische Mortalität nicht erhöht ist: Eine dänische Kohorte von 1361 Fibromyalgiepatienten wurde auf Grund von Krankenhausakten identifiziert, über 5295 Personenjahre verfolgt und mit dem dänischen Mortalitäts-Register verknüpft (Dreyer et al. 2010). Verglichen mit dem standardisierten Mortalitätsrisiko der Allgemeinbevölkerung fand sich unter den Fibromyalgie-Patienten insgesamt keine erhöhte Mortalität. Des weiteren konnten in einer US-amerikanischen Kohortenstudie an 8186 Fibromyalgie-Patienten Wolfe et al. (2011) zeigen, dass verglichen mit der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Odds ratio für das standardisierte Mortalitätsrisiko für Suizid (OR 3.31, 95% CI 2.15-5.11) und Unfalltod (OR 1.45, 95% CI 1.02-2.06), nicht jedoch für maligne Erkrankungen bestand.


- Die überwiegende Mehrzahl von Studien fanden bei *nicht-kardialen Brustschmerz* weder eine erhöhte kardiale noch eine erhöhte Gesamtmortalität (Fass und Achem 2011).
- Eine einzelne Studie beschrieb beim *Chronic Fatigue Syndrom* (CFS) eine erhöhte Sterblichkeit an Krebserkrankungen (20%) (Jason et al. 2006). Andere, größere und methodisch hochwertigere Arbeiten beschrieben eine normale Mortalität (Joyce et al. 1997; Smith et al. 2006).
- In einer Follow-Up-Studie zur Neubewertung ursprünglich als „nicht somatisch“ eingeschätzter Beschwerden in der Neurologie wiesen Stone et al. (2009) allerdings unlängst auf einen schwer zu deutenden Nebenbefund hin – zwar erhielt nur ein verschwindend geringer Anteil der Patienten beim Follow-up eine somatischen Diagnose, aber es waren 8 Patienten verstorben, davon allein 5 an „nicht-epileptischen Anfällen“. Die Autoren deuteten dies als entweder doch übersehene Epilepsie, zufällige andere (Psycho-)Pathologie, ärztliche Kunstfehler (z.B. in der Notfallversorgung eines vermeintlichen epileptischen Anfalls) oder Suizide (Stone et al. 2009).

Empfehlung 87: Die **Schwere des Verlaufs** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden soll anhand einer Reihe **klinischer Charakteristika** („yellow flags“  ⇒ Tabelle 8.2) unter Beachtung von **Warnsignalen für gefährliche Verläufe** („red flags“  ⇒ Tabelle 8.3.) **wiederholt eingeschätzt** werden (spätestens alle 3 Monate, bei einzelnen funktionellen Beschwerden schon früher; ➔ spezielle LL, z.B. NVL „Kreuzschmerz; Evidenzgrad: 2b).

Bei **neu auftretenden Symptomen** sollte deren klinische Relevanz sorgfältig abgewogen werden. Ggf. sollte die **somatische ebenso wie die psychosoziale Diagnostik entsprechend angepasst bzw. erweitert** werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 88: Mehrere **prognostisch günstige Faktoren** („green flags“  ⇒ Tabelle 8.4.) wirken sich wahrscheinlich günstig auf den Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden aus. Auch wenn ihre Gültigkeit als spezifische **protektive Faktoren** noch nicht ausreichend untersucht ist (Evidenzgrad: 4), sollten sie im konkreten Fall miterfasst und wenn möglich gefördert werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 87 und 88:

Die Daten, die bislang zum Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden vorliegen, weisen darauf hin, dass die Prognose insgesamt überwiegend günstig ist. Allerdings können die Verläufe sehr unterschiedlich sein, so dass im Einzelfall unbedingt eine Analyse von Schutz- und Risikofaktoren sowie von klinischen Anzeichen auf einen schwereren Verlauf erfolgen sollte (Creed 2006; Henningsen et al. 2007; Noyes et al. 2008; Dimsdale & Creed 2009; Rief & Broadbent 2006; Smith & Dwamena 2007). Hier sollen die untenstehenden Tabellen 8.2., 8.3. und 8.4. zusammenfassende Orientierungshilfen darstellen und klinischen Handlungsbedarf definieren. Dabei ist

zu beachten, dass keines der genannten Charakteristika ein zwingendes Kriterium darstellt und es sich nicht um streng voneinander abgegrenzte Kategorien, sondern um ein Erkrankungsspektrum mit fließenden Übergängen handelt.

Sie entsprechen auch nicht unbedingt den diskutierten Kriterien für die Neuklassifikation somatoformer Störungen (www.dsm5.org) und stellen keine eigene Erkrankungs-Klassifikation, sondern lediglich klinische Anhaltspunkte dar. In dieser Leitlinie kann darüber hinaus nur auf *syndromübergreifende* Schweregrads-Charakteristika eingegangen werden. Es bestehen auch *syndromspezifische* Kriterien für leichtere bzw. schwerere Verläufe, für die auf ➡ existierende Leitlinien der jeweiligen Einzel-Syndrome verwiesen wird.

Die wiederholte Einschätzung des Schweregrads verbessert wahrscheinlich die diagnostische Treffsicherheit, erfasst frühzeitig mögliche Veränderungen und kann so das Risiko einer Chronifizierung verhindern (Dunn & Croft 2006). Dabei werden für die verschiedenen Beschwerdebilder etwas unterschiedliche Zeiträume (zwischen 4 und 12 Wochen) empfohlen (➡ NVL „Kreuzschmerz“, S3-LL „Reizdarmsyndrom“ und „Fibromyalgiesyndrom“).

Empfehlung 89: Zur **Diagnose-Verschlüsselung** sollten nach ICD-10 (vorbehaltlich der Neuerungen im ICD-11) folgende **Kategorien** verwendet werden:

- Während der ersten Kontakte bzw. bei neu aufgetretenen Beschwerden:

- Beschränkung auf eine **rein symptomatische Beschreibung** R00 bis R99 (nicht alle Beschwerden entsprechen einer Diagnose!)
- *alternativ* Orientierung an der **Symptomkomponente** in der International Classification of Primary Care (ICPC-2)
- Ziel ist ein zunächst das „abwartende Offenhalten“ und Vermeidung einer frühzeitigen Festlegung auf ein einseitiges ätiologisches Grundkonzept

- Bei hinreichender Sicherheit im Hinblick auf die jeweiligen Diagnosekriterien (häufig schwerere Verläufe):

- **Somatoforme Störung:** F45.0 bis F45.9; Dissoziative Bewegungsstörungen, Krampfanfälle oder Sensibilitäts-/Empfindungsstörungen: F44.4 bis F44.7; Neurasthenie: F48.0
- *alternativ* bei eindeutig auf ein Organsystem bzw. eine Funktion begrenzten Beschwerden die **jeweiligen funktionellen Syndrome** aus den einzelnen Fachbereichen, wie etwa Reizdarm-Syndrom K58 oder Fibromyalgiesyndrom M79.7) *Kodierung relevanter komorbider Bedingungen* (z.B. Depression, Angst, Sucht; soziale Belastungsfaktoren und ggf. somatische Begleiterkrankungen)

KKP

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 89:


Bei der Diagnoseverschlüsselung bestehen derzeit (vorbehaltlich der Änderungen in den neuen Klassifikationssystemen) mehrere Möglichkeiten: So werden international in der Allgemeinmedizin,

allerdings bisher noch kaum in Deutschland, oft Symptom-Diagnosen („Beratungsanlässe“, z.B. ICPC-2 A04 Schwäche/ allgemeine Müdigkeit, ICPC-2 N17 Schwindel/ Schwindelgefühl „andere Allgemeinsymptome“ ICPC-2 A29) nach der „International Classification of Primary Care“ (aktuell in der 2. Ausgabe: ICPC-2) verwendet, wohingegen die Diagnose „Somatisierungsstörung“ (P75) bzw. die somatoformen Diagnosen nach ICD-10 hier sehr selten vergeben werden (Schäfert et al. 2010). Die spezialisierten somatischen Fachdisziplinen codieren in der Regel funktionelle Syndrome nach ICD-10 (z.B. Chronisches Müdigkeits- bzw. Erschöpfungssyndrom ICD-10 G93.3; Fibromyalgie-Syndrom ICD-10 M79.7, Reizdarmsyndrom ICD-10 K58, Multiple Chemikaliensensibilität als Überempfindlichkeit o.n.A. T78.4, sexuelle Funktionsstörungen F52). Die psychosozialen Fächer verwenden in erster Linie die ICD-10 Diagnosen der Gruppe der somatoformen Störungen (Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen, Gruppe Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F 44.4, bis F44.7, F45.0 bis F 45.9 und F48.0). Ein wesentliches Problem der bestehenden Klassifikationssysteme ist, dass „vor allem moderate funktionelle/somatoforme Syndrome, bei denen ja ein erhebliches Chronifizierungsrisiko besteht, nicht adäquat abgebildet werden können“ (Schäfert et al. 2010).

Um hier eine einheitlichere Verschlüsselung zu erreichen, sollten die Beschwerden, *bevor* der Krankheitswert der Beschwerden hinreichend beurteilt werden kann und *bevor* eine klare diagnostische und differenzialdiagnostische Zuordnung und Beschreibung von Komorbiditäten feststeht, nach ICD-10, Kapitel R (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, z.B. R 42 Schwindel und Taumel), in der Zukunft evtl. auch nach ICPC-„ klassifiziert werden (Schäfert et al. 2010). Erst *nach* Abschluss einer fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen diagnostischen Einschätzung sollten die Kategorien für somatoforme Störungen (ICPC-2 P75; ICD-10 F 44, 45, 48) oder funktionelle Syndrome kodiert werden (Creed et al. 2010; Henningsen et al, 2011).

Komorbiditäten sollten in jedem Falle, unabhängig von der eigenen Fachrichtung, aufmerksam erfasst und, ggf. in Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen parallel diagnostiziert werden. Eine Sonderstellung nimmt die psychosomatische Diagnose „Psychologische und Verhaltensfaktoren bei somatischen Erkrankungen“ (F54) ein, welche von den Patienten i.d.R. als nicht stigmatisierend und akzeptierbar wahrgenommen werden, da sie die seelischen Folgen einer somatischen Erkrankung beschreibt.

Während für das hausärztliche Handeln eine Klassifikation als Krankheit weniger erforderlich und sogar mit dem Problem der frühen Etikettierung verbunden ist, ist für das ärztlich-spezialistische Handeln in unserem Gesundheitssystem eine diagnostische Zuordnung der Beschwerden hilfreich/notwendig; für die Patienten kann die Diagnosestellung sogar entlastend wirken (Epstein et al. 2006; ➡ S3-LL“Fibromyalgie-Syndrom“).

Tabelle 7.2.: Orientierungshilfe zu wichtigen „Yellow flags“ : **Klinische Charakteristika leichter und schwerer Verlaufsformen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (fließende Übergänge, keine zwingenden Kriterien)

Kriterium/ Verlauf	Für einen leichteren Verlauf sprechen....	Für einen schwereren Verlauf sprechen...
Anzahl der Beschwerden	eine oder wenige Beschwerden (mono-/ oligosymptomatischer Verlauf)	mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf)
Häufigkeit/ Dauer der Beschwerden	selten bzw. kurz (längere beschwerdefreie Intervalle)	häufig bzw. anhaltend (ohne oder nur mit seltenen/kurzen beschwerdefreien Intervallen)
Annahmen/ Verhaltens- weisen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit	weitgehend adäquat, z.B. angemessenes Inanspruchnahmeverhalten	dysfunktional, z.B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Angst, hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- und Vermeidungsverhalten
Funktionelle Beeinträchtigung	weitgehend normale Funktionsfähigkeit „Befinden“ entspricht weitgehend dem „Befund“	deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; Arbeitsunfähigkeit > ca. 4 Wochen, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, evtl. körperliche Folgeschäden
Psychosoziale (evtl. auch biographische) Belastung	gering (z.B. weitgehend normale Stimmung und Lebensqualität oder nur kurzzeitige Belastung)	mäßig bis hoch (z.B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte)
Psychische Komorbidität	keine relevante psychische Komorbidität	häufig (v.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, PTSD)
Behandler- Patient- Beziehung	weitgehend unkompliziert	(von beiden) als „schwierig“ erlebt

Modifiziert nach Kirmayer und Robbins, 1991; Smith & Dwaamena 2007, Henningsen et. al., 2007

Tabelle 7.3.: “Red flags” : Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe

Suizidalität
Besonders schwere psychische Komorbidität: z.B. schwere depressive Entwicklung (majore depressive Episode); Angstsymptomatik, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt
Hinweise auf ernstes selbstschädigendes und/ oder iatrogen schädigendes Verhalten
Schwerste Ausprägung der Beschwerden und körperlicher Folgeschäden: Fixierung von Fehlhaltungen, Einsteifen geschonter Gelenke, Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit
Auftreten bekannter Warnsignale somatisch definierter Erkrankungen (➔ Leitlinien somatischer Fächer)

Tabelle 7.4.: “Green flags” : Mögliche protektive bzw. prognostisch günstige Faktoren

Aktive Bewältigungsstrategien (z.B. körperliches Training, positive Lebenseinstellung, Motivation für Psychotherapie)
Gesunde Lebensführung (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung)
Sichere Bindungen
Soziale Unterstützung
Gute Arbeitsbedingungen
Gelingende Behandler-Patient-Beziehungen
Biopsychosozialer, entkatastrophisierender Ansatz der Behandler unter Vermeidung unnötiger Diagnostik
Frei zugängliches, aber dennoch auf Selbstverantwortung und Prävention setzendes Gesundheitssystem

7.9. Forschungsdefizite

Statement 90: Obwohl viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vorwiegend oder ausschließlich in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin betreut werden, sind gesicherte Erkenntnisse aus qualitativ hochwertigen Studien vor allem *in diesem Bereich* eher spärlich. Notwendig sind:

- **Symptom-evaluierende Studien** jenseits von Diagnosen, die primär Beschwerden und ihre Entstehung, ihr Ausmaß und ihren Verlauf dokumentieren und ggf. ihre höhere Bewertung in Klassifikationssystemen (ICD, ICPC etc.) rechtfertigen.
- diagnostische Studien zur Entwicklung von Kriterien, die im **klinischen Alltag** Handlungsbedarf im Hinblick auf **schwerere Krankheitsverläufe bzw. Chronifizierungsrisiken** signalisieren;
- die **Entwicklung einer effizienten, validen Diagnosestellung** für funktionelle bzw. somatoforme Syndrome auf der Grundlage objektivierbarer psychologischer/ medizinischer Kriterien (Positivdiagnostik anstelle einer reinen Ausschlussdiagnostik) unter Berücksichtigung wichtiger Komorbiditäten einerseits und der subjektiven Bedürfnisse der betroffenen Patienten andererseits
- Studien zur **Relevanz von Arzt- und Kontextvariablen**, v.a. Studien, welche **die gesellschaftlichen und medizinischen Bedingungen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und deren **soziale Konstruktion** zwischen Patient und Arzt, Erwartung und Erfüllung, Nachfrage und Angebot auslösen, aufrecht erhalten und amplifizieren.

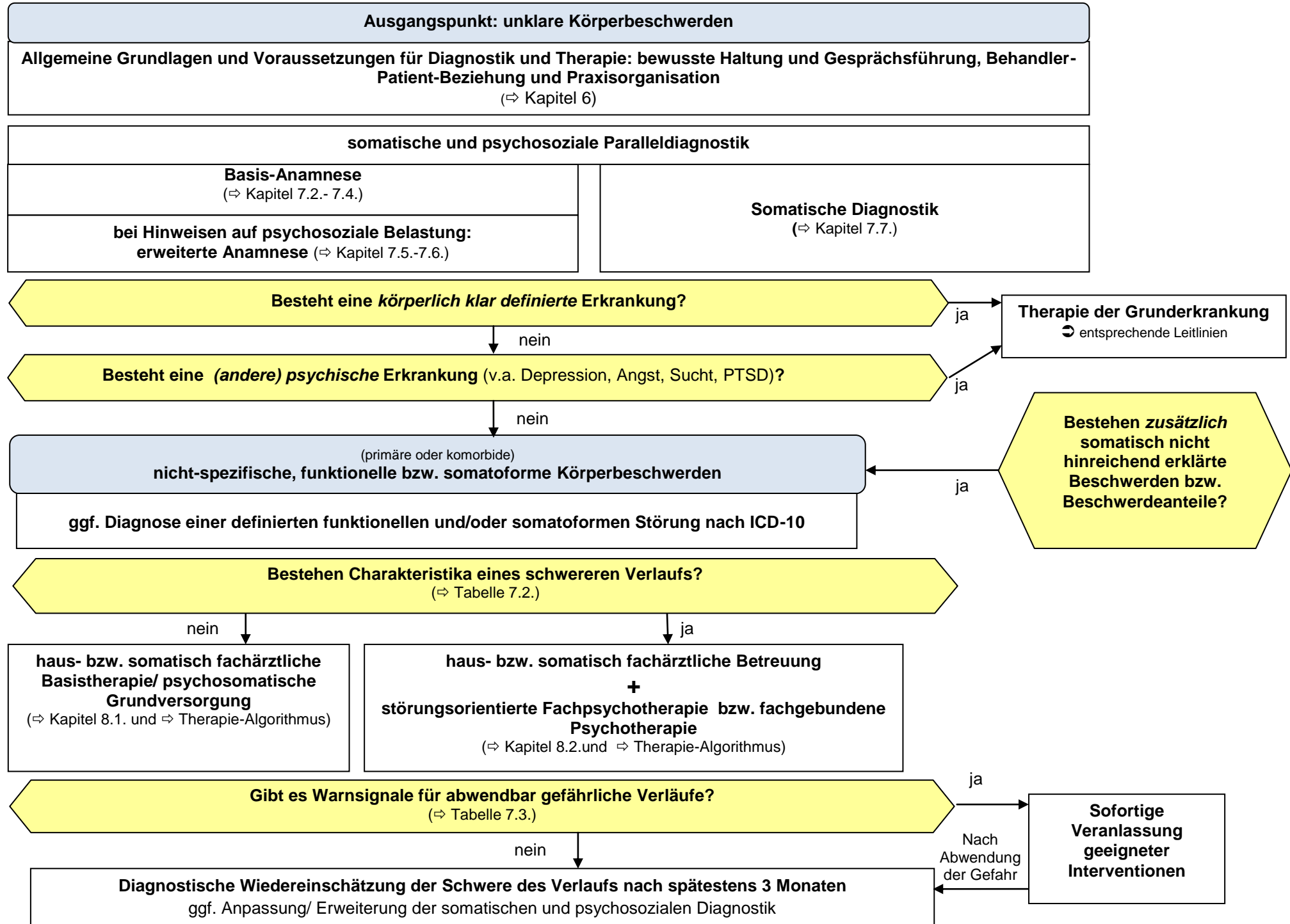
Auch außerhalb der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin gibt es zu wenige Studien, die sich mit der Vorhersagekraft und der Kosten-Nutzen-Effizienz bestimmter diagnostischer Maßnahmen bei der Identifikation nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und ihrer unterschiedlichen Verläufe befassen. Sinnvoll wäre die Entwicklung praxistauglicher, ökonomischer und valider Hilfsmittel für die Diagnose, angefangen bei psychobehavioralen Positivkriterien über sensitive und spezifische Screeningfragen bis hin zu vollständigen Diagnosealgorithmen.

Starker Konsens

Statement 91: Im Hinblick auf Komorbidität fehlen vor allem Daten zur **Komorbidität von posttraumatischen und Persönlichkeitsstörungen** mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sowie zur **Komorbidität bzw. Wechselwirkung** zwischen **somatisch definierten und funktionellen Störungen** (also aufgepfropfte nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bzw. mögliche somatische Erkrankungen in Folge schwererer nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und zum **Suizidrisiko**.

Starker Konsens

7.10. Diagnostik-Algorithmus / Kurzversion: Schrittweises Vorgehen je nach Schweregrad der Beschwerden



Diagnostik-Algorithmus / Langversion: Schrittweises Vorgehen je nach Schweregrad der Beschwerden

Ausgangspunkt: unklare Körperbeschwerden

allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie (⇔ auch Therapie-Algorithmus):

- empathische, aktiv-stützende, symptom- und bewältigungsorientierte Grundhaltung
- Anerkennen der Beschwerden, Vermeiden stigmatisierender Begriffe und Aussagen, Aufgreifen alltagssprachlicher Metaphern
 - Transparenz durch Befundbesprechungen, evtl. Bilanzierungsdialoge
 - partnerschaftliche Gesprächsführung, partizipative Entscheidungsfindung

somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik

Basis-Anamnese

- ausreichend Zeit einplanen
- bevorzugt offene Fragen stellen
- Art, Lokalisation, vor allem aber Anzahl, Dauer und Intensität der Beschwerden (mit den eigenen Worten des Patienten)
- Verlaufsmuster, Trigger, Bewältigungsstrategien und subjektive Beeinflussbarkeit
- weitere Beschwerden über das Leitsymptom hinaus
- (beiläufige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen nicht übersehen!
- aktuelle Funktionsfähigkeit im Alltag und psychisches Befinden
 - subjektive Ursachenannahmen
- dysfunktionale Krankheits- und Gesundheits-bezogene Annahmen und Verhaltensweisen

bei Hinweisen auf psychosoziale Belastung erweiterte Anamnese des Beschwerdekontexts:

- aktuelle Lebenssituation
 - Umstände des ersten Auftretens
 - Ressourcen und verbliebene Verhaltensaktiva
- lebensgeschichtliche Belastungen, Lebensleistungen und berufliche Entwicklung
 - ggf. erweiterte psychosoziale Anamnese
 - ggf. Fragebogendiagnostik, klinisches Interview o.ä.

Somatische Diagnostik

- Vorgehen verantwortlich begrenzen, zeitlich straffen und mit dem Patienten besprechen
 - regelmäßige körperliche Untersuchung
- somatische (v.a. apparative) Untersuchungen sorgfältig abwägen (mögliche negative Auswirkungen) und entkatastrophisierend ankündigen (erwartbare Normalbefunde)
- Endpunkt somatischer Diagnostik festlegen und einhalten
 - Befunde besprechen:
„Bagatellobefunde“ oder Normvarianten ohne weitere diagnostische oder therapeutische Bedeutung?
- Hinweise auf andere, unabhängige (komorbide) oder differenzialdiagnostisch wichtige Befunde bzw. somatische Erkrankungen? physiologischer Ausdruck der Belastung durch die Körperbeschwerden? bei neu auftretenden Beschwerden/ Warnsymptomen (kritisch geprüfte!) Ergänzungsdiagnostik einleiten
- Patient vor unnötiger, ggf. schädigender Diagnostik schützen

Besteht eine **körperlich klar definierte** Erkrankung?

ja

Therapie der Grunderkrankung

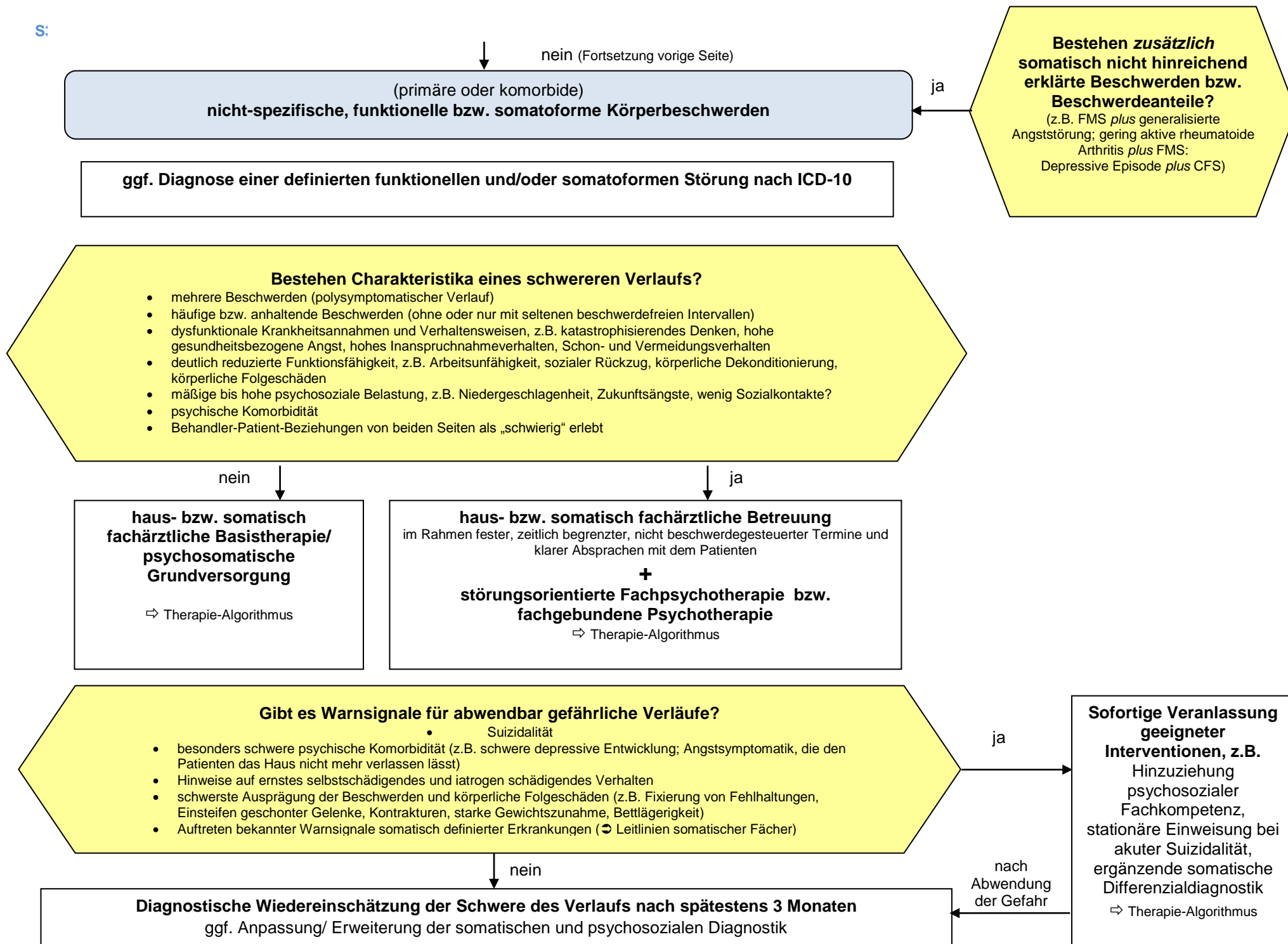
⇨ entsprechende Leitlinien

nein

Besteht eine (**andere**) **psychische** Erkrankung (v.a. Depression, Angst, Sucht, PTSD)?

ja

nein (Fortsetzung folgende Seite)



- Al-Allaf AW, Dunbar KL, Hallum NS, Nosratzadeh B, Templeton KD, Pullar T. A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology* 2002; 41(4): 450-3.
- Alexander S, Minton O, Andrews P, Stone P. A comparison of the characteristics of disease-free breast cancer survivors with or without cancer-related fatigue syndrome. *Eur J Cancer* 2009; 45(3): 384-92.
- Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med* 2008; 40(2): 111-8.
- Antonovsky A, Franke A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT 1997.
- Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorder in primary care: Course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics* 2006; 47(6): 498-503.
- Arnold LM. Management of fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 Suppl 2: 14-9.
- Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 12: 10-5.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005; 331(7521): 884.
- Bailer J, Witthöft M, Bayerl C, Rist F. Syndrome stability and psychological predictors of symptom severity in idiopathic environmental intolerance and somatoform disorders. *Psychol Med* 2007; 37(2): 271-81.
- Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 1995; 39(4): 403-27.
- Bol Y, Duits AA, Hupperts RM, Vlaeyen JW, Verhey FR. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: a review. *J Psychosom Res* 2009; 66(1): 3-11.
- Brewer NT, Hallman WK, Fiedler N, Kipen HM. Why do people report better health by phone than by mail? *Med Care* 2004; 42(9): 875-83.
- Bullinger M, Kirchberger I, Ware J. Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1995; 3: 21-36, siehe auch www.sf-36.org [Zugriff am 13.11.11].
- Butler JA, Chalder T, Wessely S. Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners. *Psychol Med* 2001; 31(1): 97-105.
- Cathébras P, Jacquin L, le Gal M, Fayol C, Bouchou K, Rousset H. Correlates of somatic causal attributions in primary care patients with fatigue. *Psychother Psychosom* 1995; 63(3-4): 174-80.
- Celestin J, Edwards RR, Jamison RN. Pretreatment psychosocial variables as predictors of outcomes following lumbar surgery and spinal cord stimulation: a systematic review and literature synthesis. *Pain Med* 2009; 10(4): 639-53.
- Chalder T, Power MJ, Wessely S. Chronic fatigue in the community: a question of attribution. *Psychol Med* 1996; 26: 791-800.
- Chioqueta AP, Stiles TC. Suicide risk in patients with somatization disorder. *Crisis* 2004; 25: 3-7.
- Cicone DS, Natelson BH. Comorbid illness in women with chronic fatigue syndrome: a test of the single syndrome hypothesis. *Psychosom Med* 2003; 65(2): 268-75.
- Clements CJ. Mass psychogenic illness after vaccination. *Drug Saf* 2003; 26(9): 599-604.
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335(7609): 24-7.
- Craig TKJ, Bialas I, Hodson S, Cox AD. Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychol Med* 2004; 34: 199-209.
- Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med* 2002; 32: 805-16.
- Craig TKJ, Drake H, Mills K, Boardman AP. The South London Somatization Study II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 248-58.
- Creed F. Can DSM-V facilitate productive research into the somatoform disorders? *J Psychosom Res* 2006; 60(4): 331-4.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M. Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 5-8.
- Crombez G, Beirens K, Van Damme S, Eccleston C, Fontaine J. The unbearable lightness of somatisation: a systematic review of the concept of somatisation in empirical studies of pain. *Pain* 2009; 145(1-2): 31-5.
- De Souza LH, Frank AO. Subjective pain experience of people with chronic back pain. *Physiother Res Int* 2000; 5(4): 207-19.
- de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.

- Derogatis LR, Savitz KL. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: Maruish ME (Hrsg). Handbook of psychological assessment in primary care settings (Volume 236). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates 2000; 297-334.
- Dickinson WP, Dickinson LM, deGruy FV, Candib LM, Main DS, Libby AM, Rost K. The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25(1): 1-7.
- Dimsdale J, Creed F. DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009; 66(6): 473-6.
- Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50(454): 361-5.
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500): 165-70.
- Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Bliddal H. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 3101-8.
- DSM-IV: www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4classification.htm
- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18(1): 25-33.
- Dunn KM, Croft PR. Repeat assessment improves the prediction of prognosis in patients with low back pain in primary care. *Pain* 2006; 126(1-3): 10-5.
- Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain* 2006; 126: 272-9.
- Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med* 1999; 159(3): 215-22.
- Escobar JI, Cook B, Chen CN, Gara MA, Alegria M, Interian A, Diaz E. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *J Psychosom Res* 2010; 69: 1-8.
- Escobar JI, Interian A, Díaz-Martínez A, Gara M. Idiopathic physical symptoms: a common manifestation of psychiatric disorders in primary care. *CNS Spectr* 2006; 11(3): 201-10.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe 2000.
- Fanciullo GJ, Hanscom B, Weinstein JN, Chawarski MC, Jamison RN, Baird JC. Cluster analysis classification of SF-36 profiles for patients with spinal pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003; 28(19): 2276-82.
- Fass R, Achem SR. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural course and pathogenesis. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17(2): 110-23.
- Fauchère PA. Somatoformer Schmerz. Bern: Huber 2008.
- Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *J Psychosom Res* 1999; 46(3): 261-73.
- Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40(4): 330-8.
- Fishbain DA, Bruns D, Disorbo JM, Lewis JE. Risk for five forms of suicidality in acute pain patients and chronic pain patients vs pain-free community controls. *Pain Med* 2009a; 10(6): 1095-105.
- Fishbain DA, Lewis JE, Gao J, Cole B, Steele RR. Are chronic low back pain patients who smoke at greater risk for suicide ideation? *Pain Med* 2009b; 10(2): 340-6.
- Fishbain DA. The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4(3): 221-7.
- Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(3): 210-5.
- Forseth KO, Husby G, Gran JT, Forre O. Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain. A prospective study. *J Rheumatol* 1999b; 26(11): 2458-67.
- Fritzsche K, Sandholzer H, Werner J, Brucks U, Cierpka M, Deter HC, Harter M, Hoyer C, Richter R, Schmidt B, Wirsching M. Psychotherapeutic and psychosocial therapy in general practice. Results of demonstration project on quality management in psychosocial primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50(6): 240-6.
- Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen HU. DSM-IV pain disorder in the general population: an exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 187-96.
- García-Campayo J, Alda M, Sobradie N, Oliván B, Pascual A. Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res* 2007; 62(6): 675-80.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res* 2011; 71: 325-34.

- Godemann F, Schabowska A, Naetebusch B, Heinz A, Ströhle A. The impact of cognitions on the development of panic and somatoform disorders: a prospective study in patients with vestibular neuritis. *Psychol Med* 2006; 36(1): 99-108.
- Godemann F, Siefert K, Hantschke-Brüggemann M, Neu P, Seidl R, Ströhle A. What accounts for vertigo one year after neuritis vestibularis – anxiety or a dysfunctional vestibular organ? *J Psychiatr Res* 2005; 39(5): 529-34.
- Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia syndrome: assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 1994; 21(3): 523-9.
- Groben S, Hausteiner C. Somatoform disorder patients in an Allergy Department: Do somatic causal attributions matter? *J Psychosom Res* 2011; 70(3): 229-38.
- Gupta MA, Gupta AK. Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18(5): 560-5.
- Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134(9 Pt 2): 897-904.
- Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schäfer R, Szecsenyi J, Löwe B. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009; 67(3): 189-97.
- Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med* 2009; 24(2): 155-61.
- Hasin D, Katz H. Somatoform and substance use disorders. *Psychosom Med* 2007; 69(9): 870-5.
- Hausteiner C, Mergeay A, Bornschein S, Zilker T, Förstl H. New aspects of psychiatric morbidity in idiopathic environmental intolerances. *J Occup Environ Med* 2006; 48(1): 76-82.
- Henningsen P, Derra C, Türp JC, Häuser W. Funktionelle somatische Schmerzsyndrome. Zusammenfassung der Hypothesen zur Überlappung und Ätiologie. *Schmerz* 2004; 18(2): 136-40.
- Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C, Rief W. Terminology, classification and concepts, or: what exactly are we talking about? In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011, Seite 43-68.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenswolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(2): 85-92.
- Henningsen P, Rüger U, Schneider W. Die Leitlinie „Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin: Sozialrechtsfragen. *Versicherungsmedizin* 2001; 53: 138-41.
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65(4): 528-33.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369(9565): 946-55.
- Herschbach P. Das 'Zufriedenheitsparadox' in der Lebensqualitätsforschung – wovon hängt unser Wohlbefinden ab. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002; 52(2-3): 141-50.
- Herzog G. Klinische Interviews und psychologische Testverfahren in der Diagnostik somatoformer Störungen. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2007; 1: 97-105.
- Hiller W, Cebulla M, Korn HJ, Leibbrand R, Roers B, Nilges P. Causal symptom attributions in somatoform disorder and chronic pain. *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 9-19.
- Hiller W, Janca A. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15: 167-79.
- Hiller W, Rief W. *Internationale Skalen für Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe 2004.
- Hiller W, Zaudig M, Mombpur W. *Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe 1997.
- Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(16): 2114-25.
- Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood risk factors for adult medically unexplained symptoms : results of a national birth cohort study. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1796-800.
- Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations. Results from a national birth cohort study. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 273-80.
- Hotopf M. Childhood experience of illness as a risk factor for medically unexplained symptoms. *Scand J Psychol* 2002; 43(2): 139-46.
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/index.htm> [Zugriff am 13.11.11]
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>
- ICD-10: www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm
- ICF: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>
- Ilgen MA, Zivin K, McCammon RJ, Valenstein M. Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(6): 521-7.

Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“. Schmerz 2008; 22(3): Themenheft.

Jackson J, Fiddler M, Kapur N, Wells A, Tomenson B, Creed F. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. J Psychosom Res 2006; 60(4): 357-63.

Jackson J, Kincey J, Fiddler M, Creed F, Tomenson B. Differences between out-patients with physical disease and those with medically unexplained symptoms with respect to patient satisfaction, emotional distress and illness perception. Br J Health Psychol 2004; 9(4): 433-46.

Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact and prognosis of multisomatoform disorder in primary care. A 5-year follow-up study. Psychosom Med 2008; 70: 430-4.

Jason LA, Corradi K, Gress S, Williams S, Torres-Harding S. Causes of death among patients with chronic fatigue syndrome. Health Care Women Int 2006; 27(7): 615-26.

Jones TF, Craig AS, Hoy D, Gunter EW, Ashley DL, Barr DB, Brock JW, Schaffner W. Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school. N Engl J Med 2000; 342(2): 96-100.

Joyce J, Hotopf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. Q J Med 1997; 90: 223-33.

Jürgens J. Do questionnaires for patients improve the diagnosis of craniomandibular dysfunction with chronic facial pain? A patients' questionnaire study from outpatient practice. Mund Kiefer Gesichtschir 2003; 7(2): 108-11.

Kanaan RA, Lepine JP, Wessely SC. The association or otherwise of the functional somatic syndromes. Psychosom Med 2007; 69(9): 855-9.

Kato K, Sullivan PF, Evengård B, Pedersen NL. A population-based twin study of functional somatic syndromes. Psychol Med 2009; 39: 497-505.

Kato K, Sullivan PF, Pedersen NL. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. J Psychosom Res 2010; 68: 447-53.

Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. Psychosomatics 2003; 44(6): 471-8.

Kolk AM, Schagen S, Hanewald GJ. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. J Psychosom Res 2004; 57(4): 379-89.

Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. Psychosom Med 1997; 59(6): 597-604.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy 3rd. FV, Brody D. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med 1994; 3: 774-9.

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.

Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12(1): 34-43.

Kruse J, Schmitz N, Iler W, Heckrath C, Tress W. Why Does the General Practitioner Overlook Psychological Disorders in his Patient? Determinates of Physicians' Identification with Psychological Disorders. PPM 2004; 54(2): 45-51.

Ladwig KH, Marten-Mittag B, Lacruz ME, Henningsen P, Creed F, MONICA KORA Investigators. Screening for multiple somatic complaints in a population-based survey: does excessive symptom reporting capture the concept of somatic symptom disorders? Findings from the MONICA-KORA Cohort Study. J Psychosom Res 2010; 68(5): 427-37.

Lapossy E, Maleitzke E, Hrycai P, Mennet P, Müller W. Der Langzeitverlauf der generalisierten Tendomyopathie (Fibromyalgie), eine retrospektive Untersuchung. Akt Rheumatol 1993; 18: 93-8.

Layer P, Andresen V, Pehl C, Allescher H, Bischoff SC, Classen M, Enck P, Frieling T, Haag S, Holtmann G, Karaus M, Kathemann S, Keller J, Kuhlbusch-Zicklam R, Kruis W, Langhorst J, Matthes H, Mönnikes H, Müller-Lissner S, Musial F, Otto B, Rosenberger C, Schemann M, van der Voort I, Dathe K, Preiss JC. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). AWMF-Registriernummer: 021-016. Z Gastroenterol 2011; 49(2): 237-93. Leavitt F, Garron DC, D'Angelo CM, McNeill TW. Low back pain in patients with and without demonstrable organic disease. Pain 1979; 6(2): 191-200.

Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM. Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders. Compr Psychiatry 1999; 40(3): 203-9.

Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population. J Psychosom Res 2007; 62(2): 119-28.

Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. J Psychosom Res 2006; 61(2): 169-79.

Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria. Psychosomatics 2008; 49(2): 152-62.

- Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 2007; 69(9): 860-3.
- Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Hofler M, Tholen S, Wittchen HU. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 2002; 17(6): 321-31.
- Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(9): 1148-56.
- Lorenzer A. Interaktion, Sprache und szenisches Verstehen. *Psyche* 1983; 37(2); 97-115.
- Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005; 58(2): 163-71.
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(3): 191-9.
- Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* 2010; 122(1-2): 86-95.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909-16.
- MacFarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, Schollum J, Croft PR, Silman AJ. The natural history of chronic pain in the community: a better prognosis than in the clinic? *J Rheumatol* 1996; 23(9): 1617-20.
- Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007; 57(541): 655-61.
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A., DiNardo P, Barlow D. DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (2. Auflage). Berlin: Springer 1994.
- Martin A, Korn H-J, Cebulla M, Saly M, Fichter MM, Hiller W. Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen (Causal attributions about bodily sensations in somatoform disorders). *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2007; 55: 31-41.
- Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2(12): 1064-8.
- Morrison J, Herbstein J. Secondary affective disorder in women with somatization disorder. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 433-40.
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Rogers A, Dunn G, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifforda R, Iredale W, Towey M, Gask L. Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(4): 343-51.
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1-16. www.uib.no/ipq [Zugriff 22.11.11]
- Müller A, Hartmann M, Eich W. Health care utilization in patients with Fibromyalgia Syndrome (FMS). *Schmerz* 2000; 14(2): 77-83.
- Münchener-Composite International Diagnostic Interview (MDIA-X-CIDI-CL; Klinische Version) über www.psychologie.tu-dresden.de [Zugriff 22.11.11] Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol*. 1998;107(4):587-95.
- Nelson S, Baldwin N, Taylor J. Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011 Jun 22. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01772.x. [Epub ahead of print]
- Neri M, Laterza F, Howell S, Di Gioacchino M, Festi D, Ballone E, Cuccurullo F, Talley NJ. Symptoms discriminate irritable bowel syndrome from organic gastrointestinal diseases and food allergy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12(9): 981-8.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361-7.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM* 2000; 93(1): 21-8.
- Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001; 51(4): 549-57.
- Noller V, Sprott H. Prospective epidemiological observations on the course of the disease in fibromyalgia patients. *J Negat Results Biomed* 2003; 23(2): 4.
- Noyes R Jr, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 2001; 42(4): 320-9.
- Noyes R Jr, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 2008; 49(1): 14-22.

- olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 363-77.
- Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96(5): 223-7.
- Pan YJ, Lee MB, Chiang HC, Liao SC. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 181-4.
- Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2009; 24(4): 443-9.
- Petersen I, Thomas JM, Hamilton WT, White PD. Risk and predictors of fatigue after infectious mononucleosis in a large primary-care cohort. *QJM* 2006; 99(1): 49-55.
- Petrie KJ, Müller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Rief W. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334(7589): 352.
- Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med* 2006; 6(6): 536-9.
- Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002; 27(5): e109-20.
- Prins J, Bleijenberg G, Rouweler EK, van der Meer J. Effect of psychiatric disorders on outcome of cognitive-behavioural therapy for chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 184-5.
- Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser AS, Klapp BF, Mönnikes H. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* 2008; 64(6): 573-82.
- Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(7): 821-41.
- Rief W, Nanke A, Emmerich J, Bender A, Zech T. Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. *J Psychosom Res* 2004; 57(4): 367-71.
- Rief W, Rojas G. Stability of somatoform symptoms – implications for classification. *Psychosom Med* 2007; 69(9): 864-9.
- Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1505-15.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(12): 1069-77.
- Roelofs K, Spinhoven P. Trauma and medically unexplained symptoms towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(7): 798-820.
- Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress. *J Trauma Dissociation* 2009; 10(2): 170-88.
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500): 171-6.
- Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med* 2007; 69(6): 571-7.
- Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005; 59(4): 255-60.
- Salmon P, Ring A, Humphris GM, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: how do patients indicate what they want? *J Gen Intern Med* 2009; 24(4): 450-6.
- Schäfer R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bolter R, Szecsenyi J, Sauer N, Herzog W, Kuehlein T. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *J Psychosom Res* 2010; 69(3): 267-77.
- Schäfer R, Kaufmann C, Bölker R, Herzog W. Hausärztliche Diagnosevergabe bei funktionellen/ somatoformen Beschwerden. In: Laux G, Kuehlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg). *Versorgungsforschung. in der Hausarztpraxis Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009*. München: Springer, Urban und Vogel 2010. Siehe auch: http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf [Zugriff am 9.11.11]
- Schmaling KB, Fiedelak JL, Katon WJ, Bader JO, Buchwald DS. Prospective study of the prognosis of unexplained chronic fatigue in a clinic-based cohort. *Psychosom Med* 2003; 65(6): 1047-54.
- Schneider G, Heuft G, Senf W, Schepank H. Die Adaptation des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für die Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 1997; 43: 261-79.

- Schneider G, Wachter M, Driesch G, Kruse A, Nehen HG, Heuft G. Subjective body complaints in the elderly – an indicator for somatization? *Psychosomatics* 2003; 44, 91-9.
- Schrag A, Brown RJ, Trimble MR. Reliability of self-reported diagnoses in patients with neurologically unexplained symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75(4): 608-11.
- Schroeter C, Schiltenswolf M, Fydrich T, Henningsen P. The Explanatory Model-Interview in the diagnosis of orthopaedic pain patients. *Orthopade* 2004; 33(5): 533-44.
- Schumacher S, Rief W, Braehler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. Disagreement in doctor's and patient's rating about medically unexplained symptoms and health care use. *Int J Behav Med* 2011 (online first)
- Sensky T, MacLeod AK, Rigby MF. Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders. *Psychol Med* 1996; 26(3): 641-6.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33: quiz 34-57.
- Siivola SM, Levoska S, Latvala K, Hoskio E, Vanharanta H, Keinänen-Kiukaanniemi S. Predictive factors for neck and shoulder pain: a longitudinal study in young adults. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 29(15): 1662-9.
- Simon GE, Gureje O. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(1): 90-5.
- Smith MT, Edwards RR, Robinson RC, Dworkin RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain* 2004a; 111(1-2): 201-8.
- Smith MT, Perlis ML, Haythornthwaite JA. Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *Clin J Pain* 2004b; 20: 111-18.
- Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22(5): 685-91.
- Smith WR, Noonan C, Buchwald D. Mortality in a cohort of chronically fatigued patients. *Psychol Med* 2006; 36(9): 1301-6.
- Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B. Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 183-93.
- Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, Jones R, Kumar D, Rubin G, Trudgill N, Whorwell P. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007; 56: 1770-98.
- Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(4): 335-41.
- Spitzer C, Barnow S, Wingenfeld K, Rose M, Löwe B, Grabe HJ. Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(1): 80-6.
- Stein DJ, Muller J. Cognitive-affective neuroscience of somatization disorder and functional somatic syndromes: reconceptualizing the triad of depression-anxiety-somatic symptoms. *CNS Spectr* 2008; 13(5): 379-84.
- Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Murray G, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Macmahon AD, Sharpe M. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009; 132(Pt 10): 2878-88.
- Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ* 2005; 29; 331(7523): 989.
- Taillefer SS, Kirmayer LJ, Robbins JM, Lasry JC. Correlates of illness worry in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 2003; 54(4): 331-7.
- Tait RC, Pollard CA, Margolis RB, Duckro PN, Krause SJ. The Pain Disability Index: psychometric and validity data. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68(7): 438-41.
- Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006; 36: 575-86.
- Taylor RE, Mann AH, White NJ, Goldberg DP. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med* 2000; 30: 931-41.
- Taylor RR, Jason LA. Chronic fatigue, abuse-related traumatization, and psychiatric disorders in a community-based sample. *Soc Sci Med* 2002; 55(2): 247-56.
- Thomas HV, Stimpson NJ, Weightman AL, Dunstan F, Lewis G. Systematic review of multi-symptom conditions in Gulf War veterans. *Psychol Med* 2006; 36(6): 735-47.
- van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003; 23(3): 226-31.
- van Gülick-Bailer M, Maurer K, Häfner H. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Deutsche Ausgabe). Bern: Huber 1995.
- Vedsted P, Fink P, Olesen F, Munk-Jørgensen P. Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study. *Psychosomatics* 2001; 42(5): 416-22.

Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langa G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68(5): 403-14.

Walitt B, Fitzcharles MA, Hassett AL, Katz RS, Häuser W, Wolfe F. The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *J Rheumatol* 2011; 38(10): 2238-46.

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354(9182): 936-9.

Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 95-6.

Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002; 122(4): 1140-56.

Williams JF, Sontag SJ, Schnell T, Leya J. Non-cardiac chest pain: the long-term natural history and comparison with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2009; 104(9): 2145-52.

Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. SCID I: Structured Clinical Interview for DSM-IV: Axis I: Mental Disorders. Göttingen: Hogrefe 1997.

Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K. Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis Care Res* 2011; 63: 94-101.

www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4classification.htm

www.dimdi.de/static/de/klasse/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm

www.dimdi.de/static/de/klasse/diagnosen/icd10/htmlgm2012/index.htm [Zugriff am 13.11.11]

www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=368 [Zugriff am 9.12.10]

www.euroqol.org/eq-5d [Zugriff am 9.12.10]

www.kompetenznetz-depression.de/experten/arbeitshilfen.htm

Yzermans CJ, Donker GA, Kerssens JJ, Dirkzwager AJ, Soeteman RJ, ten Veen PM. Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *Int J Epidemiol* 2005; 34(4): 820-6.

8. Therapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden

8.1. *Therapeutisches Prozedere in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin*

Empfehlung 92: Die Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin **sollte schweregradgestuft** (d.h. mittels Basis- und ggf. erweiterten Maßnahmen) auf der Grundlage der „**Psychosomatischen Grundversorgung**“ erfolgen (☞ Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer).

Für spezifische Empfehlungen zu einzelnen funktionellen Syndromen ☞ spezielle LL, z.B. S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“, Reizdarmsyndrom“ und „chronischer Unterbauchschmerz der Frau“ sowie die NVL „Kreuzschmerz“.

KKP

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 92:

Ein gestuftes Vorgehen ist zu empfehlen, um den vielfältigen Manifestationen der Störungsbilder zu begegnen (Smith et al. 2003; Henningsen et al. 2007; Fink & Rosendal 2008; Gask et al. 2011). In der Behandlung kommen Basismaßnahmen bei leichteren, unkomplizierten Verläufen und erweiterte Maßnahmen bei schwereren, komplizierten Verläufen zur Anwendung.

Die "Psychosomatische Grundversorgung" als ein in die vertragsärztliche Versorgung eingeführter Tätigkeitsbereich benennt funktionelle Störungen/somatoforme Erkrankungen als eine von vier Gruppen von Erkrankungen, für welche die Grundversorgung vorgesehen ist (Bundesärztekammer 2001). Die Wirksamkeit einfacher, in der Grundversorgung integrierter basistherapeutischer Empfehlungen und Komponenten wie beispielsweise regelmäßige Wiedereinbestellungen (siehe auch Empfehlung 50) ist gesichert. Die Wirksamkeit ist für leichtere Formen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden größer.

Auch bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden stellt die hausärztliche bzw. somatisch-fachärztliche Betreuung meist das zentrale Behandlungselement dar, mitunter auch das einzige. Hier ist der Einsatz erweiterter Maßnahmen (Aktivierung, Thematisieren von Ängsten und Vermeidung, Medikation) möglich und zu empfehlen. Bei multimodalen Behandlungsansätzen kommt dem Hausarzt (bzw. dem Frauenarzt als „Hausarzt der Frau“) häufig eine einleitende und koordinierende, zentrale Rolle zu.

Sind die Kriterien für ein funktionelles Syndrom (z.B. Reizdarmsyndrom, Fibromyalgiesyndrom) erfüllt, sollen bei entsprechender Verfügbarkeit einer Leitlinie die dort genannten Empfehlungen berücksichtigt werden.

Statement 93: *Allgemeine Therapieziele* in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin sind:

- Verbesserung der **Lebensqualität**
- **Verhinderung von Chronifizierung und Selbstschädigung** z.B. durch ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten oder iatrogen durch repetitive Diagnostik und riskante Therapien
- **Begleitung** bei eingetretener Chronifizierung
- **Erweiterung des Erklärungsmodells** des Patienten hin zu einem biopsychosozialen Modell und seiner **Bewältigungsmöglichkeiten**
- **Motivation und Überweisung zu einer Fachpsychotherapie bzw. fachbezogenen Psychotherapie**, falls die Indikation hierfür gegeben ist.

Starker Konsens


Kommentar zu Statement 93:

Bei der gemeinsamen Festlegung von Therapiezielen sollte nicht eine Heilung der Beschwerden, sondern eine Verbesserung der Lebensqualität in den Vordergrund gestellt werden, und zwar insbesondere hinsichtlich ihrer körperlichen Aspekte, ohne psychische Aspekte zu vernachlässigen. Klare Kommunikation auf dieser Ebene unterstützt potentiell die Fähigkeit zur Selbststeuerung und damit die Selbstwirksamkeit der Patienten (Salmon et al. 1999; Kouyanou et al. 1998; Foster et al. 2010).

Das Gelingen der ersten Behandlungsphase kann den weiteren Verlauf deutlich beeinflussen. Bei Nichtgelingen droht eine Verzögerung bei der Einleitung einer angemessenen Behandlung sowie Chronifizierung (Bouton et al. 2008; Müller et al. 2000). Bei einer bereits eingetretenen Chronifizierung und mangelnder Bereitschaft des Patienten zu einer fachbezogenen Psychotherapie übernimmt der Hausarzt häufig eine auf lange Sicht begleitende Rolle.

Ferner sollte zusammen mit dem Patienten dessen Vorstellungen, wodurch seine Erkrankung verursacht ist, in Richtung eines Krankheitsmodells erweitert werden, welches nicht ausschließlich nur biologische, sondern auch psychosoziale Elemente enthält (Morriss et al. 2006). Diese Erweiterung des Erklärungsmodells bildet eine gute Grundlage für neue, dem Patienten bisher weniger verfügbare Bewältigungsmöglichkeiten und damit schließlich für eine nachhaltige Verbesserungen seiner Lebensqualität.

Schließlich nimmt der Hausarzt eine Schlüsselrolle bei der Veranlassung und Koordination von Überweisungen und Diagnostik und deren Integration ein (Hoedemann et al. 2010) (Steuerungsfunktion sowie Koordinations- und Integrationsfunktion des Hausarzt). Dies gilt insbesondere bei schwereren Verläufen, wenn weitere Behandlungselemente wie z.B. Fachpsychotherapie, physiotherapeutische oder körperorientierte Verfahren in den Behandlungsplan eingebracht werden. Der Hausarzt sollte eine Motivation zur Überweisung zur Psychotherapie als ein therapeutisches Ziel und nicht als eine Bringschuld betrachten und nicht erwarten (bzw. solange abwarten), dass (bis) der Patient diese Möglichkeit selbst anspricht (siehe auch Empfehlung 110).

 **Empfehlung 94:** Nach einer Behandlungsdauer von etwa 3 Monaten (bei manchen Beschwerden auch schon früher; ➔ NVL „Kreuzschmerz“) sollte eine Reevaluierung der Beschwerden, eine **erneute Beurteilung der Schwere des Verlaufs** (⇒ Tab. 7.2. und 7.3.) und ggf. eine **Modifikation der Behandlung** vorgenommen werden (z.B. Hinzuziehen weiterer somatischer bzw. psychosozialer Fachleute, Einleitung von fachgebundener oder Fachpsychotherapie, stationäre Weiterdiagnostik und -behandlung, Rehabilitationsmaßnahmen) (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑ B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 94:

Um der Gefahr einer Chronifizierung entgegenzuwirken, sollten bestimmte Zeiträume für eine systematische und gemeinsame (Wieder-)Beurteilung des Verlaufs der Beschwerden eingehalten werden („Bilanzierungsdialog“, vergl. auch Empfehlung 46). Fink und Kollegen (2002) empfehlen Zeiträume von bis zu 6 Wochen, der Zeitraum sollte – falls keine offensichtliche klinisch relevante Veränderung der Beschwerden eintritt, 3 Monate nicht überschreiten (CAVE: bei akutem Rückenschmerz mit Opioid-Behandlung 4 Wochen).

Der rasche Beginn bzw. die rasche Anpassung der Behandlung bei Ausbleiben von Besserung erhöht die Chance, die Symptomatik schnell positiv zu beeinflussen (Wand et al. 2004; Gatchel et al. 2006). Bei chronischen Verläufen dient die systematische Reevaluierung der Strukturierung der Behandlung und der Verbesserung des Behandler-Patient-Verhältnisses.

8.1.1. Therapeutische Basis-Maßnahmen

Empfehlung 95: Die **hausärztliche** und ggf. auch fachärztlich-somatische **Betreuung** stellt bei der Mehrheit der Patienten mit leichteren nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden die **zentrale**, in der Praxis häufig auch die **einzige praktikable** Behandlung dar (Evidenzgrad: 2b). Sie sollte idealerweise von Kollegen mit ausreichenden Kenntnissen in psychosomatischer Grundversorgung durchgeführt werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 95:

Die Bedeutung insbesondere der hausärztlichen Versorgung leichterer nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Beschwerden hat mehrere Gründe. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind hier mit einer Häufigkeit von etwa 20% anzutreffen (Tab. 5.3). Es betont auch die Notwendigkeit eines bereits in der Frühphase angemessenen Umgangs mit funktionellen Körperbeschwerden, da sonst iatrogene Faktoren einen ungünstigen Verlauf mit bedingen können (Reid et al. 2002). Oft besteht auch der Wunsch des Patienten darin, von seinem Hausarzt behandelt zu werden beziehungsweise – umgekehrt – nicht zu einer Psychotherapie überwiesen zu werden (Kruse et al. 2004).

Schließlich fühlt sich auch der Hausarzt selbst verantwortlich für diese Patientengruppe: anlässlich einer Befragung von 284 Hausärzten sprach sich eine breite Mehrheit dafür aus, das Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in der Primärversorgung zu verfolgen (Reid et al. 2001).

Schließlich sollte der Hausarzt eine Schlüsselrolle bei der Einleitung und Koordination von Überweisungen und Diagnostik einnehmen (Steuerungsfunktion sowie Koordinations- und Integrationsfunktion des Hausarzt): Hoedeman et al. (2010) kommen so zu dem Schluss, dass umgekehrt auch die anderen an der Behandlung Beteiligten vor dem Einleiten weiterer Schritte zuerst mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen sollten (Integrationsfunktion des Hausarzt). Basierend auf den Ergebnissen ihres Reviews verlangen sie bei dieser Patientengruppe besondere Sorgfalt im Kommunikations-Management. Die „Psychosomatische Grundversorgung“ (Bundesärztekammer 2001) richtet sich gezielt an den Umgang mit dieser Gruppe und stellt eine gute Grundlage für die konkrete Ausgestaltung des Kontakts mit diesen Patienten dar.

Empfehlung 96: Die weiter oben gegebenen Empfehlungen zu **Haltung, Gesprächsführung, Behandler-Patient-Beziehung und Praxisorganisation** sollen eingehalten werden, denn sie haben auch therapeutische Wirkung!

Wesentlich sind die **Beratung**, ggf. längerfristige **Begleitung** einschließlich einer angemessenen **Versicherung und Beruhigung** des Patienten, dass ein gefährlicher Verlauf höchst unwahrscheinlich ist (Entkatastrophisieren) und ungeeignete Untersuchungen unterbleiben sollten (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 96:

Die grundlegende Haltung und die daraus resultierende Gesprächsführung (vergl. Kapitel 6 dieser Leitlinie) ist die Basis für eine erfolgreiche Therapie. Eine strikte Trennung zwischen diagnostischen, organisatorischen und therapeutischen Maßnahmen ist in diesem Kontext nicht möglich, da nicht nur geplante Interventionen, sondern auch das diagnostische Gespräch und die Strukturierung des Kontakts therapeutische Wirkung haben. Ein breit angelegtes Review (Gask et al. 2011) kam zu dem Ergebnis, dass der Konsultationsprozess insgesamt als eine Abfolge von Gesprächen und Verhandlungen betrachtet werden kann, welcher erfolgt, obwohl eine organische Verursachung der Beschwerden weder gesichert noch ausgeschlossen werden kann. Die nachträgliche Identifikation organischer Ursachen für die geschilderte Symptomatik war in einer Langzeitstudie von Stone und Kollegen (2009) allerdings eher selten.

Die Beratung, ggf. längerfristige Begleitung einschließlich einer angemessenen Versicherung und Beruhigung dienen der Verbesserung der Behandler-Patient-Interaktion und stehen im Zusammenhang mit für den Patienten wichtigen salutogenetischen Prozessen (Novak 2011). Die Information über die Ungefährlichkeit der Beschwerden soll in positiver Weise durch psychoedukative Elemente unterstützt werden, welche Zusammenhänge zwischen unspezifischer Symptomatik, körperlicher Spannung, daraus resultierender Besorgnis und Angst mit der Perspektive der Entwicklung einer „Teufelskreis“-Dynamik vermitteln (siehe auch Empfehlung 45; Rief & Nanke 2004; Bulwada et al. 2007; Zaroff et al. 2004). Dies kann beim Patienten eine bessere Selbststeuerung/-regulation unterstützen, welche

wiederum eine Reduktion der Beschwerden bewirken kann (Damush et al. 2008). Der Wunsch nach Unterstützung durch den Behandler ist ein häufiges, aber vom Behandler selten wahrgenommenes Ziel (Jage & Maier 2005; Nordin et al. 2006).

Für den gewählten Empfehlungsgrad liegt aufgrund mangelnder Studienlage keine ausreichende Evidenz vor. Im Konsensusverfahren wurde jedoch starker Konsens festgestellt und wegen des grundlegenden Charakters der Empfehlung der Empfehlungsgrad aufgewertet.

Empfehlung 97: Therapieziele sollen **zusammen erarbeitet** werden und **konkret und realistisch sein** („wieder einkaufen gehen können“). Auch **Therapiemaßnahmen** sollen **gemeinsam festgelegt** werden („shared decision making“) (⇒ [Praxistipp 21](#)) (Evidenzgrad: 2b).

Dabei soll dem Patienten die **Bedeutung seiner Mitarbeit und Eigenverantwortung** sowie eine Ermunterung zu einer angemessenen **körperlichen und sozialen Aktivierung** vermittelt werden (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 97:

Eine aktivere Rolle von Patienten wird ganz allgemein als notwendig angesehen, um eine höhere Qualität, eine höhere Effizienz und v.a. bessere Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung zu erreichen (Coulter & Ellins 2007). Hierzu gehört auch die gemeinsame Entwicklung von Therapiezielen. Diese ist ein wichtiger Bestandteil des von Patienten überwiegend positiv bewerteten und in seiner Wirksamkeit überprüften Shared-Decision-Makings (Bieber et al. 2008) und führt nicht selten– im Vergleich zum Standardvorgehen – zu modifizierten Therapiezielen (Müller et al. 2004), wenngleich den Merkmalen und Erwartungen des Patienten ggf. auch durch eine stärker paternalistische Gestaltung der Interaktion Rechnung zu tragen ist (Schneider et al., 2006, Kiesler & Auerbach, 2006). Die Therapieziele sollen konkret und ggf. gestuft und dann mit einer Priorität einzelner (Teil-)Ziele versehen mit dem Patienten erarbeitet und (schriftlich) fixiert werden. Dies dient dazu, dass die Ziele dann in Bilanzgesprächen regelmäßig überprüft und die Therapie ebenso wie die Ziele ggf. angepasst werden können. Klare Kommunikation unterstützt potentiell die Fähigkeit zur Selbststeuerung der Patienten, allgemein und schwammig formulierte Therapieziele erschweren die Kommunikation und die Reevaluierung (Salmon et al. 1999; Kouyanou et al. 1998; Foster et al. 2010).

Die Übernahme von Eigenverantwortung durch den Patienten und die Aktivierung seiner Mitarbeit wiederum bildet eine gute Grundlage für die häufig notwendige Anpassung der körperlichen und sozialen Aktivitäten. Ganz allgemein ist (körperliche) Aktivität mit einer besseren psychischen Verfassung und Prognose assoziiert, wenngleich ein möglicher kausaler Zusammenhang vorsichtig bewertet werden muss (ten Have et al. 2011). Angemessene Aktivität stellt im Falle von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ein zentrales Thema dar.

Alle gemeinsam beschlossenen Therapiemaßnahmen stehen auch im Zusammenhang mit dem Aufbau eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Dies gelingt umso effektiver, wenn die Vorstellungen des Patienten über Beschwerdeursachen und mögliche Therapien mit einbezogen werden. Somatische, pharmakologische, aber oft auch komplementärmedizinische Monotherapien ohne Integration in einen

Behandlungsplan bergen das Risiko der Passivierung des Patienten und der Stabilisierung unangemessener Ursachenüberzeugungen.

Für den gewählten Empfehlungsgrad liegt aufgrund mangelnder Studienlage keine ausreichende Evidenz vor. Im Konsensusverfahren wurde jedoch starker Konsens festgestellt und wegen des grundlegenden Charakters der Empfehlung der Empfehlungsgrad aufgewertet.

Praxistipp 21: Therapieziele

Gemeinsames Festlegen: Selbst wenn wir davon ausgehen müssen, dass die Beschwerden nicht rasch oder vollständig verschwinden,

- gibt es etwas, was Ihnen Ihr Leben trotzdem lebenswert oder lebenswerter gestalten würde?
- was könnte denn sonst ein wichtiges Ergebnis der Behandlung für Sie sein?

Konkrete/gestufte Ziele: Sie sind früher gerne gewandert: können Sie sich vorstellen, dass es auch ein Ziel sein könnte, dass Ihre Beweglichkeit im Alltag besser wird, sagen wir zum Beispiel beim Spaziergehen? Und dann auch beim Treppensteigen?

Sie haben doch gesagt, Sie waren früher so optimistisch: können Sie sich vorstellen, dass es auch ein Ziel sein könnte, dass Ihre Stimmung wieder besser wird? Dass sie wieder beginnen können, Ihr Hobby wieder aufzugreifen?

Im Falle von ausgeprägter Gesundheitsangst: würde es Ihnen vielleicht mehr helfen, wenn Sie nicht mehr solche Angst haben müssten, dass Ihren Beschwerden eine bedrohliche Ursache zugrunde liegt?

Empfehlung 98: Dem Patienten sollten die Beschwerden in **anschaulicher Weise erklärt** werden, z.B. durch das **Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge** (Psychoedukation; z.B. Stressphysiologie, Teufelskreismodelle; [vergl. ⇒ Praxistipp 29](#)) (Evidenzgrad: 2a). Dabei sollte an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten angeknüpft und nach und nach ein **biopsychosoziales Krankheitsmodell** aufgebaut sowie eine **positive Beschreibung der Beschwerden** („nicht-spezifisch“, „funktionell“, „somatoform/psychosomatisch“, ggf. auch eine entsprechende Diagnose) angeboten werden (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 98:

Allen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden liegen potentielle psychophysiologische Zusammenhänge zugrunde. Die Informationsvermittlung zu wesentlichen Aspekten der Beschwerden sollte ein wichtiges Element bei der Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformen Körperbeschwerden sein. Dadurch kann die Selbststeuerungsfähigkeit des Patienten günstig beeinflusst und seine Selbstwirksamkeit erhöht werden (Damush et al. 2008). Es ist häufig ein Element in der Initialphase von manualisierten Psychotherapien, aber auch in anderen (multimodalen) Behandlungsprogrammen, und kommt selten auch alleinstehend als Intervention zur Anwendung kommt: Die strukturierte und systematische Vermittlung gesundheits- und/oder störungsrelevanter Informationen auf wissenschaftlicher Basis wird als Psychoedukation bezeichnet (Mühlig & Jacobi 2006) und stellt eine ärztliche ethische Verpflichtung dar. Nicht zuletzt aus diesem Grunde wird Psychoedukation von allen hier angeführten Leitlinien empfohlen.

Multimodale Programme, welche Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsprogramms enthalten, sind in ihrer Wirksamkeit gut belegt (z.B. bei Fibromyalgie: Goldenberg et al. 2004; Rückenschulen bei chronischem Rückenschmerz: Airaksinen et al. 2006; Guzman et al. 2002; beim Reizdarmsyndrom: Stones et al. 2005). Wenig bekannt ist über die Wirksamkeit der Anwendung in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin. Bei chronischen Rückenschmerzen zeigten sich Rückenschulen wirksam im arbeitsmedizinischen Setting, nicht jedoch in der Primärversorgung (Heymans et al. 2004). Von der Anwendung als Monotherapie, vor allem in geringer Dosierung und Frequenz, ist abzuraten (➔ z.B. auch NVL-LL Kreuzschmerz, LL Fibromyalgie-Syndrom).

Das Krankheitsverständnis des Patienten sollte früh erfasst und ebenso frühzeitig ein biopsychosoziales Krankheitsmodells aufgebaut werden. Am einfachsten gelingt dies, wenn die Vorstellungen des Patienten, was denn die Ursachen seiner Beschwerden seien, in dieses Modell integriert werden können (Schäfert et al. 2008; Henningsen et al. 2007). Statt „Sie haben nichts“ sollte ihm wertschätzend ein positives Konzept in Form einer verstehbaren Erklärung und eines zugehörigen Krankheitskonzepts angeboten werden. Für diese Aufgabe stehen häufig gut geeignete, anschauliche Informationsmaterialien zur Verfügung, die beispielsweise im Rahmen der Erstellung von Leitlinien gestaltet wurden (➔ z.B. auch NVL-LL Kreuzschmerz oder auch die Patienteninformationen der DEGAM zu einzelnen Beschwerden). Die Aktivierung der Mitarbeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten wird durch Anschaulichkeit verbessert.

Bei Patienten mit langjährigen Beschwerden und mehrfacher organischer Ausschlussdiagnostik ist es im Kontext fachärztlicher Diagnostik (z. B. Gastroenterologie, Rheumatologie) sinnvoll, dem Patienten das diagnostische Etikett zu nennen, das im Brief an den überweisenden Arzt (z. B. Hausarzt) steht. In der Regel erleichtert es Patienten, wenn sie für ihre Beschwerden einen Namen, eine Diagnose bekommen (Epstein et al. 1999; White et al. 2002), was allerdings immer noch zu oft unterbleibt. Die explizite Nennung der Diagnose einer funktionellen Störung wird deshalb in der FMS-Leitlinie empfohlen (Häuser et al. 2009; Layer et al. 2011). Aus Sicht der Betroffenen kann die diagnostische Etikettierung eines Beschwerdekomples, der teilweise zu langwierigen und frustrierten ärztlicher Diagnostik und Therapie geführt hat, nämlich psychisch entlastend und Grundlage eines angemesseneren Behandlung sein (Köllner et al. 2009). Die unangemessene diagnostische Etikettierung eines Beschwerdekomples kann allerdings auch schädlich sein, wenn damit ein deutlicher Krankheitsgewinn verbunden ist, häufig mit sozialmedizinischen Implikationen (Rentenbergehen, lange AU, Schonhaltung).

Der Arzt soll jedoch sorgfältig abwägen, welche Implikationen für den jeweils individuellen Patienten mit einem bestimmten Begriff verbunden sein können (Page & Wessely 2003). Insofern sollen Diagnosen, welche eine strukturelle organische Krankheit unterstellen (z. B. „myalgische Enzephalomyelitis“), vermieden werden. Gerade im hausärztlichen Kontext kann durch beschwerdeorientiertes Benennen und Dokumentieren ein frühzeitiges Labeling vermieden werden. Als gut akzeptabel hat sich der Begriff „funktionell“ erwiesen (Stone et al. 2002), welcher Patienten inhaltlich jedoch erläutert werden sollte. Der Begriff einer funktionellen Störung kann dem Patienten als Reizzustand (z. B. Reizdarmsyndrom, Reizblase) oder als eine funktionelle Störung der zentralnervösen Reizverarbeitung (Fibromyalgiesyndrom) erklärt werden. Kritisch könnte die Verwendung des Begriffes „somatoforme Störung“ sein, da er einerseits von Patienten oft nicht verstanden bzw. als stigmatisierend (weil psychischer Ätiologie) wahrgenommen wird.

Empfehlung 99: Medikamente (z.B. zur Regulation von kardialen Funktionsstörungen, symptomorientierte medikamentöse Therapie bei Reizdarmsyndrom, zur Schmerzlinderung, zur Behandlung psychischer Beschwerden etc.; für Details ➡ spezielle Leitlinien zu funktionellen somatischen Syndromen) sollten **nach kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung** und nur dann eingesetzt werden, wenn die Einnahme **zeitlich begrenzt** ist und ihr Ziel, also die **Symptomlinderung**, dem Patienten angemessen erklärt wird (⇒ [Praxistipp 22](#)). Die Therapie ist bezüglich ihres Nutzens (Reduktion von Beschwerden und Beeinträchtigungen) und ihrer unerwünschten Wirkungen **kontinuierlich zu überprüfen**.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 99:

Pharmakotherapie soll eine Zielsymptom-orientierte Begleitmaßnahme in Phasen erheblicher Beeinträchtigung sein (z. B. während der Einleitung einer Psychotherapie) und keine Monotherapie darstellen (also etwa *anstatt* des aktiven ärztlichen Gesprächs zur Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells). Bei der Empfehlung einer medikamentösen Therapie müssen diesbezügliche Vorstellungen des Patienten, ggf. seine Begleiterkrankungen, ökonomische Aspekte sowie die Umsetzbarkeit der Therapie im Lebenskontext des Patienten berücksichtigt werden. Die Vergabe des Medikaments soll wiederum erst nach ausführlicher Information über Sinn, Bedingungen (Kosten, feste oder bedarfsgesteuerte Anwendung) sowie Art und Häufigkeit möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen erfolgen. Dies dient nicht zuletzt dazu, dass der Patient die Verabreichung nicht als Bestätigung einer eigentlich somatischen Ursache versteht.

Studien zum Nachweis der Wirkung einer Pharmakotherapie fehlen gegenwärtig bei der Mehrheit nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden. Keine bzw. allenfalls geringe Evidenz ließ sich nachweisen für Corticosteroide oder Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) bei dem Fibromyalgiesyndrom, für Immunglobulin, Interferon oder Corticosteroide bei dem chronischen Müdigkeitssyndrom; Botulinum oder Niacin bei chronischem Spannungskopfschmerz, Analgetika, Goserelin oder Progestogen beim chronischen Unterleibsschmerz der Frau, Analgetika bei der temporomandibulären Dysfunktion, prophylaktischer Medikation beim Spannungskopfschmerz. Beim Vollbild eines Reizdarmsyndroms hingegen (spezifisch für die verschiedenen klinischen Leitsymptome Diarrhoe, Schmerz, Verstopfung und Blähungen) und bei der nicht-ulzerösen Dyspepsie konnte für periphere Pharmakotherapie klinische Evidenz nachgewiesen werden (Henningens et al 2007; Verhagen et al. 2010; siehe auch spezifische Leitlinien).

Eine Pharmakotherapie soll bezüglich ihres Nutzens und eventueller unerwünschter Nebenwirkungen kontinuierlich durch geeignete Instrumente und/oder gemeinsam mit dem Patienten im Rahmen der regelmäßigen Bilanzgespräche bewertet werden.

Praxistipp 22: *Erläuterung des begleitenden Charakters pharmakotherapeutischer Maßnahmen: „...damit sie sich wieder bewegen können. Wenn Sie sich wieder mehr bewegen, brauchen Sie es nicht mehr...“ (anstatt: „ zur Behandlung des Herzens“ oder „des Rückens“); „... damit Sie nicht mehr so häufig überraschend nach einer Toilette suchen müssen. Wenn sich Ihre Verdauung wieder etwas stabilisiert hat, benötigen Sie es nicht mehr.“*

Empfehlung 100: Mit der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit **sollte kritisch und zurückhaltend** umgegangen und frühzeitig auch auf unerwünschte Aspekte einer Arbeitsunfähigkeit hingewiesen werden, indem die *Vorteile* der Krankenrolle (Schonung, Entlastung) klar ihren *Nachteilen* (Vermeidung, weitere Schwächung durch Schonung, „Arbeitsunfähigkeitsfalle“) gegenübergestellt werden (Evidenzgrad: 4-5). Bei leichteren Verläufen kann die **Bescheinigung einer befristeten Arbeitsunfähigkeit** (7 Tage mit Wiedervorstellung und ggf. Verlängerung um weitere 7 Tage) erwogen werden, um eine spontane Beschwerde-Besserung zu unterstützen und um die therapeutische Beziehung bzw. die Behandlungcompliance zu fördern.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 100:

Krankschreibungen sollten als ärztlich verordnetes Schonverhalten verstanden werden und unter diesem Aspekt kritisch bewertet werden. Sowohl die Frage, ob eine Krankschreibung notwendig ist, als auch die Dauer der Krankschreibung sollte erwogen werden.

In einer Studie (Bishop et al. 2008) an Patienten mit chronischem unterem Rückenschmerz neigte ein beträchtlicher Prozentsatz (28%) der befragten Hausärzte trotz prinzipieller Kenntnis der entsprechenden Leitlinienempfehlungen zur unbegründeten Krankschreibung. Bezüglich der Dauer der Krankschreibung können die Überlegungen zur regelmäßigen, festen und nicht beschwerdegesteuerten Einbestellung herangezogen werden. Eine Krankschreibung impliziert die Annahme einer beträchtlichen Beeinträchtigung, ein maximaler Zeitraum von 2 Wochen (Pols & Battersby 2008; Smith et al. 2009) entspricht dem empfohlenen Intervall für eine regelmäßige Wiedereinbestellung. Für die Entscheidung, wann eine Reevaluierung nach der AU vorgenommen wird, sollte das persönliche Umfeld mit betrachtet werden (familiäre Unterstützung, mögliche Konflikte am Arbeitsplatz).

Bei längerer Krankschreibung besteht die Gefahr, dass der Patient sich allein gelassen fühlt und das Risiko dysfunktionaler krankheitsbezogener Überzeugungen und Verhaltensweisen steigt, eine Chronifizierung kann vorbereitet und begünstigt werden. Schließlich steigt auch das Risiko für eine „AU-Falle“: der Patient stellt sich nach einer Krankschreibung bald mit gleichen oder sogar schlimmeren Beschwerden vor und wünscht eine erneute Krankschreibung. Die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit oder Berentungswunsch sollte mit einer sorgfältigen Analyse etwaiger Belastungen am Arbeitsplatz verbunden werden. letztere auch mit einer gründlichen Bilanzierung der Krankengeschichte und des Behandlungsverlaufs (Henningens et al. 2002).

8.1.2. Zusätzliche therapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen

Zusätzliche therapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen

Empfehlung 101: Die hausärztliche bzw. somatisch-fachärztliche Betreuung stellt auch **bei schwereren Verläufen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden das **zentrale Behandlungselement** dar. Hierbei sollte jedoch auf eine **stärkere Strukturierung des Settings** (vor allem auf regelmäßige, zeitlich begrenzte Termine) und **der Inhalte** geachtet werden (Evidenzgrad: 2a).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 101:

Auch schwerere Verläufe sind in der hausärztlichen bzw. somatisch-fachärztlichen Betreuung nicht selten anzutreffen (Hanel et al. 2009). Die Behandlung von Patienten mit mehreren, häufigen und oder anhaltenden Beschwerden sowie mit deutlich reduzierter Funktionsfähigkeit, dysfunktionalen Annahmen zur Krankheitsursache und/oder hoher psychosozialer Belastung bzw. psychische Komorbidität folgt zunächst einmal den Empfehlungen zu den oben beschriebenen therapeutischen Basis-Maßnahmen. Wenn diese nicht zu einer Besserung der Beschwerden führen, werden – dem Prinzip einer individuell differenzierten, gestuften Versorgung (differential stepped care) folgend – weitere therapeutische Maßnahmen notwendig (Henningsen et al. 2007; Fink & Rosendal 2008).

Bewährt hat sich eine stärkere Strukturierung des Settings mit regelmäßiger Terminvergabe (ggf. auch mit vereinbarten telefonischen Kurzkontakten) und zeitlicher Begrenzung der Sitzungen (Aiarzaguena et al. 2007; Pols & Battersby 2008; Smith et al. 2006; Smith et al. 2009). Falls noch nicht geschehen, sollten konkrete und realistische Therapieziele und die dazu gehörigen Therapiemaßnahmen gemeinsam erarbeitet werden. Parallel verlaufende Behandlungen sollten erfragt werden, um diese ggf. in den Behandlungsplan zu integrieren. Weitere Behandlungsoptionen sollten erwogen werden (Hoedeman et al. 2010). Die Strukturierung der Gesamtbehandlung dient auch der Vermeidung iatrogener Schädigungen durch nicht indizierte Therapien (Kouyanou et al. 1998). Zusätzlich werden weitere Selbsthilfestrategien und mögliche Gesundheitsängste und damit zusammenhängendes Schon- und Vermeidungsverhalten aktiv erfragt. Letzteres sollte mittels gestufter körperliche Aktivierung beeinflusst werden. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, sollte eine Überweisung zur Psychotherapie behutsam vorbereitet werden.

Empfehlung 102: Mögliche gesundheitsbezogene Ängste und damit verbundenes Sicherheitsuchendes Verhalten sollten in der Behandlung thematisiert werden (Evidenzgrad: 2a). Dazu zählen:

- **Angst des Patienten vor übersehenen Befunden, einer bedrohlichen Erkrankung, Behinderung, Tod.**
- **Suche nach Rückversicherung** bei Ärzten oder anderen Personen und durch Medien (Internet, Fachbücher).
- **Body checking**, d.h. Kontrollieren des Körpers und der Körperfunktionen (z. B. Abtasten von Körperregionen, wiederholtes Messen von Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur, etc.).

Empfehlungsgrad: ↑B

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 102:

Gesundheitsbezogene Ängste sind bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden häufig, aber nicht zwangsläufig vergesellschaftet (Hanel et al. 2009; Tyrer et al. 2011). Die häufigsten Ängste beziehen darauf, dass den Symptomen eine bedrohliche Ursache zugrunde liegt, dass diese bei bisherigen Untersuchungen übersehen wurde, und dass ein bedrohlicher Verlauf bis hin zu Behinderung und Tod zu erwarten ist. Der Patient neigt zu wiederholten Rückversicherungen unter Nutzung verschiedenster Quellen, wobei die Wirkung der Versicherung, dass nichts Ernstliches vorliegt, nicht nachhaltig gelingt. Es besteht das Risiko einer iatrogenen Schädigung durch unnötige invasive Untersuchungen (Hinson & Haren 2006).

Die o.g. Verhaltensweisen sollten exploriert und ihre positiven und negativen, kurz- und langfristigen Konsequenzen mit dem Patienten besprochen werden. Wenig ausgeprägte gesundheitsbezogene Ängste sind auch in der haus- bzw. fachärztlichen Medizin behandelbar (García-Campayo et al. 2010), stärker ausgeprägte Ängste hingegen können besser durch (psycho-)therapeutische Interventionen beeinflusst werden (Toft et al. 2010; Greeven et al. 2007). Gute Evidenz liegt vor für verhaltenstherapeutische Verfahren (Greeven et al. 2007; Seivewright et al. 2008; Nakao et al. 2010). Als Voraussetzung einer dauerhaften Verhaltensänderung sollte eine *bewusste Entscheidung* zur Reduktion problematischen Verhaltens bewirkt werden. Ggf. sollte eine Reduktion problematischer Verhaltensweisen vereinbart und *Alternativen* zu den ungünstigen Verhaltensweisen erarbeitet werden (siehe auch Visser & Bouman 2001).

Ausgeprägte gesundheitsbezogene Ängste sollten – als Kriterium schwererer Verläufe – bei der Erwägung und Vorbereitung einer (fach-)psychotherapeutischen Mitbehandlung berücksichtigt werden.

Empfehlung 103: Mögliches Schon- und Vermeidungsverhalten hinsichtlich angenommener Auslöser der Beschwerden (Bewegung, Anstrengung, Umwelteinflüsse wie Chemikalien, Lebensmittel oder Lebensmittelzusätze) sollte in der Behandlung **thematisiert werden**. Eine Tolerierung kurzfristiger Schonung und Vermeidung zur Angstminderung und Beziehungsstabilisierung kann im Einzelfall sinnvoll sein, grundsätzlich sollte aber zur **(Wieder-)Aufnahme sozialer und körperlicher Aktivität** und zur **(Re-) Exposition geraten werden** (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑ B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 103:

Unangemessene körperlicher Schonung des Patienten ist prognostisch ungünstig (Waddell et al. 1997; Kouyanou et al. 1997), körperliche Aktivität hingegen prognostisch eher günstig (ten Have et al. 2011). Angesichts dessen wird der Rat zu körperlicher Schonung für den Patienten zu häufig erteilt, da er mit dem Risiko nachfolgender körperlicher Dekonditionierung verbunden ist. Insgesamt sind aktivierende Maßnahmen als wirksamer zu beurteilen als passivierende (Krankengymnastik statt Massage) (Henningsen et al. 2007). Das Ziel der Behandlung ist damit insgesamt eine maßvolle psychosoziale und körperliche Aktivierung und die Stärkung einer gesunden Lebensführung (z.B. hinsichtlich Nikotinkarenz, Schlaf und Ernährung, bei bestimmten Beschwerden auch Gewichtsreduktion (Henningsen et al. 2002; Shiri et al. 2010; Alkherayf & Agbi 2009; Scott et al. 1999). Zu beachten ist, dass Schon- und Vermeidungsverhalten auch durch ausgeprägte Gesundheitsangst bedingt sein kann (Visser & Bouman 2001).

Besonders Patienten, die ihre Beschwerden primär auf Umwelteinflüsse zurückführen, zeichnen sich in der Regel durch ausgeprägte Vermeidung und damit häufig stark reduzierte körperliche (und soziale) Aktivität aus.

Der Aktionsradius dieser Patienten ist in der Regel stark eingeschränkt: sie glauben, multiple Substanzen, Orte, Menschen, Tätigkeiten meiden zu „müssen“ (Staudenmayer 1999; Saito et al. 2005; Hausteiner et al. 2007a), um sich in der Welt wieder sicher zu fühlen.

Gelegentliche kurzfristige Vermeidungen zur Angstminderung sollten bei dem Patienten akzeptiert werden, insbesondere in der frühen Behandlung können sie für die Beziehungsstabilisierung hilfreich sein. Mittel- und langfristig und in nicht-direktiver Form empfiehlt es sich, den Patienten an eine Re-Exposition heranzuführen: nur über die Auseinandersetzung mit den vermeintlich schädigenden Agentien kann der Patient vermehrt wieder in eine aktive, handlungsfähige Position mit besserer Selbstwirksamkeit gelangen (Bailer et al. 2003; Hausteiner et al. 2007b und 2008), diese sollte daher früh angestrebt werden. Hilfreich in diesem Zusammenhang ist die Vermittlung des Konzepts der somatosensorischen Verstärkung (Barsky et al. 1990), d.h. einer Aufmerksamkeitsverschiebung und Fokussierung auf potenziell bedrohliche externe Stimuli verbunden mit der Wahrnehmung der dazu auftretenden körperlichen Signale/Beschwerden, die schließlich in einen Teufelskreis einer konsekutiven Verstärkung dieser Assoziation und des körperlichen Anspannungsniveaus münden (Hausteiner et al. 2007a).

Empfehlung 104: Die mögliche **Nutzung verschiedener Selbsthilfestrategien** (z.B. Internetforen, Selbsthilfegruppen und Patientenratgeber) sollte in der Behandlung **thematisiert werden** (Evidenzgrad: 5)

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 104:

Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden nutzen neben ihren ärztlichen Konsultationen (häufig) auch weitere verbreitete Möglichkeiten der Informationsgewinnung. Dies birgt Chancen im Sinne einer günstigen Prognose bei chronischen Erkrankungen (Zimmer et al. 2010). Bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Beschwerden konnte eine kognitiv-behavioral ausgerichtete Selbsthilfeanleitung eine globale Verbesserung im Vergleich vor und nach Intervention bewirken. Langfristig waren symptomatische Verbesserungen und eine Steigerung der körperlichen Funktionsfähigkeit nachweisbar (Sharpe et al. 2011). Bei einer Gruppe von Patienten mit Reizdarmsyndrom bewirkte ein ähnliches Vorgehen bei Patienten mit Reizdarmsyndrom ebenfalls eine signifikante Reduktion der Schwere der Symptome, auch wenn das Bild der Symptomatik insgesamt gleich blieb. Zusätzlich war eine Reduktion der Inanspruchnahme und der diesbezüglichen Kosten nachweisbar (Robinson et al. 2006). Die Teilnahme an einer einzelnen Sitzung einer zusätzlich angebotenen Selbsthilfegruppe brachte keinen zusätzlichen Effekt. Der entscheidende Grund für die Wirksamkeit dieser Maßnahmen liegt möglicherweise in der positiven und informierten Einstellung mancher Patienten gegenüber Selbsthilfe und Selbstmanagement (Hungin 2006).

Diese Formen der angeleiteten Selbsthilfe („guided self help“) können weitgehend auch als systematische Psychoedukation betrachtet werden. Unkontrolliertes Sammeln von Informationen birgt jedoch auch Risiken, wenn die Informationen unausgewogen und unangemessen ausgewählt und/oder systematisch missinterpretiert werden. Eine naheliegende Ursache hierfür kann beispielsweise ein hohes Maß an Gesundheitsangst sein, die dazu führen kann, dass Patienten häufige und nicht-spezifische Symptome in Zusammenhang mit der Möglichkeit einer schweren Erkrankung bringen.

Empfehlung 105: Der primär verantwortliche Hausarzt bzw. somatische Facharzt sollte die **Einbeziehung weiterer Behandlungen** (siehe v.a. Kapitel 8.2.) **planen** und **koordinieren** (Evidenzgrad: 2a). Dabei sollte sichergestellt werden, dass ein **gemeinsames, abgestimmtes Behandlungskonzept** (z.B. was die diagnostische Zuordnung, die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits- oder anderen Bescheinigungen und die wichtigsten Therapiestrategien einschließlich der Medikation) angewandt wird. Dies ist am ehesten möglich auf der Grundlage der Richtlinien der psychosomatischen Grundversorgung (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 105 (siehe auch Empfehlung 47 bis 50):

Gleichzeitige Behandlungen durch mehrere Therapeuten, auch aus verschiedenen therapeutischen Bereichen sind bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden häufig (Barsky et al. 2005). Mehrere Reviews zum Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden weisen auf die Bedeutung einer guten Kooperation der Behandler hin, um die Versorgung zu optimieren ("collaborative/ stepped care") (Smith et al. 2003; Henningsen et al. 2007; Fink & Rosendal 2008; Hoedeman et al. 2010; Heijmans et al. 2011; Gask et al. 2011). Gute Kooperation bedeutet, dass alle Behandler sich auf eine vergleichbare diagnostische Zuordnung geeinigt haben, dass sie wechselseitig über die jeweiligen therapeutischen Interventionen und deren Ziele informiert sind, und dass Bescheinigungen und Verschreibungen nur von einem Behandler – i.d.R. dem Hausarzt – ausgestellt werden. Dies sollte auf der Grundlage der psychosomatischen Grundversorgung erfolgen, welche ein solches Vorgehen explizit fordert: „Die Kooperation geschieht durch gute und geplante Abstimmung aller an der Behandlung des Patienten beteiligten im Sinne des Case- und Disease-Managements“ (Bundesärztekammer 2001, S. 7). Durch die Kooperation können Netzwerke gebildet werden, die fach- und sektorenübergreifend effektiv kommunizieren und behandeln. Allerdings gibt es für eine solche Kommunikation zwischen den Behandlern in Deutschland bisher keine Vergütungsstruktur.

Empfehlung 106: Körperliche bzw. sportliche Aktivierung (z.B. aerobes Ausdauertraining, aktive Formen von Physiotherapie) stellen für die Mehrheit schwerer verlaufender nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden **zentrale Behandlungsaspekte** dar. Sie sollen **gut vorbereitet** und durch **anhaltende Motivation begleitet** werden, **gestuft** erfolgen (also mit langsam ansteigendem Schweregrad) und **mit Erholungsphasen abgewechselt** werden (⇒ [Praxistipp 23](#)) (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 107: Der zeitlich begrenzte Einsatz anderer Formen **übender Verfahren** (z.B. Funktionstraining, Krankengymnastik) oder **physikalischer Maßnahmen** (z. B. Balneotherapie, Wärmeanwendungen) kann unter Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil **eines Gesamtbehandlungsplans** erwogen werden. Aktivierende Verfahren und abwechselnd aktivierende / entspannende Verfahren bzw. Behandlungsverfahren, welche die Patienten nach therapeutischer Anleitung eigenständig dauerhaft selbst einsetzen können, sollten dabei rein passiven Verfahren vorgezogen werden (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 106 und 107:

Die Wirksamkeit aktivierender Verfahren ist bei den genannten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sehr gut belegt. Die Wirksamkeit dieser Verfahren beruht auf der Annahme einer systematischen Dekonditionierung des Patienten und einer Neigung zur Vermeidung von Aktivitäten wegen der damit verbundenen Anstrengung. Die aktuellen Leitlinien zu FMS, zum Rückenschmerz, zu Nackenschmerzen, Müdigkeit und zum Reizdarmsyndrom betonen, dass vorzugsweise aktivierende Verfahren zur Therapie eingesetzt werden sollen. Eine Vielzahl von Wirksamkeitsnachweisen liegen vor für die Überlegenheit von aerobem Ausdauertraining in der Behandlung des Fibromyalgiesyndroms (Häuser et al. 2010). Die Behandlung erfolgte teilweise in Kombination mit Entspannung oder mit Krafttraining. Als wirksam erwiesen sich auch Muskelkräftigung und aktive Physiotherapie. Die Überlegenheit erwies sich überwiegend gegenüber überwiegend passiven, als Monotherapie angewandten Verfahren wie Edukation, Muskeldehnung, Body-Awarenesstherapie, Diskussionsgruppe, Biofeedback, aber auch kognitiver Verhaltenstherapie (für eine Darstellung der Evidenzlage sei auf die genannten Leitlinien verwiesen). In der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung können diese Konzepte ebenfalls umgesetzt werden, gute Wirksamkeit ist belegt bei chronischem Schmerz und Rückenschmerz (Dobscha et al. 2009; Sculco et al. 2004), bei subakutem Nackenschmerz, (Pool et al. 2010), aber auch bei chronischer Müdigkeit (McCrone et al. 2004; Edmonds et al. 2004; White et al. 2011) und Fibromyalgie (Busch et al. 2011; bei Heranwachsenden: Stephens et al. 2008)

Ein Vorteil aktivierender Verfahren besteht darin, dass der Patient nach qualifizierter Anleitung diese selbst eigenständig nachhaltig einsetzen kann. Bei der Fibromyalgie zählen hierzu auch Balneotherapie und Wärmeanwendungen. Passive physikalische Maßnahmen werden in allen genannten Leitlinien lediglich dann als möglich erwogen, wenn sie im Rahmen eines mehrere Therapieverfahren umfassenden Behandlungskonzeptes und bei krisenhafter Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik erfolgen.

Beispielhaft beschrieben sei hier das Vorgehen bei der „Graded Exercise Therapy“ GET (White et al. 2011): zunächst wird eine Baseline alltäglicher Aktivitäten festgelegt, und darauf aufbauend mit dem Patienten in festgelegten Stufen regelmäßige, zeitlich zunehmende physische Aktivität vereinbart (z.B. Walking, Schwimmen). Eine Aktivitätskontrolle und eine Vermeidung einer eventuellen Überbelastung kann durch Vereinbarung einer Ziel-Herzrate (hier: zu Beginn ca. 50% der maximalen Herzrate) erfolgen. Wenn ein gewisser Umfang an Aktivität erreicht ist (beispielsweise 30 Minuten an 5 Tagen/Woche), kann mit dem Patienten gemeinsam eine Steigerung der Intensität besprochen und umgesetzt werden (z.B. durch Erhöhung der Ziel-Herzrate, Moss-Morris et al. 2005).

Die Art der Implementierung aktivierender Verfahren in Therapie und Alltag des Patienten kann auf vielfältige Weise erfolgen, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen des jeweiligen Patienten. Sie können mit weiteren Verfahren kombiniert werden (Macedo et al. 2010). Die Behandlung selbst kann als eine Form der Aktivierung wirken: gerade die feste Wiedereinbestellung – im Gegensatz zur beschwerdegesteuerten – sowie die Teilnahme an regelmäßigen z. B. physiotherapeutischen Behandlungen können durchaus als Aktivierung auf Basis-Niveau betrachtet werden. Dem Haus- bzw. Facharzt kommt hier die Aufgabe zu, den Patienten zu motivieren, eventuelle Hindernisse zu besprechen, und sinnvoll gestufte Hierarchien zu vereinbaren. Dies fällt leichter, wenn vorzugsweise vom Patienten als angenehm erlebte Aktivitäten gesteigert werden.

Passive Verfahren erwiesen sich bisher allenfalls mit fraglicher oder schwächerer Evidenz als wirksam (Henningsen et al. 2007): Chiropraktik oder Massage (Goldenberg DL et al. 2004) beim Fibromyalgiesyndrom; manuelle Therapie (Ernst & Canter 2006) sowie Akupunktur (Melchart et al. 2001) beim Spannungskopfschmerz, beim Reizdarmsyndrom und bei chronischem Rückenschmerz (Airaksinen et al. 2004; Manheimer et al. 2005; Furlan et al. 2005; Lim et al. 2006), weitere passive Verfahren beim chronischen Rückenschmerz (transkutane elektrische Nervenstimulation: Airaksinen et al. 2004; Brosseau et al. 2002; Khadilkar et al. 2005; manuelle Therapie: Airaksinen et al. 2004; Assendelft et al. 2004), manuelle Therapie beim chronischen Unterleibsschmerz der Frau (Stones et al. 2005).

Beim Einsatz dieser Verfahren ist ungeklärt, inwieweit Placebo-Effekte zu den berichteten Behandlungsergebnissen beitragen, vor allem bei Schmerz und Schwindel können diese in nennenswerter Stärke auftreten (Meissner et al. 2011; Hróbjartsson & Gøtzsche 2010). Bei der Akupunktur wurde in randomisierten, kontrollierten klinischen Studien als Vergleichsgruppe auch Pseudo-Akupunktur eingesetzt, deren Wirkung nicht selten als ähnlich beschrieben wurde („Sham-Akupunktur“). Dies stellt den postulierten Wirkmechanismus der Akupunktur in Frage (Lowe et al. 2000; Forbes et al. 2005; Manheimer et al. 2005). Zudem muss die Möglichkeit von unerwünschten relevanten Nebenwirkungen von manuellen Therapieverfahren erwogen werden (Ernst & Canter 2006).

Für eine mögliche Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen liegen Hinweise bei dem Fibromyalgiesyndrom und bei dem chronischen Müdigkeitssyndrom vor (Alraek et al. 2011, Davidson et al. 2011). Allerdings gelang der Wirksamkeitsnachweis nicht in allen Studien, und die wenigen durchgeführten Studien sind durch qualitative Mängel und geringe Fallzahlen charakterisiert, katamnestische Ergebnisse fehlen.

Auch für weitere komplementärmedizinische Verfahren wie beispielsweise Akupunktur, traditionelle chinesische Medizin (TCM) oder aus dem Bereich der erweiterten Naturheilverfahren liegt gegenwärtig keine gesicherte Evidenz vor: die Ergebnisse sind häufig widersprüchlich, und es mangelt an qualitativ hochwertigen Studien (Köllner et al. 2010; Layer et al. 2011). Dies gilt auch für andere Behandlungsansätze, die nicht den konventionellen Therapieverfahren zuzurechnen sind (zum möglichen Einsatz komplementärer Verfahren siehe auch Empfehlung 115, zum Einsatz von i.w.S. körperpsychotherapeutischen Verfahren auch Empfehlung 124).

Praxistipp 23: *Gestufte Aktivitätssteigerung (ausgehend vom individuellen Aktivitätsverhalten des Patienten):*

- Erklärung von Sinn und Prinzip der gestuften Aktivitätssteigerung: *„Entspannen und erholen können Sie sich am besten, wenn Sie sich körperlich betätigt und vielleicht sogar etwas angestrengt haben. Dabei sollen Sie allerdings auch nicht übertreiben.“*, *„Das ist wie bei einem Muskel, der ja leistungsfähiger wird, wenn Sie ihn trainieren. Das funktioniert am besten, wenn Sie langsam steigern, auf Erholungspausen achten und es nicht übertreiben.“*
- Gezielte und regelmäßige körperliche/ sportliche Aktivitäten möglichst **in den Alltag integrieren**, idealerweise zusammen mit vermehrter sozialer Aktivität durch Teilnahme an entsprechenden Gruppen (**zu Fuß zum Einkaufen gehen, Fahrrad fahren, Nordic walking/ Lauf-Treff, Gymnastikgruppe**).
- Den Patienten **kontinuierlich motivieren**, um die Nachhaltigkeit der Aktivierung zu gewährleisten („Erzählen Sie mir doch einmal, wie viel Sie bisher erreicht haben. – **Sehr gut, können Sie sich vorstellen, das fortzuführen oder möglicherweise noch etwas drauf zu legen?**“).
- Beratung im Sinne täglicher körperlicher Beanspruchung im **Wechsel mit Erholungsphasen**.
- Tendenz vieler Patienten beachten, bei relativem Wohlbefinden **zu schnell zu aktiv** zu werden und die dann entstehende Symptomzunahme (Schmerz, Erschöpfung) als Beleg dafür zu werten, sich möglichst wenig aktiv zu verhalten. Auf diese **Gefahr und andere zwischenzeitliche Rückschläge** bereits bei der Erläuterung der Maßnahme hinweisen!
- Bei Müdigkeit und Erschöpfung, Fibromyalgie-Syndrom, Rückenschmerzen sowie umweltbezogenen Beschwerden besteht ein besonders hohes Risiko zu Schonung, Vermeidung und Rückzug. Hier ist es besonders wichtig, in kleinen Schritten zur **Erweiterung des Bewegungsradius** zu ermutigen. Bei diesen Beschwerdebildern gibt es allerdings auch eine kleine Gruppe übermäßig aktiver Patienten („Durchhalter“), denen mit Nachdruck zu nach Art und Umfang angemessenen Aktivitäten geraten werden soll.

Empfehlung 108: Bei besonders schweren, chronifizierten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollten bereits in der hausärztlichen und somatischen Fachmedizin **multimodale Therapieansätze** erwogen werden, auch wenn sie zunächst mit höheren Behandlungskosten verbunden sind. Vor allem ihre ambulante Verfügbarkeit kann allerdings begrenzt sein (z.B. auf dem Lande).

KKP

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 108:

Definition „multimodale Behandlung“: Vor allem bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden kommt es vermehrt zu gleichzeitigen Behandlungen durch mehrere Therapeuten, auch aus verschiedenen therapeutischen Bereichen, mit unterschiedlichen Graden gemeinsamer Abstimmung. Eine solche Behandlung wird als ‚multimodale Behandlung‘ erst genau dann bezeichnet, wenn es sich um eine interdisziplinäre Behandlung nach festgelegtem Behandlungsplan unter ärztlicher Leitung handelt, unter Einbeziehung von mindestens

zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin. Voraussetzung für eine multimodale Behandlung i.e.S. ist zudem eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst-oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien (Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI; deutscher Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS Ziffer 8-918.x). Eine angemessene multimodale Schmerztherapie unter Anwendung einer Auswahl dieser Komponenten ist vor allem bei der Therapie schwererer schmerzdominanter Verläufe von Bedeutung. Diese beinhaltet üblicherweise körperliche, kognitive und verhaltensbezogene Komponenten und bezweckt angemesseneres, selbstwirksames Verhalten.

Invasive Maßnahmen (z.B. rückenmarksnahe Injektionen von Schmerz- und Entzündungshemmern, Medikamentenpumpen, epidurale Rückenmarksstimulation) sollten nicht erfolgen oder einer sehr strengen Indikationsstellung unterliegen (☞ LL „Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen“, NVL „Kreuzschmerz“, LL „Fibromyalgie-Syndrom“).

Die Wirksamkeit multimodaler Therapie wurde nicht nur, aber vor allem für Schmerzen verschiedener Lokalisation in einer Reihe von systematischen Reviews bestätigt (für Rückenschmerz: Arnold et al. 2009; Airaksinen et al. 2004; Guzman et al. 2002; beim Fibromyalgiesyndrom: Goldenberg et al., 2004; Arnold et al. 2008; Häuser et al. 2009; Köllner et al. 2011; beim Reizdarmsyndrom: Ford et al. 2009. Einzelne Wirksamkeitsnachweise liegen zudem vor für das Temporomandibular-Syndrom (Furto et al. 2006), für das chronische Müdigkeitssyndrom (Goudsmit et al. 2009), bei Tinnitus (Graul et al. 2008), bei chronischem Unterleibsschmerz der Frau (Stones et al. 2005), bei nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Symptomen (McLeod et al. 1997, bei Heranwachsenden: Warner et al. 2011); Kopfschmerz (Gunreben-Stempfle et al. 2010) und für atypischem Brustschmerz (Potts et al. 1999). Die untersuchten multimodalen Therapien enthielten verschiedene Kombinationen von Psychotherapie, Physiotherapie, Pharmakotherapie, Training, Psychoedukation, im Einzel und Gruppensetting sowie im stationären oder ambulanten Setting. Die Überlegenheit multimodaler Therapie gegenüber unimodaler Behandlung wurde nachgewiesen gegenüber Entspannung (Hammond et al. 2006; Keel et al. 1998) und gegenüber Edukation (King et al. 2002). Eine Bestimmung des spezifischen Anteils einzelner Elemente an dem Gesamt-Behandlungseffekt ist in der jeweiligen Kombination nicht möglich. Hinweise auf eine längerfristige Kostenersparnis durch ambulante multimodale Therapie finden sich beim Fibromyalgiesyndrom (Arnold et al. 2008).

Entsprechend werden in den Leitlinien zum Fibromyalgiesyndrom und zum chronischen Unterleibsschmerz der Frau sowie der NVL „Kreuzschmerz“ bei schwereren Verläufen Empfehlungen zu multimodalen (Schmerz-)Therapien ausgesprochen. Sind ambulante Maßnahmen nicht ausreichend bzw. nicht möglich, ist eine (teil-)stationäre multimodale Therapie anzuraten, ggf. auch durch Veranlassung einer psychosomatischen Rehabilitation.

Zu beachten ist ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko bei Patienten mit schweren, chronifizierten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, nachweislich vor allem bei Schmerzen (Fishbain 1999; Ilgen et al. 2008).

Empfehlung 109: Als wesentliches Therapieelement soll bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (⇒ [Praxistipp 25](#)) frühzeitig eine **fachpsychotherapeutische Mitbehandlung** erfolgen (⇒ Kapitel 8.2.), die vorher mit dem Patienten **gut organisiert** sowie **behutsam vor- und nachbesprochen** werden soll (⇒ [Praxistipp 24](#); Evidenzgrad: 1b). Bei mangelnder Verfügbarkeit können – z.B. in Regionen mit zu wenigen Fachpsychotherapeuten – **fachgebundene Psychotherapie (idealerweise durch den primär behandelnden (Haus-)Arzt)** oder auch eine **(teil-)stationäre Behandlung** (in deren Rahmen ein strukturierter Behandlungsplan bis hin zur multimodalen Behandlung oft besser realisierbar ist) erfolgen (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 109:

Zusätzliche Fachpsychotherapie bzw. fachgebundene Psychotherapie (fachgebundene Psychotherapie „umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und psychotherapeutische indikationsbezogene Behandlung von Erkrankungen des jeweiligen Gebietes, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen mit bedingt sind“; Musterweiterbildungsordnung der Deutschen Ärztekammer, 2010) ist bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden wirksam und daher indiziert (siehe Abschnitt 9.2: Störungsorientierte Fach- oder fachgebundene Psychotherapie). Der Zeitraum vor einer psychotherapeutischen Mitbehandlung oder multimodalen Behandlung ist allerdings häufig zu lang (Bouton et al. 2008). Die Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung ergeben sich in erster Linie aus der Schwere des Krankheitsverlaufs (⇒Tabelle 7.2.; ⇒ [Praxistipp 24](#)). Aus haus- und somatisch fachärztlicher Sicht ist vor allem die sorgfältige Vor- und Nachbereitung einer Psychotherapie wesentlich (Henningsen 2002).

- Überweisungen sollen als Prozess betrachtet werden, den es mit dem Patienten vor- und nachzubereiten gilt, um Transparenz und Kontinuität sicher zu stellen (Gask et al. 2011). In (Psycho-)Therapien gemachte Erfahrungen sollten aktiv erfragt werden (z. B. im Bilanzgespräch).
- Vor Überweisungen zu somatischen wie zu psychotherapeutischen/psychiatrischen Fachkollegen sollen sowohl klärende Arzt-zu-Patient-Gespräche (zuerst!) als auch klärende Behandler-zu-Behandler-Gespräche erfolgen (nach Absprache mit dem Patienten).
- Nach Überweisungen zu somatischen wie zu psychosozialen Fachkollegen sollten, vor allem im Interesse der Behandler-Patient-Beziehung, „Nachschau-Gespräche“ mit dem Patienten geführt werden: Der Patient sollte sich nicht weg geschickt fühlen, sondern sich gewiss sein, dass es eine Kontinuität in der Zuständigkeit und im Interesse des Hausarztes gibt.

Empfehlung 110: Die **Motivation** zur psychosozialen Diagnostik bzw. zur Psychotherapie sollte ggf. als ein wichtiges **Behandlungs(zwischen)ergebnis** und nicht als Bringschuld des Patienten angesehen werden.

Der psychosoziale Experte wird *zusätzlich* „mit ins Boot geholt“, der Patient wird NICHT an ihn „abgegeben“.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 110:


Die Mehrheit der Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden weist eine geringe Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung auf (Franz et al. 1993), dies wurde speziell für Patienten mit funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen gezeigt (Martens et al. 2010). Gerade in der Anfangsphase der Behandlung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist es wichtig, an den häufig passiven Behandlungserwartungen und negativen Vorannahmen über eine psychotherapeutische Behandlung zu arbeiten. Im Rahmen einer kontrollierten Studie an 161 allerdings stationär versorgten Patienten mit Somatisierungssyndrom zeigte sich beispielsweise, dass eine hohe Therapieakzeptanz und mehr psychotherapeutische Behandlungserwartungen einen positiven Einfluss auf den Behandlungserfolg nach 12 Monaten hatten (Timmer et al. 2006).

Bei der Integration und Koordination der einzelnen Behandlungselemente – neben der Fachpsychotherapie sind noch weitere Bestandteile denkbar – kommt dem Hausarzt eine Schlüsselrolle zu (Hoedemann et al. 2010). Der Hausarzt sollte eine Motivation zur Überweisung zur Fachpsychotherapie als ein therapeutisches Ziel betrachten und nicht erwarten, dass der Patient diese Möglichkeit selbst anspricht. Der Umgang mit Überweisungen sollte so gestaltet werden, dass sich der Patient nicht weg geschickt fühlt, sondern dass Spezialisten zusätzlich mit ins Boot geholt werden und gleichzeitig die kontinuierliche Begleitung durch den Primärbehandler bestehen bleibt.

Praxistipp 24: Formulierungsbeispiele für eine gut vor- und nachbereitete (Überweisung zur) Psychotherapie

- *„Wir haben uns nun bereits intensiv mit Ihren Beschwerden in verschiedenen Bereichen beschäftigt. Ich würde gerne einen weiteren Experten zu Rate ziehen, der Ihnen helfen könnte, mit den Folgen Ihrer Beschwerden im Alltag besser klar zu kommen.“*
- *„Viele meiner Patienten mit ähnlichen Beschwerden, wie Sie sie beschreiben, haben gute Erfahrungen nach einer Beratung bei meinem Kollegen XY gemacht.“*
- *„Das heißt nicht, dass wir unsere Behandlung unterbrechen; ich möchte, dass Sie nach diesem Termin unbedingt zu unserem nächsten vereinbarten Termin wieder kommen und berichten. Wir werden unsere Zusammenarbeit parallel fortführen.“*
- *Erfahrungen mit zusätzlichen Therapieelementen erfragen (weniger die Therapieinhalte): „Wie ging es Ihnen denn mit Ihrem Psychotherapie-Erstgespräch?“, „Wie war's beim Entspannungstraining?“*

Praxistipp 25: Übersicht über wichtige Indikationen für fachgebundene bzw. Fachpsychotherapie:

-  **Charakteristika eines schwereren Verlaufs** (⇒ Tabelle 7.2.):
 - mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf)
 - häufige bzw. anhaltende Beschwerden (ohne oder nur mit seltenen beschwerdefreien Intervallen bzw. mit häufigen Beschwerdeepisoden)
 - relevante psychosoziale Belastungsfaktoren, z.B. chronische Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Familie
 - relevante psychische Komorbidität, z.B. Depression, Angst, Sucht, PTSD
 - dysfunktionale Krankheitsannahmen, z.B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Ängste und dysfunktionale Verhaltensweisen, z.B. hohe Inanspruchnahme, Schon- und Vermeidungsverhalten
 - starke funktionelle Beeinträchtigung, z.B. deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung
 - Behandler-Patient-Beziehungen von beiden Seiten als „schwierig“ erlebt
-  **Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe** (sofortiger Handlungsbedarf! Stationäre Behandlung erwägen!) (⇒ Tabelle 7.3.):
 - Suizidalität
 - besonders schwere psychische Komorbidität (z.B. schwere depressive Entwicklung; Angstsymptomatik, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt)
 - Hinweise auf ernstes selbstschädigendes und/ oder iatrogen schädigendes Verhalten
 - schwerste Ausprägung der Beschwerden und körperliche Folgeschäden (z.B. Fixierung von Fehlhaltungen, Einsteifen geschoonter Gelenke, Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit)
 - Auftreten bekannter Warnsignale somatisch definierter Erkrankungen (☞ Leitlinien somatischer Fächer)
- **Wunsch des Patienten**

Empfehlung 111a: Bei schwerer verlaufenden **schmerz-dominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. Fibromyalgiesyndrom) mit und *ohne* begleitendes depressives Syndrom sind **Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen** moderat wirksam (Evidenzgrad: 1a) und können im Rahmen eines auf die Art und Schwere der individuellen Beeinträchtigung des Patienten abgestimmten Gesamtbehandlungsplans gegeben werden.

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Konsens

Empfehlung 111b: Bei schwerer verlaufenden **nicht schmerz-dominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. chronisches Müdigkeitssyndrom) sollte eine zusätzliche, zeitlich begrenzte Gabe von Antidepressiva nur bei relevanter psychischer Komorbidität erfolgen (Evidenzgrad: 2a; ⇒ Kapitel 8.2.; ➔ z.B. NVL-LL unipolare Depression).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 111 (siehe auch Empfehlung 129):

Bei schmerzdominanten schwerer verlaufenden nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sind Antidepressiva zur Behandlung nachweislich wirksam (Henningsen et al. 2007; Kapfhammer 2007; Häuser et al. 2009; Sumathipala 2009; Häuser et al. 2011). Hinweise auf eine bessere Wirksamkeit bestimmter Wirkstoffklassen gibt es derzeit nicht (Henningsen et al. 2007; Häuser et al. 2010; Häuser et al. 2011), am besten belegt ist der Effekt niedrigdosierter trizyklischer Antidepressiva.). Zu beachten ist, dass eine höhere Dosis von Amitriptylin (50 mg/d vs. 25 mg/d) bei Fibromyalgie keinen weiteren therapeutischen Nutzen hatte und Evidenz für einen längeren Zeitraum als 8 Wochen nicht vorliegt (Nishishinya et al. 2008).

Für andere klinische Bilder ohne schmerzdominante Symptomatik ist keine konsistente Evidenz für eine Wirksamkeit von Antidepressiva nachweisbar (Kuyken et al. 2003; Reid et al. 2008; van Houdenhove et al. 2010; Trinkley & Nahata 2011). Selbst bei komorbide vorliegender Depression in IBS fanden Friedrich et al. (2010) in einem Review keine schlüssigen Hinweise, dass SSRIs oder TCA günstig auf Depressivität oder auf die funktionellen Beschwerden wirken. Venlafaxine bei funktioneller Dyspepsie hatte keine bessere Wirkung als Placebo (van Kerkhofen et al. 2008). Im Gegensatz dazu berichteten Hashash et al. (2008) in einem RCT eine günstige Wirkung von Flupenthixol und Melitracen auf die Lebensqualität von nicht depressiven Patienten mit funktioneller Dyspepsie. Ford et al. (2009) berichteten in einem Review von einer insgesamt günstigen Wirkung von Antidepressiva auf die globale Symptomatik beim Reizdarmsyndrom, wenngleich hier Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen eingeschlossen worden waren und die Effekte der Behandlung in der Tertiärmedizin entsprechend höher ausfielen. TCA in niedriger Dosierung und SSRI werden beim Reizdarmsyndrom für die Behandlung des Symptoms Schmerz empfohlen. TCA sollte jedoch nicht bei Obstipation; SSRI nicht bei Blähungen/Meteorismus gegeben werden (➔ LL Reizdarmsyndrom, Layer 2011).

Neben klinischen Merkmalen und Eigenschaften der eingesetzten Medikamente können auch Persönlichkeitsmerkmale der Patienten die Wirkung der Medikation möglicherweise moderieren (Tanum & Malt 2000), ebenso die Reihenfolge bzw. Kombination der Behandlung (Stubhaug et al. 2008).

Es gibt keine Studie, die die Wirksamkeit einer Kombination aus Antidepressiva plus Psychotherapie mit einer Antidepressiva-Monotherapie vergleicht. Klinisch ist jedoch davon auszugehen, dass die diversen aufrechterhaltenden Bedingungen bei Schmerz wahrscheinlich nicht allein pharmakologisch reguliert werden können.

Da keine ausreichenden Daten über die notwendige Behandlungsdauer und Langzeitergebnisse bei Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen vorliegen, sollte eine Behandlung zeitlich begrenzt und unter Überprüfung der Wirksamkeit erfolgen (➔ z.B. NVL-LL unipolare Depression).

Statement 112: Anxiolytika, Hypnotika/Tranquilizer oder Neuroleptika sollten bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden *ohne* entsprechende Komorbidität NICHT gegeben werden. Es gibt derzeit keine ausreichende Evidenz für Wirkung bzw. Wirkungsvorteile von dieser Substanzklassen bei diesen Beschwerden, allerdings eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 112:

Es liegen keine Studien zur Wirksamkeit dieser Wirkstoffe bzw. Wirkstoffklassen bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vor. Wegen der extrapyramidalen Nebenwirkungen des stark wirksamen Neuroleptikums Fluspirilen sollte von der Verabreichung abgesehen werden (Kappler et al. 1994). Der Wirkstoff Olanzapin wies ebenfalls starke relevante Nebenwirkungen auf (Freedenfeld 2006; Kiser 2001; Rico-Villademoros 2005). Der Wirkstoff Ritalin erwies sich in einem RCT zur Behandlung des Fibromyalgiesyndroms einem Placebo nicht überlegen (Olin et al. 1998). Dies gilt auch für die Anxiolytika Alprazolam und Bromazepam (Quijada-Carrera et al. 1996; Russell et al. 2000). Auch bei Spannungskopfschmerz konnte die Wirksamkeit von Anxiolytika nicht gesichert werden (Verhagen et al. 2009).

Die Anwendung von Tranquilizern, Anxiolytika und Sedativa, speziell von Benzodiazepinen bringen ein hohes Risiko mit sich, dass die Patienten eine Abhängigkeit entwickeln: besonders rasch kann dies bei der Einnahme von Benzodiazepinen geschehen (ein Zeitraum von einer Woche kann hierfür bereits ausreichen). Da Abhängigkeiten häufig im Kontext ärztlicher Behandlungen beginnen (Holzbach et al. 2009), sollte der Behandler daher sein Verschreibungsverhalten bewußt kontrollieren (Kouyanou et al. 1997).

Empfehlung 113: Bei Patienten mit vorbestehender Medikation von **opioidehaltigen Analgetika** oder **Benzodiazepinen** sollte der Versuch einer **Entwöhnung** unternommen werden, am besten im Rahmen eines multimodalen Behandlungsplans (↻ LL „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht-tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS)) (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 113:

Die ↻S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischem nicht tumorbedingten Schmerzen (CNTS)“ fasst zusammen, dass opioidehaltige Analgetika in der Langzeitanwendung bei Patienten mit CNTS analgetisch nicht wirksamer sind als nicht opioidehaltige Analgetika. Auch lässt sich die Lebensqualität bei dieser Patientengruppe nicht nachweisbar verbessern, und die Anwendung von Opioiden ist mit einem hohen Risiko zur Entwicklung einer Abhängigkeit oder einer „assoziativen (gelernten) oder adaptiven (physiologischen) Toleranz verbunden.

Darüberhinaus wird unter den spezifischen Gegenanzeigen unter anderem aufgeführt: „Bei folgenden Schmerzarten sollten Anwendungsversuche mit opioidehaltigen Analgetika ausgeschlossen werden:

- bei funktionellen Störungen und somatoformen Störungsbildern (kardial, gastro-intestinal, urologisch, gynäkologisch).
- bei offensichtlicher Abhängigkeit der Schmerzempfindung von situationsabhängigen psychischen Befindlichkeiten.“

Die Verschreibung von Opioiden hängt stark von der nonverbalen Kommunikation von Schmerz und Leiden des Patienten ab, mehr als von der verbal berichteten Schmerzstärke und körperlichen Pathologie (Turk & Okifuji 1997). Oft erfolgt trotz ausbleibenden Therapieerfolgs eine nicht mehr indizierte Weiterverordnung von Opioiden (eine bereits begonnene Behandlung wird über einen längeren Zeitraum als 6 Monaten nicht empfohlen). Im Falle einer vorbestehenden Medikation mit Opioiden sollte daher der Versuch einer Entwöhnung unternommen werden.

Die Wirksamkeit von Benzodiazepinen bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist nicht erwiesen (siehe Empfehlung 113). Ihre Anwendung sollte daher nicht erfolgen. Nach „Roter Liste“ (2011) wird nach einwöchiger Gabe zur Vermeidung von Entzugssymptomen eine schrittweise Dosisreduktion empfohlen. Falls ein Patient bereits eine Abhängigkeit entwickelt hat, kann sich die Entwöhnung besonders schwierig gestalten, da sie häufig von den Patienten nicht akzeptiert und unterstützt wird (Elsesser & Satory 2009). Der Entzug ist dennoch prinzipiell auch im haus- bzw. fachärztlichen Setting möglich. Unter Beachtung der pharmakologischen Besonderheiten der Benzodiazepine kann der Entzug medikamentös unterstützt und ggf. psychotherapeutisch fachgerecht begleitet werden (Holzbach 2009).

Empfehlung 114: Patienten sollten über frühere oder jetzige Behandlungen mit bzw. die eigenständige Anwendungen von **komplementären Heilmethoden** befragt werden und mit ihnen die Gründe, Häufigkeit und Wirksamkeit der Anwendung komplementärer Verfahren besprochen werden.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 115: Der zeitlich begrenzte **Einsatz komplementärer Heilverfahren** (z.B. Homöopathie, TCM, vegetarische Ernährung/Eliminationsdiät) kann unter Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil **eines Gesamtbehandlungsplans** erwogen werden (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 114 und 115:

Definition: Nach dem „National Center for Complementary and Alternative Medicine“ (NCCAM) stellen Verfahren der komplementären und alternativen Medizin eine Gruppe von Verfahren und Produkten beziehungsweise auch von eigenständigen Versorgungssystemen dar, welche generell nicht der konventionellen Medizin („allopathische Medizin“) zugeordnet werden. Die Grenzen sind allerdings fließend und können sich infolge zukünftiger Evidenzbasierung ändern. Als komplementäre Verfahren werden solche bezeichnet, welche zusätzlich zu konventionellen Therapien angewandt werden. Alternative Verfahren hingegen intendieren hingegen einen vollwertigen Ersatz konventioneller Verfahren.

Der Begriff „integrative Medizin“ beschreibt Vorgehensweisen, welche eine Kombination konventioneller Verfahren mit komplementären/alternativen Verfahren auf der Grundlage nachgewiesener Wirksamkeit und Sicherheit der Kombination zur Anwendung bringen.

Neben klassischen Naturheilverfahren (wie z. B. Bewegungstherapie, Balneotherapie, Massage, Physiotherapie) gehören hierzu u. a. Akupunktur, ayurvedische oder traditionelle chinesische Medizin, Fastentherapie, Phytotherapie, Mind-Body-Verfahren, Osteopathie. Die homöopathische Medizin wird strenggenommen als eigenes Therapieverfahren bewertet.

Diese Verfahren sind bei Patienten nicht selten sehr beliebt, zumal wenn klassische Therapien nicht den gewünschten Erfolg hatten. Trotz wenig konsistenter Hinweise auf Wirksamkeit mancher dieser Ansätze bei gerade diesen Patienten kann ihre Anwendung erwogen werden, da sie durch ein z.T. verhältnismäßig günstiges Nebenwirkungs- und Kostenprofil und eine sehr gute Compliance gekennzeichnet sind. Dies wird so oder in sehr ähnlicher Weise auch in den wichtigsten Quelleitlinien, ☉ v.a. zum Fibromyalgie- und zum Reizdarm-Syndrom, formuliert,

Sie werden häufig von Patienten mit stärkerer funktioneller Beeinträchtigung und Schmerzen in Anspruch genommen (Nicassio et al. 1997; Volkmann et al. 1997; Gaul et al. 2011). Eine Studie von Paterson et al. (2011) belegt, dass bei Patienten mit nicht-spezifischen funktionellen und somatoformen Beschwerden, welche häufig die Praxis aufsuchen, ein zusätzliches Behandlungsangebot (min. 12 Sitzungen Akupunktur) mit verbesserter selbstberichteter Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert war. Obwohl komplementäre Verfahren prinzipiell anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin beurteilbar sind, fehlen entsprechende Evaluationsstudien häufig gänzlich oder sind von methodischen Mängeln in ihrer Aussagekraft beeinträchtigt (kleine Fallzahl, monozentrische Setting, unzureichende Beschreibung oder geringe Standardisierbarkeit der Verfahren) (Santaguida et al. 2009).

Zur Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden liegt mittlerweile eine Reihe von systematischen Reviews vor, welche überwiegend von keiner derzeit gesicherten Evidenz dieser Verfahren berichten.

Allenfalls geringe Evidenz fanden Goldenberg et al. (2004) sowie Holdcraft et al. (2003) für die Wirksamkeit von Akupunktur beim Fibromyalgiesyndrom. Den Nachweis fehlender Evidenz sieht die Gruppe um Köllner et al. (2009) sowie Mayhew und Ernst (2007) erbracht. Auf das Risiko von Nebenwirkungen (Verletzung von Lunge und Blutgefäßen) weisen Kalichman und Vulfsons (2010) hin. Einzelne Studien bestätigten die Wirksamkeit von Homöopathie und Hypothermie (Häuser et al. 2009), während die Autoren uneinheitliche bzw. fehlende Evidenz für Akupunktur und Biofeedback feststellten. Von zwei systematischen Cochrane-Reviews (Melchart et al. 2001; Linde et al. 2009) sprach sich das neuere aufgrund verbesserter Studienlage für die Wirksamkeit von Akupunktur beim Spannungskopfschmerz aus. Langzeiteffekte waren in den zugrundeliegenden Studien nicht untersucht worden, die Effekte der Intervention gegenüber einer Scheinakupunktur waren zwar signifikant, aber klein. Spinalmanipulation sollte bei dieser Störung nicht als Monotherapie angewandt werden (Bryans et al. 2011).

Drei Reviews zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes durch Akupunktur konnten ebenfalls nur schwache Evidenz für deren Wirksamkeit nachweisen (Airaksinen et al. 2004; Manheimer et al. 2005; Furlan et al. 2005). Die nicht ausreichende Qualität der Studien zur Behandlung des Rückenschmerzes mit pflanzlichen Wirkstoffen kritisieren Gagnier et al. (2006) in einem Cochrane Review. Schließlich konnte auch bei der Temporomandibulären Dysfunktion (McNeely et al. 2006) für keine komplementäre Behandlung konsistent überlegene Wirksamkeit gezeigt werden.

Auch für das Reizdarmsyndrom liegen systematische Reviews zur Wirksamkeit komplementäre/ alternativer Verfahren vor. Hier kann symptomatische/peripher medikamentöse Therapie vorsichtig positiv bewertet werden, beispielsweise chinesische pflanzliche Medizin (Spanier et al. 2003; Liu et al. 2006; Hussain & Quigley 2006). Einschränkungen resultieren aus der mangelnden Qualität und Anzahl der Studien. Der Einsatz von Akupunktur kann wegen fehlender Überlegenheit gegenüber einer Scheinakupunktur beim Reizdarmsyndrom nicht empfohlen werden (Lim et al. 2006).

Schließlich ließ sich chronische Müdigkeit nicht gesichert durch komplementäre Verfahren günstig beeinflussen (Alraek et al. 2011).

Für eine mögliche Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen liegen Hinweise bei dem Fibromyalgiesyndrom und bei dem chronischen Müdigkeitssyndrom vor (Alraek et al. 2011; Davidson et al. 2011). Allerdings gelang der Wirksamkeitsnachweis nicht in allen Studien, und die wenigen durchgeführten Studien sind durch qualitative Mängel und geringe Fallzahlen charakterisiert, katamnestische Ergebnisse fehlen.

Zusammengefasst lassen sich komplementäre Therapien als Ergänzung zu Therapieverfahren mit höherem Empfehlungsgrad im Rahmen eines multimodalen Behandlungsplans einsetzen. Die hohe Koinzidenz komplementärer und klassischer Behandlungsverfahren ist wegen möglicher Medikamenten- und Behandlungsinteraktionen zu beachten (Kong et al. 2005). Bei einer Empfehlung zu einer komplementären Therapie sind Begleiterkrankungen des Patienten, die Umsetzbarkeit in der individuellen Lebenssituation des Patienten und Kosten der Behandlungsverfahren zu berücksichtigen. Wichtig ist eine schlüssige Integration der komplementären Behandlung in die Ursachenüberzeugung bzw. das Krankheitsmodell des Patienten. Eine komplementäre Therapie ist bezüglich ihres Nutzens (Reduktion von Beschwerden und Beeinträchtigungen) und ihrer Nebenwirkungen kontinuierlich zu überprüfen.

8.1.3. Forschungsdefizite

Statement 116: Obwohl viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vorwiegend oder ausschließlich in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin betreut werden, sind gesicherte Erkenntnisse aus qualitativ hochwertigen Studien in diesem Bereich eher spärlich. Notwendig sind:

- Studien zu (pragmatischen) haus- und somatisch fachärztlichen Interventions- und Therapiemöglichkeiten (sowie Wirksamkeitsnachweise verschiedener komplementärmedizinischer Verfahren und von Placebo), auch ökonomischer Kurzinterventionen, vor allem bei leichter verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- Die Entwicklung und (unter Versorgungsbedingungen) Evaluation strukturierter Programme zur Psychoedukation der Patienten im Hausarzt- und somatischen Setting.
- Vergleich von Therapieansätzen der Primärversorgung mit denen der Sekundärversorgung.
- Diskussion über geeignete Zielparameter (Symptomverlauf versus Funktionsniveau).
- Mehr Versorgungsforschung, z.B. in Hinblick auf die Verfügbarkeit verschiedener multimodaler Angebote in der Fläche oder die Überprüfung "gestufter Versorgungsmodelle".

Starker Konsens

8.2. Störungsorientierte Fach – oder fachgebundene Psychotherapie

Vorbemerkung:

Die Grundlage für psychotherapeutische Interventionen (sowohl durch Vertreter der psychosozialen Fächer als auch in der fachgebundenen Psychotherapie in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin) bilden die allgemeinen Empfehlungen zu Haltung, Gesprächsführung und Praxisorganisation sowie die allgemeinen Therapieempfehlungen (v.a. zur gestuften Aktivierung, zur (Psycho-) Pharmakotherapie und zur multimodalen Therapie). Detaillierte Empfehlungen zu den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren bietet die ➔ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“, teilweise auch die verschiedenen ➔ syndromspezifischen Leitlinien.

Empfehlung 117: Psychotherapeutische Interventionen sollten **störungsorientiert** (d.h. in erster Linie Beschwerde- bzw. Körperorientiert; ➔ [Praxistipp 26](#)), **ressourcenorientiert** (➔ [Praxistipp 27](#)), **schweregradgestuft**, und in enger Zusammenarbeit mit dem primär betreuenden Haus- bzw. somatischen Facharzt erfolgen.

KKP

Starker Konsens

Statement 118: Die **allgemeinen Therapieziele** sind (mit breiten Überschneidungen zur Hausarzt- und somatischen Fachmedizin):

- Verbesserung der **Lebensqualität**, Verhinderung von Chronifizierung und Selbstschädigung, Begleitung bei eingetretener Chronifizierung
- Relativierung hoher Ansprüche (**Bewältigung statt Heilung**) und Entwicklung eines **realistischen Bildes von körperlicher Gesundheit**
- **Erweiterung des Erklärungsmodells** des Patienten und regelmäßige „Aktualisierung“ desselben, Vermittlung eines Verständnisses für die **Wechselwirkungen zwischen Körperbeschwerden und psychosozialen Faktoren**
- Förderung von **Selbstwirksamkeitsstrategien** und mehr **Teilhabe am (Arbeits-)Alltag** sowie eines **verantwortlichen Umgangs** mit körperlichen und psychischen **Belastungsgrenzen**.

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 117 und Statement 118:

Die allgemeinen Therapieziele und therapeutischen Handlungsempfehlungen sind insbesondere in der Initialphase therapieschulen-übergreifend, d.h. auch bei partiell differierender Terminologie decken sich diese Punkte z.B. bei kognitiv-behavioralen und psychodynamisch orientierten Herangehensweisen weitgehend. Entscheidend für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung ist die graduelle, auf den Patienten und seine individuellen Störungsbedingungen und Ressourcen angepasste Erweiterung der Perspektive um psychosoziale Aspekte des Beschwerdeerlebens und der

Beschwerdemedulation, und damit einhergehend eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit des Patienten. Das primäre Material dafür bieten die Körperbeschwerden und die daran geknüpften Lern- und Beziehungserfahrungen.

Empfehlung 119: Nach etwa 3 Monaten sollten der bisherige Therapiefortschritt **evaluiert** und ggf. der **Behandlungsplan** in Rücksprache mit dem Patienten und dem primär behandelnden (Haus-)Arzt **angepasst** werden (z.B. im Hinblick auf therapeutische Zusatzmaßnahmen, Weglassen bestimmter Interventionen oder eine stationäre Behandlung).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

8.2.1. Psychotherapeutische Basis-Maßnahmen

Empfehlung 120a: Patienten mit *leichter* verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden als alleiniger Symptomatik sollten nach Möglichkeit vom **primär behandelnden Haus- bzw. somatischen Facharzt** betreut werden. Eine externe **psychosomatische/ psychiatrische/ psychologische** Mitbehandlung kommt unter bestimmten Umständen dennoch in Betracht, z.B. wenn ein expliziter Wunsch des Patienten nach Aufarbeitung psychosozialer Hintergründe seiner Körperbeschwerden besteht oder wenn die Körperbeschwerden *Nebenbefunde* darstellen (z.B. im Rahmen einer Depression als Hauptdiagnose).

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 120b: Psychosoziale Fachkompetenz sollte zunächst im Rahmen eines psychosomatisch/ psychiatrisch/ psychologischen **Konsils** einbezogen werden (☞ LL „Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatische Medizin“). Ein entsprechendes **Empfehlungsschreiben** (d.h. ein(Arzt-)Brief mit Informationen zum Krankheitsbild und konkreten therapeutischen Empfehlungen) an den primär behandelnden (Haus-)Arzt wirkt sich wahrscheinlich günstig auf das Funktionsniveau des Patienten aus und kann Kosten sparen (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑ A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 120:

V.a. bei Einhaltung der Empfehlungen aus den Kapiteln 6, 7 und 8.1. können Patienten mit leichter verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden durch ihren (möglichst vertrauten) Haus- oder somatischen Facharzt betreut und behandelt werden.

Eine konsiliarische Mitbetreuung kann aus einer Beratung, einer diagnostischen Einschätzung oder auch aus mehreren Vorstellungen für eine ausführlichere Diagnostik oder eine psychotherapeutische Mitbehandlung bestehen. Ein aktueller Review belegt, dass eine solche psychosoziale „Konsil-“, bzw. „Liaison“-Betreuung v.a. bei somatoformen Patienten einen positiven Effekt auf verschiedene Zielparameter hat, v.a. zu einer Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens führt (van der Feltz-Cornelis et al. 2010). Psychiatrisch/Psychosomatische Empfehlungsschreiben (genauer: „Behandlungs-

Empfehlungsschreiben“; „consultation letters“, „care recommendation letters“) können als eine Maßnahme zur Verbesserung der Kompetenz des Behandlers gelten, welche einem Behandler zu einem Patienten eine individuelle Einschätzung und Behandlungsempfehlung zu einer eventuellen Beeinträchtigung durch nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden geben. Die Empfehlung zum Einsatz eines Empfehlungsschreibens stützt sich darauf, dass drei von vier randomisierten Studien mit diesem Interventionsverfahren positive Effekte auf die körperliche Funktionsfähigkeit der Patienten nachweisen konnten (vergl. Kroenke 2007). Eine noch aktuellere Cochrane-Übersicht kommt zu dem Schluss, dass es begrenzt Evidenz dafür gibt, dass solche Empfehlungsschreiben effektiv im Hinblick auf eine Kostenreduktion und der Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit sind, allerdings mehr noch bei Patienten mit schwereren Verläufen (Hoedeman et al. 2010). Allerdings waren die Studien methodisch nicht ohne Mängel und die Ergebnisse nicht ohne Weiteres generalisierbar, v.a. hinsichtlich der Übertragbarkeit dieser US-amerikanischen Daten auf Deutschland. Auch die deutsche Versorgungsrealität (z.B. eine geringere Konsultationskultur zwischen Kollegen und die schlechte Bezahlung von Befundberichten) ist derzeit für solche Empfehlungsschreiben noch nicht optimal.

Weder für noch gegen die Empfehlung, bei leichter verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen im Einzelfall auch Psychotherapie einzusetzen, gibt es bisher eine klare Evidenzbasis, weil in den vorliegenden Studien z.B. zur Psychotherapie bei einzelnen funktionellen Syndromen i.d.R. nicht nach Schweregrad differenziert wird (vergl. Henningsen et al. 2007). Es liegt aber nahe, dass die nachgewiesene Wirksamkeit von Psychotherapie bei schwereren Verläufen (z.B. mit multiplen Körperbeschwerden), die im nächsten Abschnitt dargestellt wird, auch bei leichteren Verläufen gilt.

8.2.2. Zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen

Empfehlung 121: Psychotherapie bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte **körper- und ressourcenorientiert** sowie **kontextbezogen**, v.a. **unter Einbeziehung von Komorbidität, Soziallage und Arbeitsfähigkeit** erfolgen. Vor allem **initial** sollte dabei eine therapeutische **Orientierung am körperlichen Symptom** und seiner **Bewältigung** sowie an der **Art des Erklärungsmodells** erfolgen, auf **Interpretationen von Zusammenhängen mit psychosozialen Bedingungsfaktoren** aber **verzichtet** werden (⇒ [Praxistipp 26 bis 28](#)). Erst später, wenn sich hierzu eine Indikation ergibt und der Patient dazu bereit ist, sollte eine - sekundärpräventive - **Orientierung an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren** einschließlich **biographischer** und **Persönlichkeitsfaktoren** erfolgen.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 121:

Für den Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden wird – in psychodynamischer Sprache – ein selektiv-authentisches Reagieren nach dem „Prinzip Antwort“ anstelle des „Prinzips Deutung“ empfohlen (Ronel et al. 2007): Es ermöglicht, im Gegensatz zur analytischen Neutralität, eine aktive, zugewandte und wohlwollende Grundhaltung und

ist zum Aufbau der Arbeitsbeziehung hilfreich. Als Motto kann gelten: „Psychotherapie gelingt am ehesten unter der Prämisse, dass keine Psychotherapie versucht wird“ (Rudolf & Henningsen 2003).

Praxistipp 26: Verfahrensübergreifende **körperorientierte** Zusatzelemente in der Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden:

- Motivation zu **gestufter Aktivitätssteigerung** anstatt zu Schonung; bei feststellbarer Überaktivität (mit dem Risiko einer Beschwerdezunahme) soll auf eine *angemessene, dosierte* Aktivierung geachtet werden;
- Verbesserung von **Regulationsfähigkeit und Selbstwirksamkeit** durch bewusstes Umschalten zwischen Belastung/ Anspannung und Erholung/ Entspannung;
dadurch auch **Erfahrung von Zeit** und **Rhythmisierung** des Körpererlebens.
- Übungen zur Verbesserung der **Körperwahrnehmung**:
- zur besseren **Unterscheidung körperlicher Missempfindungen von Krankheitszeichen**
- zur Reduktion einer gesteigerten, ängstlichen Aufmerksamkeit für Körpervorgänge durch mehr Vertrautheit mit physiologischen Prozessen (z.B. mit autonomen Regulationsprozessen wie Herzschlag oder Atmung)
- zur (Wieder-)Herstellung eines **positiven Körpergefühls** durch die Erfahrung von Funktion und Belastbarkeit, nicht nur von Dysfunktion des eigenen Körpers
- zur Wahrnehmung körperlicher und psychischer (Belastungs-) **Grenzen** und zwecks eines verantwortlichen Umgangs mit ihnen
- Erfahrung von **Unlust, Lust, Vitalität** und **Genussfähigkeit** im Körpererleben
- Einüben von **Entspannungstechniken**, die später selbständig durchgeführt werden können

Praxistipp 27: Verfahrensübergreifende bewältigungs- und **ressourcenorientierte** Elemente in der Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden:

- Förderung der **Selbstakzeptanz** einschließlich der **Akzeptanz** mancher Schwierigkeiten und Schwächen, ggf. Umdeutung als Lösungs- oder Überlebensstrategien
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf **gelungene** Situationen, Begegnungen etc.
- Identifizieren von **Werten, Vorbildern** und zukünftigen **Lebenszielen**, auf die Gedanken und Aktivitäten ausgerichtet werden sollen
- Anerkennung von **Lebensleistungen**
- Erweiterung von **Copingstrategien** und **Bewältigungsmöglichkeiten**
- Förderung von **Kontaktfähigkeit** und **sozialer Kompetenz**
- Förderung der **Selbstregulation**
- Förderung von **Kreativität** und **Veränderungsbereitschaft**
- Ermutigung zu einer **gesunden** (d.h. die eigene körperliche und psychische Gesundheit wertschätzenden) **Lebensführung** (z.B. ausreichend Schlaf und Bewegung, Wechsel von Phasen der Aktivität und der Erholung, ausgewogene Ernährung)
- Verständnis von Psychotherapie als **Prozessbegleitung** anstatt als Krankenbehandlung

Praxistipp 28: Verfahrensübergreifende **kontextorientierte** Elemente in der Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden:

- Orientierung an den konkreten Beschwerden und daran geknüpften Beziehungsepisoden
- Orientierung am subjektiven Erklärungsmodell des Patienten (Überwiegend somatisch? Überwiegend psychosozial? Ambivalent? Ausgewogen? Konkrete Entstehungstheorien, die z.B. zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten führen?)
- Orientierung an eventueller Komorbidität (starke Ängste? Depressivität? Posttraumatische Belastungsstörung? Sucht?, Persönlichkeitsstörung? Evtl. relevante körperliche Begleiterkrankung?)
- Orientierung an der Soziallage (Partnerschaft? Soziale Integration? Ausbildung/ Sprachkenntnisse? Finanzielle Mittel?) und Arbeitsfähigkeit (Berufstätig? Krank geschrieben? Rentenwunsch? Berentet?)
- Führen von Befindlichkeits-Tagebüchern, die neben dem Auftreten von Beschwerden auch auslösende Situationen, begleitende Kognitionen und Emotionen sowie Konsequenzen protokollieren und sorgfältig besprochen werden müssen, um den Fokus auf den Beschwerdekontext anstatt auf die Beschwerden selbst zu lenken.
- Zunehmende Thematisierung dysfunktionaler Annahmen und Verhaltensweisen (z.B. Katastrophisieren, Gesundheitsängste, negative Folgen von Schonung und Vermeidung)
- Übungen zur Verbesserung von Selbstberuhigung, Selbstreflektion und Selbstwirksamkeit (z.B. durch Biofeedback, Problemlösetraining, soziales Kompetenztraining)
- Zunehmende Thematisierung begleitender Affekte (z.B. Enttäuschungserfahrungen [z.B. bezüglich des eigenen Körpers oder bezüglich eines Nicht-Ernstgenommen-Werdens der empfundenen Beschwerden]) und Konflikte
- Verbesserung der Affektdifferenzierung (Was ist eine körperliche Beschwerde?, Was ist ein Gefühl? Welche Gefühle treten in den Vordergrund, Wie nützen sie der eigenen Orientierung?)
- Verbesserung der Affektregulierung durch Wahrnehmung, Spiegelung und Differenzierung in unterschiedlichen Situations-, Konflikts- und Beziehungskontexten.

Empfehlung 122: Gestufte körperliche Aktivierung (siehe auch ⇒ Empfehlung 106) ist eine zentrale Therapiemaßnahme auch bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, die zwar im Wesentlichen vom primär betreuenden (Haus-)Arzt initiiert und begleitet, von Seiten des Psychotherapeuten aber **zusätzlich unterstützt und ergänzt** werden sollte (z.B. durch entsprechende Vor- und Nachbereitung bzw. durch geeignete körperorientierte Psychotherapie-Elemente).

KKP

Starker Konsens

Siehe Kommentar zu Empfehlung 106.

Empfehlung 123: Als erwiesenermaßen wirksame Therapiemethode für schwerer verlaufende nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (mit Effektstärken überwiegend im niedrigen bis mittleren Bereich) soll **spezifische Fachpsychotherapie** durchgeführt werden (⇒ LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“) (Evidenzgrad: 1a). Alternativ kann - vor allem in Regionen mit zu wenigen Fachpsychotherapeuten - **fachgebundene Psychotherapie** erfolgen, **idealerweise durch den primär behandelnden (Haus-)Arzt** (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 123 (s.a.⇒ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“; [Martin et al., im Druck]):

Psychotherapie ist eine wirksame Maßnahme zur Behandlung von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden unterschiedlicher Ausprägung. Sie ist wirksamer als peripher ansetzende therapeutische Maßnahmen (peripher wirksame Pharmaka, Spritzen, Operationen etc.) (Henningsen et al. 2007). Psychotherapie erzielt bei diesen Krankheitsbildern allerdings Effektstärken, die geringer sind als bei klassischen psychischen Störungen wie Depressionen etc. (z.B. Zijdenbos et al. 2009; Eccleston et al. 2009; Bernardy et al. 2010; Kleinstäuber et al. 2011; ⇒ Leitlinie „Psychotherapie bei somatoformen Störungen“ der Klinischen Psychologie; S3-Leitlinien „Fibromyalgie-Syndrom“, „Reizdarm-Syndrom“). Es ist dabei zu beachten, dass die Evidenzlage unübersichtlich ist, da die meisten Studien zur Psychotherapie unter dem diagnostischen Label einzelner funktioneller Syndrome durchgeführt werden, ohne Beachtung von Schweregrad und Überlappung im Sinne komplizierterer Verläufe (Henningsen et al. 2007).

Empfehlung 124: Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollen idealerweise mit einem **in Deutschland anerkannten psychotherapeutischen Verfahren** behandelt werden.

Evidenz liegt vor für folgende psychotherapeutische Interventionen: **Kognitive Verhaltenstherapie** (mit Abstand die breiteste Datenbasis für eine Vielzahl von funktionellen und somatoformen Syndromen; Evidenzgrad: 1a); **psychodynamische Psychotherapie** (Evidenzgrad: 2a); Hypnose/Hypnotherapeutische/Imaginative Verfahren (Evidenzgrad: 1b); funktionelle Entspannung (Evidenzgrad: 1b); operante Verhaltenstherapie (Evidenzgrad: 3b);

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 124 (s.a. ➡ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“ [Martin et al., im Druck]):

- Für den Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) existieren bei weitem die meisten randomisiert kontrollierten Studien, auch als Kurzzeittherapie, auch als fokussierte Therapie auf bestimmte Beschwerden bzw. Verhaltensweisen (Miro et al. 2011; Edinger et al. 2005), und auch durch den Hausarzt (Arnold et al. 2009); aktuellere Übersichten bei: Kroenke 2007; Price et al. 2008; Glombiewski et al. 2010; Bernardy et al. 2010; Eccleston et al. 2009; Zijdenbos et al. 2009; Sumathipala et al. 2009; Kleinstäuber et al. 2011; Kisley et al. 2010; ➡ Leitlinie „Psychotherapie bei somatoformen Störungen“ der Klinischen Psychologie). Evidenz liegt vor für Patienten mit somatoformen Störungen, multiplen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, Chronischem Müdigkeitssyndrom, Fibromyalgiesyndrom, Reizdarm-Syndrom, nicht-kardialen Brustschmerzen, somatoformem Schwindel, Golfkriegssyndrom, Elektrosensitivität, Chronischen Rückenschmerzen, Temporomandibular-Syndrom; ebenso bei der differenzialdiagnostisch wichtigen Hypochondrischen Störung. Insgesamt ist von moderaten Effekten auf die Beschwerden, die Funktionsfähigkeit und die Stimmung auszugehen, die auch über das Therapieende hinaus anhalten (wobei die Nachuntersuchungszeiten mit 6 Monaten oder 1 Jahr zu kurz sind, um von nachhaltigen Effekten sprechen zu können). Bei manchen Syndromen (z.B. Fibromyalgie-Syndrom oder Chronisches Müdigkeitssyndrom) sind die Effekte besser als bei anderen (z.B. Reizdarm-Syndrom). Einzelne Studien (zum Beispiel zur Anwendung von KVT bei Patienten mit MUS in der Hausarztmedizin) wiesen keinerlei Effekte nach (Arnold et al. 2009). Grundsätzlich enthalten viele manualisierte KVTs auch Elemente anderer Verfahren (z.B. Psychoedukation) bzw. sind selbst Teil eines komplexeren, innovativen Therapiekonzepts (z.B. „multi-component self-management programme“, „Web-Enhanced Behavioral Self-Management programme“, „Internet-delivered exposure-based treatment“) mit kognitiven Elementen, so dass die Abgrenzung zu anderen Verfahren und untereinander nicht immer einfach ist. Andere Formen von Verhaltenstherapie (operant, kombiniert; teilweise mit einem Fokus auf bestimmte Symptome oder Verhaltensweisen), wirkten bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom (Bernardy et al. 2010).
- Für psychodynamisch-interpersonelle Psychotherapie liegen weniger, aber ebenfalls eindeutige Wirksamkeitsnachweise vor (gezeigt bei Patienten mit Reizdarmsyndrom und multiplen somatoformen Symptomen (Henningsen et al. 2007; Zijdenbos et al. 2009; Abbass et al. 2009,

Sattel et al. 2012). Die Anwendung psychodynamischer Therapien im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien hat sich in Deutschland darüber hinaus bei Patienten mit funktionellen Störungen in der klinischen Praxis gut bewährt (Verlaufsbeobachtungen bzw. unkontrollierte Studien: Huber et al. 2009; Nickel et al. 2010; Beutel et al. 2008; Tschuschke et al. 2007; Schäfer et al. 2008).

- Hypnose/Hypnotherapeutische und imaginative Verfahren erreichen einen in der Regel mäßigen Effekt teilweise auf Beschwerden, teilweise auf die Funktionsfähigkeit, teilweise auf die Lebensqualität der Patienten; dies wurde gezeigt für "gut-directed hypnosis" bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom; „Hypnorelaxation“ bei Patienten mit Gesichtsschmerz; Hypnose und geleitete Imagination bei Patienten mit Fibromyalgie; sowie Hypnotherapie bei Patienten mit nicht-kardialen Brustschmerz (Gregg et al. 1997; Menzies et al. 2006; Webb et al. 2007; Bernardy et al. 2011; Thieme & Gracely 2009; Kisley et al. 2010).
- Funktionelle Entspannung erreichte bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom, atypischem Brustschmerz und Spannungskopfschmerz eine gute Wirksamkeit als Monotherapie auf Beschwerden und Funktionsfähigkeit; allerdings liegen bisher nur Studien aus einer einzelnen Arbeitsgruppe und keine systematische Übersicht vor. (Löw et al. 2000; Lahmann et al. 2008; Lahmann et al. 2010).

Bei der Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens und des Settings sollten auch „weiche“ Faktoren auf der Seite des Therapeuten wie auf der Seite des Patienten (persönliche „Passung“) berücksichtigt werden. Wesentliche Beurteilungsparameter sind hier die Behandlungs- und Veränderungs-Motivation, eventuelle Präferenzen des Patienten (und/oder Therapeuten), Introspektions- und Mentalisierungsfähigkeit sowie persönliche Sympathien.

Empfehlung 125: Bestimmte *in einem weiteren Sinne (körper-) psychotherapeutische Therapieelemente* (z.B. Psychoedukation/Gesundheitstraining (⇒ [Praxistipp 29](#)), Therapeutisches Schreiben, Musiktherapie, Biofeedback bzw. Neurofeedback, Meditation, Achtsamkeitstraining, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Autogenes Training, Tai Chi, Qi-Gong, Yoga, Feldenkrais) können als **Zusatzmaßnahmen** in einen Gesamtbehandlungsplan integriert, jedoch NICHT als Monotherapien empfohlen werden (Evidenzgrad: 2a).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Konsens

Kommentar zu Empfehlung 125 (s.a. ➡ DGP-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“):

Gerade psychoedukative und Biofeedback-Verfahren sowie körperorientierte Therapieelemente (so genannte „Body-Mind“-Verfahren, Entspannungsverfahren) haben als Zusatzmaßnahmen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans einen wichtigen Stellenwert in der Behandlung schwerer verlaufender, nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden; sie sollten jedoch nicht als Monotherapien durchgeführt werden: Für sie liegt entweder noch keine ausreichende Evidenz vor (weil sie z.B. nur bei einem einzelnen funktionellen Syndrom untersucht wurden), oder sie wurden nur im Rahmen kombinierter Therapien untersucht, oder die Ergebnisse sind besonders heterogen; oder aber es konnte gezeigt werden, dass sie als Monotherapie nicht, im Rahmen eines

Gesamtbehandlungsplans aber wirksam sind. Manche Therapieverfahren stellen neue Ansätze dar, die aus einer Kombination anderen Verfahren bestehen und teilweise in einer innovativen Form vermittelt werden (z.B. „Internet-delivered exposure-based treatment“).

- Psychoedukation/Gesundheitstraining, auch im Hausarzt-Setting und teilweise auch mit einem präventiven Ansatz (z.B. bei „Cognitive-behavioral patient education“). Viele KVT-Programme und zunehmend auch andere Therapieformen enthalten ohnehin psychoedukative Elemente. Als Monotherapie kann Psychoedukation allein ohne eine psychotherapeutische Einbettung jedoch auch als belastend erlebt werden (McLeod et al. 1997). Die Wirksamkeit von Psychoedukation/Gesundheitstraining wurde untersucht bei Patienten mit Chronischem Rückenschmerz, Reizdarm-Syndrom, Amalgamunverträglichkeit, Fibromyalgie-Syndrom, nicht-kardialen Brustschmerz, Chronischem Müdigkeitssyndrom (z.B. Potts et al. 1999; Hammond & Freeman 2006; Luciano et al. 2011; Garcia-Campayo et al. 2010; Lange et al. 2011; Melchart et al. 2008; Meeus et al. 2010; Sandstrom & Keefe 1998; Zaroff et al. 2004).
- Biofeedback bzw. Neurofeedback; untersucht bei Patienten mit Chronischem Rückenschmerz, Fibromyalgie-Syndrom, Kopfschmerzen, nicht-kardialen Brustschmerz, Reizdarm-Syndrom, Temporomandibular-Syndrom (Chiarioni & Whitehead 2008; Thieme & Gracely 2009).
- Achtsamkeitstraining bzw. Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR), Meditation; untersucht bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom, Reizdarm-Syndrom, chronischen Rückenschmerzen, Multipler Chemikalienempfindlichkeit und Chronischem Müdigkeitssyndrom (Fjorback et al. 2011; Sephton et al. 2007; Sampalli et al. 2009; Gard 2005; Kaplan et al. 1993; Kearney et al. 2011; Merkes et al. 2010; Schmidt et al. 2011; Alraek et al. 2011; Baranowsky et al. 2009; Gaylord et al. 2011).
- Entspannungstraining/Stressmanagement, z.B. Muskelrelaxation nach Jacobsen, autogenes Training; untersucht bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom, Reizdarm-Syndrom, nicht-kardialen Brustschmerz (Potts et al. 1999; Thieme & Gracely 2009; Zijdenbos et al. 2009; Shinozaki et al. 2010; Yoons et al. 2011).
- Qi-Gong, Tai-Chi, Yoga, Pilates, Feldenkrais, Mensendieck; untersucht bei Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom, nicht-spezifischen Nacken- und Rückenschmerz (Lee et al. 2009; Wang et al. 2010; Ohman et al. 2011; Alraek et al. 2011; Busch et al. 2011; Baranowsky et al. 2009; Kendall et al. 2000; Yoons et al. 2011).
- Therapeutisches Schreiben; untersucht bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom und mit Fibromyalgie-Syndrom (Halpert et al. 2010; Thieme & Gracely 2009).
- Systemische Familientherapie; untersucht bei Patienten mit somatoformen Störungen mit dem Ergebnis einer deutlichen Reduktion der Gesundheitskosten ohne nachlassende Patientenzufriedenheit (Schade et al. 2011).
- bestimmte organbezogene Übungen, z.B. Atmungstraining; untersucht bei Patienten mit nicht-kardialen Brustschmerz (Potts et al. 1999).
- Musiktherapie; untersucht bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom und Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (Grape et al. 2009 und 2010).

Praxistipp 29: Verfahrensübergreifende psychoedukative Zusatzelemente in der Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden:

- **Veranschaulichung psychophysischer Wirkungen und Wechselwirkungen** (z.B. Zittern bei Angst, Teufelskreismodelle: Teufelskreis gesteigerter Selbstaufmerksamkeit, Teufelskreis der Schonung etc.)
- **Information über relevante störungsspezifische wissenschaftliche Erkenntnisse und Theorien** (z.B. Grundlagen der Immunologie, Schmerzgedächtnis, Parallelen in der zentralnervösen Verarbeitung von „körperlichen“ und „seelischen“ Schmerzen, Dosis-Wirkungsprinzip in der Toxikologie)
- **Einführung „ganzheitlicher“, „psycho-somatischer“ Begriffe** wie „Überlastung“, „Überforderung“, „Stress“, „verstärkte Reaktionsbereitschaft bzw. Empfindsamkeit gegenüber ‘üblichen’ physikalischen und psychischen Reizen“ bei der Modifikation des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit hin zu einem biopsychosozialen Modell („Erweiterung des Erklärungsmodells“)

Empfehlung 126: Keine Evidenz liegt bislang für die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit **anderer (körper-)psychotherapeutischer Richtungen** (z.B. Gesprächspsychotherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie, Heileurythmie) bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vor. Sie können im Einzelfall unter Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil **eines Gesamtbehandlungsplans** erwogen werden.

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 126 (s.a. ➞ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“):

Keine Evidenz gibt es zu einer ganzen Reihe weiterer (körper-)psychotherapeutischer Verfahren, so dass über der mögliche Wirksamkeit oder Unwirksamkeit zum aktuellen Zeitpunkt keine Aussagen getroffen werden können. Sie können im Einzelfall nach Abwägung von Nutzen und Schaden und nach einer sorgfältigen Information über Sinn, Bedingungen (Kosten), Ablauf und Inhalt erwogen werden, auch unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen. Aktive/aktivierende Verfahren, die auch selbständig zuhause durchgeführt werden können, sollten dabei bevorzugt werden.

Statement 127: Da bisher nur selten unterschiedliche Psychotherapieansätze miteinander verglichen wurden, gibt es **keine ausreichenden Hinweise für eine *differentielle* Wirksamkeit von verschiedenen Psychotherapie-Verfahren** bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 127 (s.a. ➞ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“):

Studien, die verschiedene Psychotherapieverfahren vergleichen, sind selten: Beim Chronic Fatigue Syndrom erwies sich kognitive Verhaltenstherapie als effektiver als eher unspezifische psychotherapeutische Verfahren wie Entspannung, Beratung, Psychoedukation und supportive Ansätze (Price et al. 2008). Darüber hinaus gibt es lediglich für die differenzialdiagnostisch wichtige Hypochondrie aus einer Studie Hinweise auf eine Überlegenheit von kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber kurzzeitiger psychodynamischer Psychotherapie (Sørensen et al. 2011).

Empfehlung 128: Bislang gibt es keine ausreichende Grundlage für die Bevorzugung von **Einzel- oder Gruppenpsychotherapie**. **Beide Formen** können bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden **gleichermaßen eingesetzt** werden.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 128 (s.a. ➔ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“):

Die unterschiedlichen Therapien bei den unterschiedlichen Syndromen wurden z.T. als Gruppen-, z.T. als Einzeltherapien durchgeführt, in vielen Fällen auch als Kombination. Obwohl Direktvergleiche fehlen und auch die meisten systematischen Reviews nicht zwischen Einzel- und Gruppensetting unterscheiden, kann die Wirksamkeit beider Settings als hinreichend erwiesen angesehen werden, wobei Gruppentherapie die in der Regel die kostengünstigere Behandlungsform darstellt (Kroenke & Swindle 2000; Raine et al. 2002; Tschuschke et al. 2007).

Empfehlung 129a: Bei schwerer verlaufenden **schmerzdominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. Rücken-, Bauch-, Nacken-, Kiefergelenksschmerzen und Fibromyalgie-Syndrom) soll – unabhängig von einer psychischen Komorbidität – eine **zusätzliche, zeitlich befristete** Gabe von **Antidepressiva** erfolgen (Evidenzgrad: 1a; siehe auch ➔ Empfehlung 111a). Es gibt allerdings keine ausreichende Datenlage für die Langzeitwirkung von Antidepressiva bzw. für die differentielle Wirksamkeit einzelner Antidepressiva-Typen.

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 129b: Bei schwerer verlaufenden **nicht schmerz-dominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. chronisches Müdigkeitssyndrom) sollte eine **zusätzliche, zeitlich befristete** Gabe von **Antidepressiva** **nur bei relevanter psychischer Komorbidität** erfolgen (Evidenzgrad: 2a; siehe auch ➔ Empfehlung 111b; ➔ z.B. NVL-LL unipolare Depression).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Kommentar: Siehe auch Empfehlung 111

Wenn Schmerzen das klinische Bild dominieren, sind Antidepressiva wirksam zur Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (Kapfhammer 2007; Henningsen et al. 2007; Nishishinya et al. 2008, Hashash et al. 2008; Sumathipala 2009; Häuser et al. 2009; Trinkley & Nahata 2011; Häuser et al. 2011). Die meisten Studien gibt es zu TCA, SNRI und SSRI, die Datenlage für MAOI und NRI ist schwach bzw. nicht vorhanden. Derzeit gibt es kaum Hinweise darauf, dass spezielle antidepressive Substanzen besser wirksam sind als andere (Henningsen et al. 2007; Häuser et al. 2010). Insbesondere gibt es keinen ausreichenden Anhalt dafür, dass sog. SNRI (z.B. Duloxetin) besser wirksam sind. Für niedrigdosierte trizyklische Antidepressiva ist die Wirksamkeit derzeit am besten gesichert (Henningsen et al. 2007). Eine aktuelle Metaanalyse beim FMS zeigte, dass SNRI den TCA nicht überlegen sind (Häuser et al. 2011).

Wenn andere Beschwerden als Schmerzen vorherrschen (z.B. beim Chronischen Müdigkeitssyndrom), liegt keine ausreichende Evidenz für eine Wirksamkeit von Antidepressiva vor (Reid et al. 2008; van Houdenhove et al. 2010).

Bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom und komorbide vorliegender Depression fanden Friedrich et al. (2010) in einem Review keine schlüssigen Hinweise, dass SSRIs oder Trizyklika günstig auf Depressivität, oder auf die funktionellen Beschwerden wirken. Dies gilt auch für Venlafaxin bei funktioneller Dyspepsie (van Kerkhoven et al. 2008). Neben klinischen Merkmalen und Eigenschaften der eingesetzten Medikamente können aber möglicherweise bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der Patienten die Wirkung der Medikation moderieren (Tanum & Malt 2000), ebenso die Reihenfolge bzw. Kombination der Behandlung (Stubhaug et al. 2008).

Da keine ausreichenden Daten über die notwendige Behandlungsdauer und Langzeitergebnisse bei Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen vorliegen, sollte eine Behandlung zeitlich begrenzt und unter Überprüfung der Wirksamkeit erfolgen (➔ z.B. NVL-LL unipolare Depression).

Es gibt keine Studie, die die Wirksamkeit einer Kombination aus Antidepressiva plus Psychotherapie mit einer Antidepressiva-Monotherapie vergleicht. Klinisch ist jedoch davon auszugehen, dass die diversen aufrechterhaltenden Bedingungen bei Schmerz wahrscheinlich nicht allein pharmakologisch reguliert werden können.

Empfehlung 130: Als **Zusatz-** nicht aber als alleinige **Maßnahme** bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte der behandelnde bzw. ein konsiliarisch hinzugezogener Psychotherapeut ein psychosomatisches/ psychiatrisches/ psychologisches **Empfehlungsschreiben** (d.h. ein (Arzt-)Brief mit Informationen zum Krankheitsbild und konkreten therapeutischen Empfehlungen) für den primär behandelnden (Haus-)Arzt verfassen und ggf. auch wiederholen (Evidenzgrad: 1b).













Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Siehe Kommentar zu Empfehlung 120 und ➔ DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“.

Empfehlung 131: Für die Entscheidung, ob eine Psychotherapie **ambulant, teilstationär oder stationär** stattfinden soll, sollten **im Einzelfall klinische Kriterien** geprüft werden. Zur **Indikationsstellung** ist die **ambulante/ konsiliarische Vorstellung des Patienten vor Behandlungsbeginn** notwendig.

Mögliche Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung sind (einzeln oder in Kombination):

-  Selbst- oder Fremdgefährdung einschließlich Suizidalität.
-  die Notwendigkeit einer ständigen Facharzt-Präsenz bei möglichen Krisen
-  schwere körperliche Symptome bzw. ausgeprägte somatische Komorbidität (z.B. massive Gewichtsabnahme, komorbide Multiple Sklerose)
-  schwere psychische Symptome (z.B. Suchterkrankungen, massive Panikattacken mit Vermeidungsverhalten, schwere Antriebsstörung, psychotische Symptome, selbstverletzendes Verhalten, dissoziative Zustände).
-  die Erfolglosigkeit ambulanter Therapien oder logistische Probleme, eine multimodale/multiprofessionelle (Differenzial-)Diagnostik und Behandlung sicher zu stellen
-  nicht hinreichende Behandlungsmotivation bzw. fehlende Belastbarkeit für den ambulanten Therapieprozess
-  ein rein somatisches Krankheitsverständnis
-  erhebliche funktionelle Beeinträchtigung, Arbeitsunfähigkeit > ca. 4 Wochen
-  Chronifizierung: Die Häufigkeit der Beschwerden und/oder Funktionsfähigkeit haben sich nach etwa 3 Monaten (Definition je nach Beschwerdebild teilweise unterschiedlich!) trotz angemessener Behandlung nicht gebessert
-  geringe soziale Unterstützung bzw. große Konflikte im familiären / beruflichen Umfeld oder sonstige relevante sozialmedizinische Aspekte
-  hohe biographische Belastung: Bekanntwerden schwerwiegender biographische Belastungsfaktoren (z. B. Traumatisierung), die mit aktuellen psychischen Symptomen und Beeinträchtigungen verbunden sind.
-  große interaktionelle Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung
- die Notwendigkeit von Therapieplanänderungen bzw. –anpassungen sowie Verlaufsbeobachtungen im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Behandlungsregie
- die Notwendigkeit eines Stationsmilieus als veränderter Rahmen bzw. der Klinik als Übungsfeld, z.B. für Expositionstherapien
- ggf. Wunsch des Patienten

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 132: Stationäre Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte in einer **Klinik mit multimodalem Therapiekonzept** (siehe Definition oben: interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychosomatische, psychologische oder psychiatrische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan unter qualifizierter ärztlicher Leitung) stattfinden.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 131 und 132:

Die Entscheidung, ob eine psychotherapeutische Behandlung (manchmal auch zunächst eine differenziertere Diagnostik) ambulant oder (teil-)stationär durchgeführt werden sollte, hängt in allererster Linie von der Schwere des individuellen Krankheitsbildes ab und ist eine klinische Entscheidung. Die Empfehlung 131 listet mögliche Kriterien auf, die im Einzelfall - einzeln oder kombiniert - Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung darstellen können. Im _Unterschied zu einer Rehabilitation (⇒ Statement 140 und Empfehlung 141) erfolgt eine (teil-) stationäre Behandlung auf Einweisung des Arztes. Patienten, die einer vollstationären psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, leiden in aller Regel unter schweren oder gefährlichen Verlaufsformen funktioneller und somatoformer Störungen (⇒ Tabellen 7.2. und 7.3.).

Beim Konzept der Intervallbehandlung werden in die langfristige ambulante Behandlung tagesklinische oder stationäre Therapiephasen eingeplant. In diesen können durch die hohe Therapiedosis und das multimodale Angebot schwierige Behandlungsfoki angegangen werden.

Die Mehrzahl der vorhandenen empirischen Daten zur Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden liegt zu ambulanten (meist an Kliniken durchgeführten) Therapien vor. Stationäre Psychotherapie, ist bislang nicht ausreichend kontrolliert-randomisiert untersucht. Lediglich Bleichhardt et al. (2004) zeigten die Wirksamkeit einer stationären multimodal-kognitiven Verhaltenstherapie. Viele nicht-kontrollierte Studien belegen jedoch generell eine gute Wirkung stationärer, meist multimodaler und oft rehabilitativer psychosomatischer Behandlungen (z.B. Beutel et al. 2008, Schäfer et al 2008; Probst et al. 2009; siehe auch Kommentar zu Empfehlung 140 und 141).

8.2.3. Forschungsdefizite

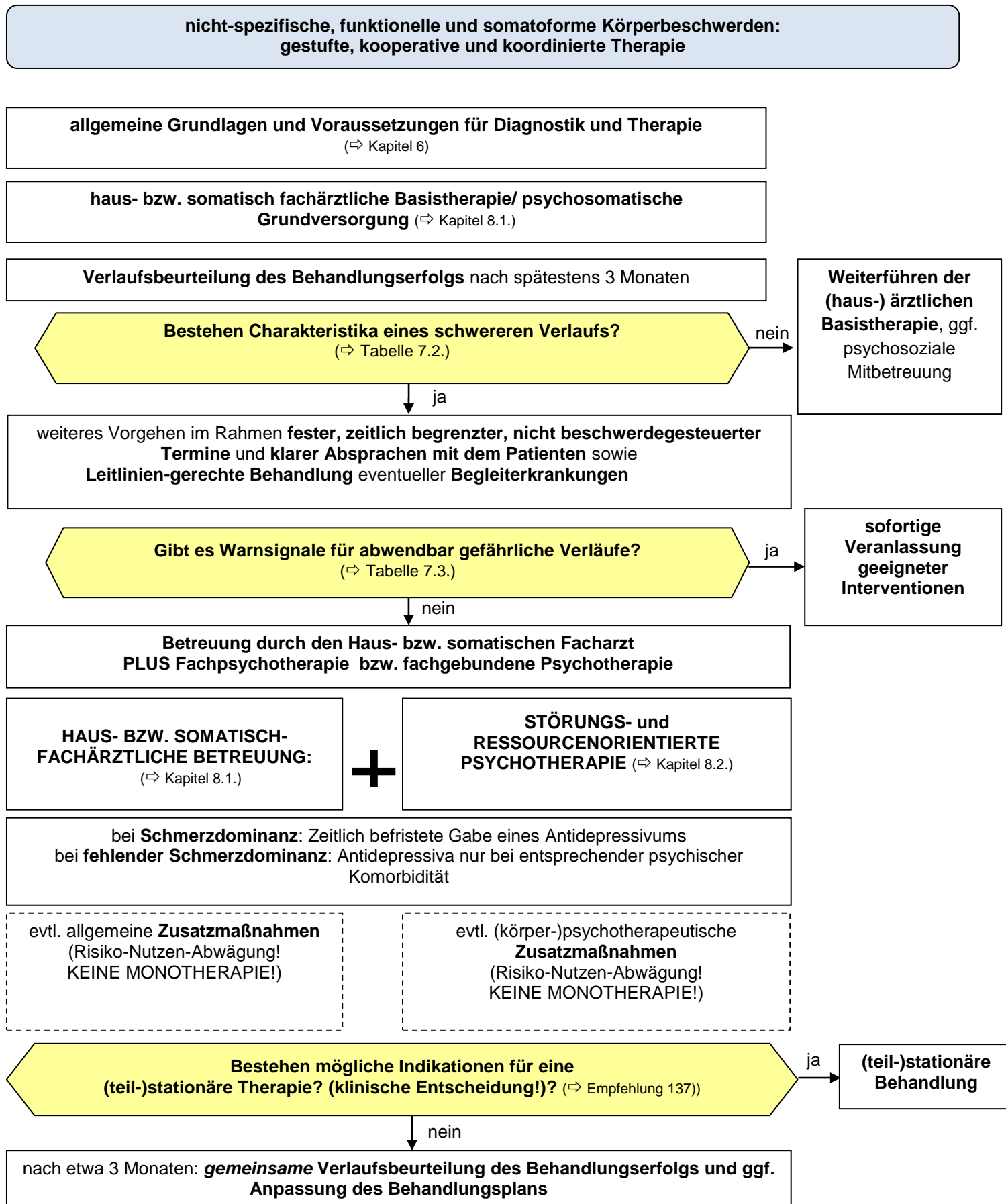
Statement 133: Prinzipiell gelten ähnliche Forschungsdefizite wie in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin. Konkret sollten in den psychosozialen Fächern vor allem folgende Aspekte weiter untersucht werden:

- **Die Wirksamkeit weiterer Psychotherapieformen** bzw. sinnvoller Kombinationen aus Elementen verschiedener Psychotherapieschulen im Hinblick auf ihre Effektstärken und Langzeitwirkungen.
- **Vergleich von zwei aktiven Psychotherapieformen** in Studien mit hinreichender statistischer Power (zur Absicherung potenzieller Unterschiede).
- **Störungsspezifische Therapieformen und multimodale Therapien** bei *unterschiedlichen* Störungsbildern und Leitsymptom-Konstellationen.
- Allgemeine **Beschwerdemuster, psychosoziale Störungsaspekte** sowie **Wirkvariablen** und **Therapieeffekte** jenseits des untersuchten Leitsymptoms - anstatt der bisherigen überwiegenden Konzentration der Therapieforschung auf *einzelne* funktionelle Syndrome.
- Der **Einfluss von Settingvariablen** (z.B. differentielle Effekte in Spezialabteilungen vs. allgemeinen therapeutischen Einrichtungen).
- **Entwicklung kurzer, schnell verfügbarer, kosten-nutzen-effektiver fachpsychotherapeutischer Behandlungsangebote** für leichtere Verläufe bzw. Frühphasen, die gut kompatibel mit dem primärmedizinischen Setting sind (z.B. Psychoedukation; psychotherapeutische Kurzinterventionen im Umfang von 2-6 Therapiestunden).

Starker Konsens

8.3. Therapie- Algorithmus

Kurzversion: Schrittweises Vorgehen je nach Schweregrad der Beschwerden



**nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden:
gestufte, kooperative und koordinierte Therapie**

**Langversion:
Schrittweises
Vorgehen je nach
Schweregrad der
Beschwerden**

allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie (⇒ Diagnostik-Algorithmus)

- empathische, aktiv-stützende und bewältigungsorientierte Grundhaltung
 - Abwartendes Offenhalten
- partnerschaftliche Gesprächsführung und partizipative Entscheidungsfindung
- Anerkennen der Beschwerden, Vermeiden stigmatisierender Begriffe und Aussagen, stattdessen Aufgreifen alltagssprachlicher Metaphern
 - Transparenz durch Befundbesprechungen, evtl. Bilanzierungsdialoge
- gute Kooperation mit Vor- und Mitbehandlern, Einbeziehung des Praxisteam

haus- bzw. somatisch fachärztliche Basistherapie/ psychosomatische Grundversorgung

- Versicherung und Beruhigung, Beratung und Information über funktionelle Körperbeschwerden
- Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, Förderung der Mitarbeit des Patienten (Eigenverantwortung)
- Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge (Psychoedukation; z.B. Stressphysiologie, Teufelskreismodelle) unter Anknüpfung an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten; schrittweises Erarbeiten eines biopsychosozialen Erklärungsmodells; positive Beschreibung der Beschwerden
 - körperliche und soziale Aktivierung
- kritische Pharmakotherapie: nur zeitlich befristet zur Symptomlinderung, nach Risiko-Nutzen-Abwägung und Aufklärung
 - ggf. externe psychosoziale Mitbeurteilung Beratung des Patienten, Empfehlungsschreiben für Behandler und Patient

Gemeinsame Verlaufsbeurteilung des Behandlungserfolgs nach spätestens 3 Monaten

Bestehen Charakteristika eines schwereren Verlaufs?

(⇒ Tabelle 7.2., Diagnostik-Algorithmus)

ja

weiteres Vorgehen im Rahmen **fester, zeitlich begrenzter, nicht beschwerdegesteuerter Termine** und **klarer Absprachen mit dem Patienten** sowie
Leitlinien-gerechte Behandlung eventueller **Begleiterkrankungen**

Gibt es Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe?

(⇒ Tabelle 7.3., Diagnostik-Algorithmus)

nein

**Betreuung durch den Haus- bzw. somatischen Facharzt
PLUS Fachpsychotherapie bzw. fachgebundene Psychotherapie**

im Rahmen eines strukturierten, ggf. multimodalen, vom primär behandelnden (Haus-)Arzt koordinierten Gesamttherapieplans
in enger Kooperation zwischen allen Behandlern

nein

**Weiterführen der (haus-)
ärztlichen Basistherapie, ggf.
psychosoziale Mitbetreuung**

Wiedereinschätzung nach ca. 3
Monaten

ja

**sofortige Veranlassung
geeigneter Interventionen,**
z.B. Hinzuziehung psychosozialer
Fachleute, stationäre Einweisung
bei akuter Suizidalität,
ergänzende somatische
Differenzialdiagnostik

HAUS- BZW. SOMATISCH-FACHÄRZTLICHE BETREUUNG:

- Basistherapie unter besonderer Beachtung der Grundregeln zu Haltung, Gesprächsführung und Praxisorganisation zum Aufbau einer tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung
- stärkere **Strukturierung** des Settings und der Inhalte, Einbeziehung **weiterer Behandler**
- gemeinsames Erarbeiten **konkreter und realistischer Therapieziele**
- gemeinsames Festlegen von Therapiemaßnahmen
- Bewahren des Patienten vor iatrogener Schädigung durch nicht indizierte Therapien
- Thematisierung von **Selbsthilfestrategien, Gesundheitsängsten, Sicherheit-suchendem, Schon- und Vermeidungsverhalten**
- **gestufte körperliche Aktivierung**: Langsam zunehmende körperliche/sportliche Aktivität ohne Überlastung und ohne übermäßige Schonung
- behutsame **Vorbereitung einer** (Überweisung zur) **Psychotherapie**



STÖRUNGS- und RESSOURCENORIENTIERTE PSYCHOTHERAPIE

(idealerweise in Deutschland anerkanntes Verfahren):

- **Basistherapie** unter besonderer Beachtung der Grundregeln zu **Haltung, Gesprächsführung und Praxisorganisation** zum Aufbau einer **tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung**
- **kontextbezogenes Vorgehen**, v.a. unter **Einbeziehung von Komorbidität, Soziallage, Arbeitsfähigkeit**
- **initial Orientierung am Symptom** und seiner **Bewältigung**, am subjektiven **Erklärungsmodell** sowie an individuellen **Ressourcen**
- später ggf. **Orientierung an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren** einschließlich **biographischer** und **Persönlichkeitsfaktoren**
- **psychotherapeutische Begleitung der gestuften körperlichen Aktivierung**

bei **Schmerzdominanz**: Zeitlich befristete Gabe eines Antidepressivums
bei **fehlender Schmerzdominanz**: Antidepressiva nur bei entsprechender psychischer Komorbidität

evtl. allgemeine **Zusatzmaßnahmen**

(Risiko-Nutzen-Abwägung! KEINE MONOTHERAPIE!) z.B.
medikamentöse Symptomlinderung (CAVE Opiode, Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/ Tranquilizer), aktivierende bzw. abwechselnd aktivierende und entspannende und später selbst durchführbare übende Verfahren oder physikalische Maßnahmen

evtl. (körper-)psychotherapeutische **Zusatzmaßnahmen** (Risiko-Nutzen-Abwägung! KEINE MONOTHERAPIE!)

z.B. Psychoedukation, Entspannungsverfahren

Bestehen mögliche Indikationen für eine (teil-)stationäre Therapie (klinische Entscheidung!)?

- Selbst- oder Fremdgefährdung einschließlich Suizidalität (absolute Indikation)? Notwendigkeit einer ständigen Facharzt-Präsenz bei möglichen Krisen?
- schwere körperliche Symptome bzw. eine starke somatische Komorbidität? schwere psychische Symptome bzw. ausgeprägte psychische Komorbidität?
- Erfolglosigkeit ambulanter Therapien oder logistische Probleme, eine multimodale/multiprofessionelle (Differenzial-)Diagnostik und Behandlung sicher zu stellen?
- nicht hinreichende Behandlungsmotivation bzw. fehlende Belastbarkeit für den ambulanten Therapieprozess? rein somatisches Krankheitsverständnis?
- fehlender Behandlungserfolg nach 3 Monaten? Arbeitsunfähigkeit > ca. 4 Wochen?
- hohe biographische Belastung? geringe soziale Unterstützung bzw. große Konflikte im familiären / beruflichen Umfeld oder sonstige relevante sozialmedizinische Aspekte?
- große interaktionale Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung?
- Notwendigkeit von Therapieplanänderungen bzw. -anpassungen sowie Verlaufsbeobachtungen im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Behandlungsregie? Notwendigkeit eines Stationsmilieus als veränderter Rahmen bzw. der Klinik als Übungsfeld, z.B. für Expositionstherapien?
- Wunsch des Patienten?

ja

**(teil-)stationäre
Behandlung**
in einer Klinik mit
multimodalem
Therapiekonzept

nein

nach etwa 3 Monaten: **gemeinsame Verlaufsbeurteilung des Behandlungserfolgs und ggf. Anpassung des Behandlungsplans**
Adjustierung von Behandlungszielen, Setting und Interventionen
z.B. im Hinblick auf therapeutische Zusatzmaßnahmen, Weglassen bestimmter Interventionen, Verwirklichung eines multimodalen Konzepts
ggf. erneute diagnostische Überprüfung (⇒ Kapitel 7; Diagnostik-Algorithmus)

- Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 265-74.
- Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms: *Psychol Med* 2007; 37: 283-94.
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. *Eur Spine J* 2006 Mar; 15 Suppl 2: 192-300.
- Alkherayf F, Agbi C. Cigarette smoking and chronic low back pain in the adult population. *Clin Invest Med* 2009; 32(5): e360-7.
- Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 2011; 11: 87.
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR, Gralow I, Irnich D, Klimczyk K, Müller G, Nagel B, Pflingsten M, Schiltenswolf M, Sittl R, Söllner W. Multimodal pain therapy: principles and indications. *Schmerz* 2009; 23(2): 112-20.
- Arnold B, Häuser W, Bernardy K Brückle W, Friedel E, Köllner V, Kühn-Becker H, Richter M, Weigl M, Weiss T, Offenbächer M. Multimodale Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *Schmerz* 2008; 22: 334-8.
- Arnold IA, de Waal MW, Eekhof JA, Assendelft WJ, Spinhoven P, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. *Psychosomatics* 2009; 50(5): 515-24.
- Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 1: CD000447.
- AWMF S3 Leitlinie: Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS) http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-003l.pdf (zuletzt aufgerufen 25.02.2011)
- Bailer J, Staehle HJ, Rist F. Krank durch Amalgam? 10 Regeln für den Umgang mit Betroffenen. *MMW Fortschr Med* 2003; 145(33-34): 34-8.
- Baranowsky J, Klose P, Musial F, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2009; 30(1): 1-21.
- Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(8): 903-10.
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990; 24(4): 323-34.
- Bernardy K, Füßer N, Klose P, Häuser W. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome – a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2011; 12: 133.
- Beutel ME, Michal M, Subic-Wrana C. Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008; 36(1): 125-42.
- Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Hochlehnert A, Wilke S, Hartmann M, Eich W. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2008; 64(1): 13-20.
- Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain* 2008; 135(1-2): 187-95.
- Bleichhardt G, Timmer B, Rief W. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care. *J Psychosom Res* 2004; 56(4): 449-54.
- Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, Bontoux L, Huez JF, Rucay P, Parot-Shinkel E, Fanello S, Richard I. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: a retrospective study of 72 patients. *Ann Readapt Med Phys* 2008; 51(8): 650-62.
- Bryans R, Descarreaux M, Duranleau M, Marcoux H, Potter B, Ruegg R, Shaw L, Watkin R, White E. Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache. *J Manipulative Physiol Ther* 2011; 34(5): 274-89. doi: 10.1016/j.jmpt.2011.04.008.
- Bundesärztekammer (Hrsg). Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung (Band 15, 2. Auflage). Köln: Deutscher Ärzteverlag 2001.
- Busch AJ, Webber SC, Brachaniec M, Bidonde J, Bello-Haas VD, Danyliw AD, Overend TJ, Richards RS, Sawant A, Schachter CL. Exercise therapy for fibromyalgia. *Curr Pain Headache R* 2011; 15(5): 358-67.
- Buwalda FM, Bouman TK, van Duijn MA. Psychoeducation for hypochondriasis: a comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behav Res Ther* 2007; 45(5): 887-99.
- Chiarioni G, Whitehead WE. The role of biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008; 5(7): 371-82.
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335(7609): 24-7.

- Creed F, van der Feltz C, Guthrie E, Henningsen P, Rief W, Schröder A, White P. Identification, Assessment and Treatment of Individual Patients. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press 2011, Seite 175-216.
- Damush TM, Wu J, Bair MJ, Sutherland JM, Kroenke K. Self-management practices among primary care patients with musculoskeletal pain and depression. *J Behav Med* 2008; 31(4): 301-7.
- Davidson JR, Crawford C, Ives JA, Jonas WB. Homeopathic treatments in psychiatry: a systematic review of randomized placebo-controlled studies. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(6): 795-805.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). OPS – Operationen- und Prozedurenschlüssel. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/version2012/systematik/> (letzter Abruf: 27.12.2011)
- Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, Dickinson KC, Sullivan MD, Gerrity MS. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009; 301(12): 1242-52.
- Dorn SD. Systematic review: self-management support interventions for irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32(4): 513-21.
- Eccleston C, Williams AC, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD007407.
- Edinger JD, Wohlgemuth WK, Krystal AD, Rice JR. Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2005; 165(21): 2527-35.
- Edmonds M, McGuire H, Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD003200.
- Elsesser K, Sartory G. Medikamentenabhängigkeit. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer 2009; i383-405.
- Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med* 1999; 159(3): 215-22.
- Ernst E, Canter PH. A systematic review of systematic reviews of spinal manipulation. *J R Soc Med* 2006; 99: 192-6.
- Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43: 93-131.
- Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatr* 2008; 21(2): 182-8.
- Fishbain DA. The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4(3): 221-7.
- Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124(2): 102-19.
- Forbes A, Jackson S, Walter C, Quraishi S, Jacyna M, Pitcher M. Acupuncture for irritable bowel syndrome: a blinded placebo-controlled trial. *World J Gastroenterol* 2005; 11(26): 4040-4.
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009; 58(3): 367-78. Epub 2008 Nov 10.
- Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain* 2010; 148(3): 398-406.
- Franz M, Dilo K, Schepank H, Reister G. Why "no" to psychotherapy? Cognitive stereotypes of psychosomatic patients of a population sample in correlation with refusal of offered psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993; 43(8): 278-85
- Freedendfeld RN, Murray M, Fuchs PN, Kiser RS. Decreased pain and improved quality of life in fibromyalgia patients treated with olanzapine, an atypical neuroleptic. *Pain Pract* 2006; 6(2): 112-8.
- Friedrich M, Grady SE, Wall GC. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression. *Clin Ther* 2010; 32(7): 1221-33.
- Furlan AD, van Tulder MW, Brosseau L, Milne S, Robinson V, Marchand S, Shea B, Wells G, Tugwell P. Efficacy of the transcutaneous electrical nerve stimulation for the treatment of chronic low back pain: a meta-analysis. *Spine* 2002; 27: 596-603.
- Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1: CD001351.
- Furto ES, Cleland JA, Whitman JM, Olson KA. Manual physical therapy interventions and exercise for patients with temporomandibular disorders. *Cranio* 2006; 24(4): 283-91.
- Gagnier JJ, van Tulder M, Berman B, Bombardier C. Herbal medicine for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2: CD004504.
- García-Campayo J, Arevalo E, Claraco LM, Alda M, Lopez del Hoyo Y. A prevention programme for somatoform disorders is effective for affective disorders. *J Affect Disord* 2010; 122(1-2): 124-32. Epub 2009 Jul 19.

- Gard G. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disabil Rehabil* 2005; 27(12): 725-8.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res* 2011; 71: 325-34.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res* 2011; 71(5): 325-34. Epub 2011 Jun 28.
- Gatchel RJ, Stowell AW, Wildenstein L, Riggs R, Ellis E 3rd. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a one-year outcome study. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(3): 339-47.
- Gaul C, Schmidt T, Czaja E, Eismann R, Zierz S. Attitudes towards complementary and alternative medicine in chronic pain syndromes: a questionnaire-based comparison between primary headache and low back pain. *BMC Complement Altern Med* 2011; 11: 89.
- Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, Faurot KR, Coble RS, Mann JD, Frey W, Leniek K, Whitehead WE. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106(9): 1678-88.
- Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010; 151(2): 280-95.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292: 2388-95.
- Goudsmit EM, Ho-Yen DO, Dancey CP. Learning to cope with chronic illness. Efficacy of a multi-component treatment for people with chronic fatigue syndrome. *Patient Educ Couns* 2009; 77(2): 231-6.
- Grape C, Theorell T, Wikström BM, Ekman R. Choir singing and fibrinogen, VEGF, cholecystokinin and motilin in IBS patients. *Med Hypotheses* 2009; 72(2): 223-5.
- Grape C, Wikström BM, Ekman R, Hasson D, Theorell T. Comparison between choir singing and group discussion in irritable bowel syndrome patients over one year: saliva testosterone increases in new choir singers. *Psychother Psychosom* 2010; 79(3): 196-8.
- Graul J, Klinger R, Greimel KV, Rustenbach S, Nutzinger DO. Differential outcome of a multimodal cognitive-behavioral inpatient treatment for patients with chronic decompensated tinnitus. *Int Tinnitus J* 2008; 14(1): 73-81.
- Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, Van der Does AJ, Zitman FG, Spinhoven P. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164(1): 91-9.
- Gregg VH. Hypnosis in chronic fatigue syndrome (Case studies). *J R Soc Med* 1997; 90(12): 682-3.
- Gunreben-Stempfle B, Griessinger N, Lang E, Muehlhans B, Sittl R, Ulrich K. Effectiveness of an intensive multidisciplinary headache treatment program. *Headache* 2009; 49(7): 990-1000. Epub 2009 May 15.
- Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1: CD000963.
- Halpert A, Rybin D, Doros G. Expressive writing is a promising therapeutic modality for the management of IBS: a pilot study. *Am J Gastroenterol* 2010; 105(11): 2440-8.
- Hammond A, Freeman K. Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2006; 20(10): 835-46.
- Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schäfer R, Szecsenyi J, Löwe B. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009; 67(3): 189-97. Epub 2009 Jun 27.
- Hashash JG, Abdul-Baki H, Azar C, Elhajj II, El Zahabi L, Chaar HF, Sharara AI. Clinical trial: a randomized controlled cross-over study of flupenthixol + melitracen in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27(11): 1148-55.
- Häuser W, Bernardy K, Offenbächer M, Arnold B, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment of fibromyalgia syndrome – a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthr Rheum* 2009; 61: 216-24.
- Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA* 2009; 301(2): 198-209.
- Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenswolf M, Henningsen P. Klinische Leitlinie Fibromyalgiesyndrom. Klassifikation, Diagnose und Behandlungsstrategien. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(23): 383-91.
- Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, Busch A. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2010; 12: r79.
- Häuser W, Petzke F, Sommer C. Comparative efficacy and harms of duloxetine, milnacipran, and pregabalin in fibromyalgia syndrome. *Pain* 2010; 11(6): 505-21.
- Häuser W, Petzke F, Üçeyler N, Sommer C. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Rheumatology* 2011; 50(3): 532-43.

- Hausteiner C, Borschein S, Nowak D, Henningsen P. Psychosomatik der umweltbezogenen Gesundheitsstörungen. *Psychotherapeut* 2007b; 5: 373-85.
- Hausteiner C, Borschein S, Zilker T, Henningsen P, Förstl H. Dysfunctional cognitions in idiopathic environmental intolerances (IEI) – an integrative psychiatric perspective. *Toxicol Lett* 2007a; 171(1-2): 1-9.
- Hausteiner C, Borschein S. Umweltbezogene somatoforme Störungen. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 3: 272-6.
- Hefner J, Rilk A, Herbert BM, Zipfel S, Enck P, Martens U. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome – a systematic review. *Z Gastroenterol* 2009; 47: 1153-9.
- Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28(4): 444-55.
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G. Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer 2002.
- Henningsen P, Martin A. Somatoforme Störungen. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban und Fischer 2008; 541-59.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369(9565): 946-55.
- Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD000261.
- Hinson VK, Haren WB. Psychogenic movement disorders. *Lancet Neurol* 2006; 5(8): 695-700.
- Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD006524.
- Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17: 667-83.
- Holzbach R, Martens M, Kalke J, Raschke P. Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. Heidelberg: Springer 2010.
- Holzbach R. Der Benzodiazepinentzug und dessen Behandlung. *Suchttherapie* 2006; 7: 97-106.
- Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1: CD003974.
- Huber D, Albrecht C, Hautum A, Henrich G, Klug G. Effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy: a follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother* 2009; 55(2): 189-99.
- Hungin AP. Self-help interventions in irritable bowel syndrome. Comment on Gut 2006 May; 55(5): 643-8. *Gut* 2006 May; 55(5): 603-4.
- Hussain Z, Quigley EM. Systematic review: complementary and alternative medicine in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 465-71.
- Ilgen MA, Zivin K, McCammon RJ, Valenstein M. Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(6): 521-7.
- Jage J, Maier C. Missbrauch und Abhängigkeit unter Opioiden bei nicht tumorbedingtem Schmerz. Risikofaktoren und Lösungswege. *Kliniker* 2005; 34(6): 174-9.
- Kalichman L, Vulfsons S. Dry needling in the management of musculoskeletal pain. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(5): 640-6.
- Kapfhammer HP. Psychopharmakotherapie somatoformer Störungen und funktioneller somatischer Syndrome. *Psychiatrie und Psychotherapie* 2007; 3: 153-68.
- Kaplan KH, Goldenberg DL, Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction programme on fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 284-9.
- Kappler J, Menges C, Ferbert A, Ebel H. Schwere "Spät"dystonie nach "Neuroleptanxiolyse" mit Fluspirilen Severe ("late" dystonia after neuroleptic anxiolysis with fluspirilene). *Nervenarzt* 1994; 65(1): 66-8.
- Kearney DJ, McDermott K, Martinez M, Simpson TL. Association of participation in a mindfulness programme with bowel symptoms, gastrointestinal symptom-specific anxiety and quality of life. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34(3): 363-73.
- Keel PJ, Bodoky C, Gerard U, Muller W. Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clin J Pain* 1998; 14(3): 232-8.
- Kendall SA, Brolin-Magnusson K, Sören B, Gerdle B, Henriksson KG. A pilot study of body awareness programs in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res* 2000; 13(5): 304-11.
- Khadilkar A, Milne S, Brosseau L, Robinson V, Saginur M, Shea B, Tugwell P, Wells G. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD003008.
- Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling* 2006; 61 (3), 319-341
- King SJ, Wessel J, Bhambhani Y, Sholter D, Maksymowych W. The effects of exercise and education, individually or combined, in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2002; 29(12): 2620-7.

- Kisely SR, Campbell LA, Skerrett P, Yelland MJ. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1: CD004101.
- Kiser RS, Cohen HM, Freedendfeld RN, Jewell C, Fuchs PN. Olanzapine for the treatment of fibromyalgia symptoms. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22(2): 704-8.
- Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 146-60.
- Köllner V, Bernardy K, Bialas P, Shabanova A, Häuser W. Diagnose und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61(6): 276-85; quiz 286-7. Epub 2011 May 5.
- Kong SC, Hurlstone DP, Pocock CY, Walkington LA, Farquharson NR, Bramble MG, McAlindon ME, Sanders DS. The incidence of self-prescribed oral complementary and alternative medicine use by patients with gastrointestinal diseases. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 138-41.
- Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76: 417-26.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59(6): 597-604.
- Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000; 69(4): 205-15.
- Kroenke K. Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med* 2007; 69: 881-8.
- Kruse J, Schmitz N, Iler W, Heckrath C, Tress W. Why Does the General Practitioner Overlook Psychological Disorders in his Patient? Determinates of Physicians' Identification with Psychological Disorders. *PPmP* 2004; 54(2): 45-51.
- Kuiken SD, Tytgat GNJ, Boeckxstaens GEE. The selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine does not change rectal sensitivity and symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a double blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Gastroenterol H* 2003; 1: 219-28.
- Lahmann C, Loew TH, Tritt K, Nickel M. Efficacy of functional relaxation and patient education in the treatment of somatoform heart disorders: a randomized, controlled clinical investigation. *Psychosomatics* 2008; 49(5): 378-85.
- Lahmann C, Röhrich F, Sauer N, Noll-Hussong M, Ronel J, Henrich G, von Arnim A, Loew T. Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. *J Altern Complement Med* 2010; 16(1): 47-52.
- Lange M, Krohn-Grimberghe B, Petermann F. Effects of a cognitive-behavioral patient education on fibromyalgia : A controlled efficacy study. *Z Rheumatol* 2011; 70(4): 324-31.
- Layer P, Andresen V, Pehl C, Allescher H, Bischoff SC, Claßen M, Enck P, Frieling T, Haag S, Holtmann G, Karaus M, Kathemann S, Keller J, Kuhlbusch-Zicklam R, Kruis W, Langhorst J, Matthes H, Mönnikes H, Müller-Lissner S, Musial F, Otto B, Rosenberger C, Schemann M, van der Voort I, Dathe K, Preiß JC. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). AWMF-Registriernummer: 021-016. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-93.
- Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Internal qigong for pain conditions: a systematic review. *J Pain* 2009; 10(11): 1121-7.
- Lim B, Manheimer E, Lao L, Ziea E, Wisniewski J, Liu J, Berman B. Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD005111.
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009; 1: CD007587. DOI: 10.1002/14651858.CD007587.
- Liu JP, Yang M, Liu YX, Wei ML, Grimsgaard S. Herbal medicines for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD004116.
- Loew TH, Sohn R, Martus P, Tritt K, Rechlin T. Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Altern Ther Health Med* 2000; 6(6): 70-5.
- Lowe C, Depew W, Vanner S. A placebo-controlled, doubleblind trial of acupuncture in the treatment of irritable bowel syndrome (IBS). *Gastroenterology* 2000; 118(4 Suppl 2): a3168.
- Luciano JV, Martínez N, Peñarrubia-María MT, Fernández-Vergel R, García-Campayo J, Verduras C, Blanco ME, Jiménez M, Ruiz JM, López del Hoyo Y, Serrano-Blanco A, FibroQoL Study Group. Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2011; 27(5): 383-91.
- Macedo LG, Smeets RJ, Maher CG, Latimer J, McAuley JH. Graded activity and graded exposure for persistent nonspecific low back pain: a systematic review. *Phys Ther* 2010; 90(6): 860-79. Epub 2010 Apr 15. Review.
- Manheimer E, White A, Berman B, Forsys K, Ernst E. Meta-analysis: acupuncture for low back pain. *Ann Intern Med* 2005; 142: 651-63.
- Martin A, Härter M, Henningsen P, Hiller W, Kröner-Herwig B, & Rief W (in press). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome. Göttingen: Hogrefe.
- Mayhew E, Ernst E. Acupuncture for fibromyalgia-a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology* 2007; 46: 801-4.

- McCrone P, Ridsdale L, Darbishire L, Seed P. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy, graded exercise and usual care for patients with chronic fatigue in primary care. *Psychol Med* 2004; 34(6): 991-9.
- McLeod CC, Budd MA, McClelland DC. Treatment of somatization in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 251-8.
- McNeely ML, Armijo Olivo S, Magee DJ. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Phys Ther* 2006; 86(5): 710-25.
- Meeus M, Nijs J, Van Oosterwijck J, Van Alsenoy V, Truijen S. Pain physiology education improves pain beliefs in patients with chronic fatigue syndrome compared with pacing and self-management education: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91(8): 1153-9.
- Meissner K, Bingel U, Colloca L, Wager TD, Watson A, Flaten MA. The placebo effect: advances from different methodological approaches. *J Neurosci* 2011; 31(45): 16117-24.
- Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G. Acupuncture for idiopathic headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CD001218
- Melchart D, Vogt S, Köhler W, Streng A, Weidenhammer W, Kremers L, Hickel R, Felgenhauer N, Zilker T, Wühr E, Halbach S. Treatment of health complaints attributed to amalgam. *J Dent Res* 2008; 87(4): 349-53.
- Menzies V, Taylor AG, Bourguignon C. Effects of guided imagery on outcomes of pain, functional status, and self-efficacy in persons diagnosed with fibromyalgia. *J Altern Complement Med* 2006; 12(1): 23-30.
- Merkes M. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Aust J Prim Health* 2010; 16(3): 200-10.
- Miró E, Lupiáñez J, Martínez MP, Sánchez AI, Díaz-Piedra C, Guzmán MA, Buena-Casal G. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. *J Health Psychol* 2011; 16(5): 770-82.
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Rogers A, Dunn G, Lewis B, Charles-Jones H, Hogg J, Clifforda R, Iredale W, Towey M, Gask L. Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(4): 343-51.
- Moss-Morris R, Sharon C, Tobin R, Baldi JC. A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *J Health Psychol* 2005; 10(2): 245-59.
- Mühlig S, Jacobi F. Psychoedukation. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg). *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Berlin: Springer 2006; 543-52.
- Müller A, Hartmann M, Eich W. Health care utilization in patients with Fibromyalgia Syndrome (FMS). *Schmerz* 2000; 14(2): 77-83.
- Müller KG, Richter A, Bieber C, Blumenstiel K, Wilke S, Hochlehnert A, Eich W. The process of shared decision making in chronic pain patients. Evaluation and modification of treatment decisions. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2004; 98(2): 95-100.
- Musterweiterbildungsordnung der Deutschen Ärztekammer, 2010:
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_07122011.pdf (letzter Zugriff: 1.3.2012)
- Nakao M, Shinozaki Y, Ahern DK, Barsky AJ. Anxiety as a predictor of improvements in somatic symptoms and health anxiety associated with cognitive-behavioral intervention in hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 2011; 80(3): 151-8. Epub 2011 Mar 3.
- National Institute of Health. National Center for Complementary and Alternative Medicine
<http://nccam.nih.gov/health/whatiscaam/> (Last view 01.09.11)
- Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(3): 379-96.
- Nicassio PM, Schuman C, Kim J, Cordova A, Weismann MH. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24(10): 2008-13.
- Nickel R, Ademmer K, Egle UT. Manualized psychodynamic-interactional group therapy for the treatment of somatoform pain disorders. Manualized psychodynamic-interactional group therapy for the treatment of somatoform pain disorders. *Bull Menninger Clin* 2010; 74(3): 219-37.
- Nishishinya B, Urrutia G, Walitt B, Rodriguez A, Bonfill X, Alegre C, Darko G. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47(12): 1741-6.
- Nordin M, Cedraschi C, Skovron ML. Patient-health care provider relationship in patients with non-specific low back pain: a review of some problem situations. *Baillieres Clin Rheumatol* 1998; 12(1): 75-92.
- Novak P. 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient [1]. *Balint* 2011; 12(1): 8-14.
- Ohman A, Aström L, Malmgren-Olsson EB. Feldenkrais® therapy as group treatment for chronic pain – a qualitative evaluation. *J Bodyw Mov Ther* 2011; 15(2): 153-61.
- Olin R, Klein R, Berg PA. A randomised double-blind 16-week study of ritanerlin in fibromyalgia syndrome: clinical outcome and analysis of autoantibodies to serotonin, gangliosides and phospholipids. *Clin Rheumatol* 1998; 17(2): 89-94.

- Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96(5): 223-7.
- Paterson C, Taylor RS, Griffiths P, Britten N, Rugg S, Bridges J, McCallum B, Kite G, CACTUS study team. Acupuncture for 'frequent attenders' with medically unexplained symptoms: a randomised controlled trial (CACTUS study). *Br J Gen Pract* 2011; 61(587): e295-305.
- Pols RG, Battersby MW. Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. *Med J Aust* 2008; 188: 133-7.
- Pool JJ, Ostelo RW, Knol DL, Vlaeyen JW, Bouter LM, de Vet HC. Is a behavioral graded activity program more effective than manual therapy in patients with subacute neck pain? Results of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010; 35(10): 1017-24.
- Potts SG, Lewin R, Fox KA, Johnstone EC. Group psychological treatment for chest pain with normal coronary arteries. *QJM* 1999; 92(2): 81-6.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 3: CD001027.
- Probst T, von Heymann F, Zaudig M, Konermann J, Lahmann C, Loew T, Tritt K. The effectiveness of psychosomatic inpatient treatment – results of a multicenter follow-up study *Z Psychosom Med Psychother* 2009; 55(4): 409-20.
- Quijada-Carrera J, Valenzuela-Castano A, Povedano-Gomez J, Fernandez-Rodriguez A, Hernanz-Mediano W, Gutierrez-Rubio A, de la Iglesia-Salgado JL, Garcia-Lopez A. Comparison of tenoxicam and bromazepam in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 1996; 2-3: 221-5.
- Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002; 325(7372): 1082.
- Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome. *Clin Evid (Online)*. 2008 Aug 28; 2008.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 248-53.
- Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001; 18(5): 519-23.
- Rico-Villademoros F, Hidalgo J, Dominguez I, Garcia-Leiva JM, Calandre EP. Atypical antipsychotics in the treatment of fibromyalgia: a case series with olanzapine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29(1): 161-4.
- Rief W, Nanke A. Somatoform disorders in primary care and inpatient settings. *Adv Psychosom Med* 2004; 26: 144-58.
- Robinson A, Lee V, Kennedy A, Middleton L, Rogers A, Thompson DG, Reeves D. A randomised controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gut* 2006; 55: 643-8.
- Ronel J, Kruse J, Gündel H. Somatoforme Störungen. Erfahrungen und neue Behandlungsmöglichkeiten. *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2007; 1130-8.
- Rote Liste Service GmbH (Hrsg). Rote Liste 2011 – Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. Frankfurt am Main: Rote Liste Service GmbH 2011.
- Rudolf G, Henningsen P. Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 3-19.
- Russell IJ, Kamin M, Bennett RM, Schnitzer TJ, Green JA, Katz WA. Efficacy of Tramadol in Treatment of Pain in Fibromyalgia. *J Clin Rheumatol* 2000; 6(5): 250-7.
- Saito M, Kumano H, Yoshiuchi K, Kokubo N, Ohashi K, Yamamoto Y, Shinohara N, Yanagisawa Y, Sakabe K, Miyata M, Ishikawa S, Kuboki T. Symptom profile of multiple chemical sensitivity in actual life. *Psychosom Med* 2005; 67(2): 318-25.
- Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318(7180): 372-6.
- Sampalli T, Berlasso E, Fox R, Petter M. A controlled study of the effect of a mindfulness-based stress reduction technique in women with multiple chemical sensitivity, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. *J Multidiscip Healthc* 2009; 2: 53-9.
- Sandstrom MJ, Keefe FJ. Self-management of fibromyalgia: the role of formal coping skills training and physical exercise training programs. *Arthritis Care Res* 1998; 11(6): 432-47.
- Santaguida PL, Gross A, Busse J, Gagnier J, Walker K, Bhandari M, Raina P. Complementary and alternative medicine in back pain utilization report. *Evid Rep Technol Assess* 2009 (Full Rep); 177:1-221.
- Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G, Henningsen P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 60-7.
- Schade N, Torres P, Beyebach M. Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Fam Syst Health* 2011; 29(3): 197-205.

- Schäfer R, Bölter R, Faber R, Claudia Kaufmann C. Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 9(3): 252-9.
- Schäfer A, Gieler U, Kurth R, Brosig B, Leweke F, Milch WE, Reimer C, Beutel ME. Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors *J Psychosom Res* 2008; 65(4): 329-36.
- Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain* 2011; 152(2): 361-9.
- Schneider A, Körner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling* 2006; 61 (2) 292-298
- Scott SC, Goldberg MS, Mayo NE, Stock SR, Poitras B. The association between cigarette smoking and back pain in adults. *Spine (Phila Pa 1976)* 1999; 24(11): 1090-8.
- Sculco AD, Paup DC, Fernhall B, Sculco MJ. Effects of aerobic exercise on low back pain patients in treatment. *Spine J* 2001; 1(2): 95-101.
- Seivewright H, Green J, Salkovskis P, Barrett B, Nur U, Tyrer P. Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193(4): 332-7.
- Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, Studts JL. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum* 2007; 57(1): 77-85.
- Sharpe M, Walker J, Williams C, Stone J, Cavanagh J, Murray G, Butcher I, Duncan R, Smith S, Carson A. Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: a randomized controlled efficacy trial. *Neurology* 2011; 77(6): 564-72. Epub 2011 Jul 27.
- Shinozaki M, Kanazawa M, Kano M, Endo Y, Nakaya N, Hongo M, Fukudo S. Effect of autogenic training on general improvement in patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2010; 35(3): 189-98.
- Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010; 171(2): 135-54.
- Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med* 2003; 18(6): 478-89.
- Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, Dwamena FC, Lein C, William Given C, Given B, Goddeeris J. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21(7): 671-7.
- Smith,RC, J C Gardiner, Z Luo, S Schooley, L Lamerato, K Rost. Primary care physicians treat somatisation. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 829-32.
- Sørensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychol Med* 2011; 41(2): 431-41. Epub 2010 Apr 12.
- Spanier JA, Howden CW, Jones MP. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2003; 163: 265-74.
- Staudenmayer H. *Environmental Illness: Myth and Reality*. Florida: Lewis, Boca Raton 1999.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011; 52(3): 263-71.
- Stephens S, Feldman BM, Bradley N, Schneidman J, Wright V, Singh-Grewal D, Lefebvre A, Benseler SM, Cameron B, Laxer R, O'Brien C, Schneider R, Silverman E, Spiegel L, Stinson J, Tyrrell PN, Whitney K, Tse SM. Feasibility and effectiveness of an aerobic exercise program in children with fibromyalgia: results of a randomized controlled pilot trial. *Arthritis Rheum* 2008; 59(10): 1399-406.
- Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Murray G, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Macmahon AD, Sharpe M. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009; 132(10): 2878-88. Epub 2009 Sep 8.
- Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002; 325(7378): 1449-50.
- Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD000387.
- Stubhaug B, Lie SA, Ursin H, Eriksen HR. Cognitive-behavioural therapy v. mirtazapine for chronic fatigue and neurasthenia: randomised placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192(3): 217-23.
- Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. In: Dimsdale J, Xin Y, Kleinman A (Hrsg). *Somatic Presentations of Mental Disorders. Refining the research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association 2009; 103-32.
- Tanum L, Malt UF. Personality traits predict treatment outcome with an antidepressant in patients with functional gastrointestinal disorder. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35(9): 935-41.

- ten Have M, de Graaf R, Monshouwer K. Physical exercise in adults and mental health status findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *J Psychosom Res* 2011; 71(5): 342-8. Epub 2011 May 18.
- Thieme K, Gracely RH. Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Curr Rheumatol Rep* 2009; 11(6): 443-50.
- Timmer B, Bleichhardt G, Rief W. Importance of psychotherapy motivation in patients with somatization syndrome. *Psychother Res* 2006; 16: 348-56.
- Toft T, Rosendal M, Ørnbøl E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). *Psychother Psychosom* 2010; 79(4): 227-37. Epub 2010 Apr 29.
- Trinkley KE, Nahata MC. Treatment of irritable bowel syndrome. *J Clin Pharm Ther* 2011; 36(3): 275-82.
- Tschuschke V, Weber R, Horn E, Kiencke P, Tress W. Ambulante psychodynamische Kurzgruppenpsychotherapie bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2007; 55(2): 87-95.
- Turk DC, Okifuji A. What factors affect physicians' decisions to prescribe opioids for chronic noncancer pain patients? *Clin J Pain* 1997; 13(4): 330-6.
- Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, Salkovskis P, Smith G, Wang D, Bhogal S, Keeling M, Loeberberg G, Seivewright R, Walker G, Cooper F, Evered R, Kings S, Kramo K, McNulty A, Nagar J, Reid S, Sanatinia R, Sinclair J, Trevor D, Watson C, Tyrer H. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res* 2011; 71(6): 392-4. Epub 2011 Sep 13.
- van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010; 68(6): 521-33.
- Van Houdenhove B, Pae CU, Luyten P. Chronic fatigue syndrome: is there a role for non-antidepressant pharmacotherapy? *Expert Opin Pharmacother* 2010; 11(2): 215-23.
- van Kerkhoven LA, Laheij RJ, Aparicio N, De Boer WA, van den Hazel S, Tan AC, Witterman BJ, Jansen JB. Effect of the antidepressant venlafaxine in functional dyspepsia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6(7): 746-52.
- Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. *Fam Pract* 2010; 27(2): 151-65. Epub 2009 Dec 22.
- Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2001; 39: 423-42.
- Volkman H, Norregaard J, Jacobsen S, Danneskiold-Samsøe B, Knoke G, Nehrdich D. Double-blind, placebo-controlled cross-over study of intravenous S-adenosyl-L-methionine in patients with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1997; 26(3): 206-11.
- Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47(423): 647-52.
- Wand BM, Bird C, McAuley JH, Doré CJ, MacDowell M, De Souza LH. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 29(21): 2350-6.
- Wang C, Schmid CH, Rones R, Kalish R, Yin J, Goldenberg DL, Lee Y, McAlindon T. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Engl J Med* 2010; 363(8): 743-54.
- Warner CM, Colognori D, Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, Saborsky A, Petkova E, Reiss P, Chhabra M, McFarlane-Ferreira YB, Phoon CK, Pittman N, Benkov K. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depress Anxiety* 2011; 28(7): 551-9. doi: 10.1002/da.20821. Epub 2011 Jun 16.
- Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD005110.
- White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Does the label "fibromyalgia" alter health status, function, and health service utilization? A prospective, within-group comparison in a community cohort of adults with chronic widespread pain. *Arthritis Rheum* 2002; 47(3): 260-5.
- White PD, Goldsmith KA, Johnson AL, Potts L, Walwyn R, DeCesare JC, Baber HL, Burgess M, Clark LV, Cox DL, Bavinton J, Angus BJ, Murphy G, Murphy M, O'Dowd H, Wilks D, McCrone P, Chalder T, Sharpe M, PACE trial management group. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 2011; 377(9768): 823-36. Epub 2011 Feb 18.
- Winocur E, Gavish A, Emodi-Perlman A, Halachmi M, Eli I. Hypnotherapy as treatment for myofascial pain disorder: a comparative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93(4): 429-34.
- Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2001; 44: 993-1000.
- Yoon SL, Grundmann O, Koepp L, Farrell L. Management of irritable bowel syndrome (IBS) in adults: conventional and complementary/alternative approaches. *Altern Med Rev* 2011; 16(2): 134-51.

Zaroff CM, Myers L, Barr WB, Luciano D, Devinsky O. Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2004; 5(4): 587-92.

Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quartero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1: CD006442.

Zimmer B, Moessner M, Kordy H. Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung. *Rehabilitation* 2010; 49: 301-7.

9. Häufige Fehler und obsoleete Maßnahmen

Vorbemerkung:

In der multifaktoriellen Pathogenese nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden spielen iatrogene Faktoren, d.h. durch ärztliches (Nicht-) Verhalten entstandene oder mit unterhaltende Bedingungen eine besondere Rolle (Page & Wessely 2003; Hotopf 2004; Fullen et al. 2008; Reid et al. 2002), nicht zuletzt deshalb, weil sie unter Umständen beeinflusst werden können. Wahrscheinlich tragen iatrogene Faktoren weniger zur Disposition bei, wohl aber zur Auslösung und Symptomverstärkung, mehr noch zur Fixierung und Aufrechterhaltung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden. Bislang haben im Wesentlichen nur zwei Gruppen systematisch zur empirischen Datenbasis über iatrogene Faktoren beigetragen: Zum einen die Gruppe um Pither, Wessely und Kouynaou in London, die iatrogene Faktoren bei Patienten mit chronischen Schmerzen mit quantitativen Methoden untersuchte (Pither & Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997a; Kouyanou et al. 1998). Zum anderen die Gruppe um Salmon, Ring und Dowrick in Liverpool, die in qualitativen Untersuchungen von Konsultationsgesprächen zwischen Hausärzten und ihren Patienten mit medically unexplained symptoms (MUS) die zentrale Rolle der Gestaltung der Behandler-Patient-Interaktion sowie behandlerseitiger Einstellungen herausgearbeitet hat (Ring et al. 2004; Salmon et al. 2004; Ring et al. 2005; Salmon et al. 2005; Salmon et al. 2006; Salmon 2007; Salmon et al. 2007a; Salmon et al. 2007c; Salmon et al. 2008b).

Empfehlung 134: Folgende **Haltungen, Denk- und Verhaltensweisen** sollten VERMIEDEN werden:

- Ein eigenes **dualistisches** oder **hierarchisches Erklärungsmodell**: „Entweder-Oder-Modell“; „körperliche Erkrankungen sind wichtiger/ gefährlicher als psychische“, „Krank ist nur, wer entsprechende somatische Befunde aufweist“.
- **Bewertung unklarer Beschwerden als illegitim** („*Sie haben nichts*“), was die Betroffenen eher zur Betonung als zur Aufgabe der Beschwerden antreibt (Verdeutlichungstendenz, ⇨ Empfehlung 144).
- Interpretation einer Klage über Körperbeschwerden als **„Widerstand“ oder Ausdruck mangelnder Motivation**.
- **Einseitige „Somatisierung“** (Nicht-Einbeziehung psychosozialer Umstände und Beschwerden) bzw. **einseitige „Psychologisierung“** (mangelnde Einbeziehen des Körpers, mangelnde Flexibilität im Umgang mit somatischen Behandlungswünschen eines Patienten insbesondere in der Initialphase der Therapie).
- **Verunsicherung oder sogar Katastrophisieren** bei der **Bewertung von Beschwerden und Befunden**, teilweise auch Überinterpretation von (Bagatell-) Befunden („Wenn Sie sich nicht operieren lassen, landen Sie im Rollstuhl“).
- Verwendung einer unklaren, unbewiesene Ätiologieannahmen suggerierenden oder stigmatisierenden **Terminologie**.

- Einseitige paternalistische oder ausschließlich informative **Gesprächsführung** und **Entscheidungsfindung**.
- **Mangelndes Vertrauen in eigene „psychologische“ Fähigkeiten** und Angst, durch „problematische“ Fragen nach persönlichen Problemen die „Büchse der Pandora“ zu öffnen und dann die Kontrolle zu verlieren oder mit unangenehmen Gefühlen konfrontiert zu werden. (Kann/ darf der „Somatiker“ psychosoziale Zusammenhänge überhaupt ansprechen? Wie kann er auch „psychologisch“ helfen? Wie vermittelt man emotionale Unterstützung?)
- **Erwartung von „psychological mindedness“ und Einsicht in lebensgeschichtliche Zusammenhänge** als Voraussetzung für eine Psychotherapie.
- **Ungeeignetes Setting (viele kurze, beschwerdegesteuerte, spontane anstatt etwas weniger, längere, nicht beschwerdegesteuerte und vorgeplante Termine).**
- **Ungeklärte „Zuständigkeiten“ und mangelnde Zusammenarbeit mit Kollegen** (sowohl der Somatiker mit den Psychosomatikern/ Psychiatern /Psychologen als auch umgekehrt).

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 134:

Ausbildung und Sozialisation der Behandler erfolgen in der Regel in einseitig ausgerichteten, weithin noch immer *dualistisch strukturierten Systemen* (Engel 1977; Adler 1996; Fink et al. 2002): In der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten wird überwiegend auf somatische und akutmedizinische Aspekte von Krankheit fokussiert. Dem gegenüber bleiben in der Ausbildung von Psychologen und Psychotherapeuten körperliche Aspekte unterbeleuchtet. Durch die einseitig biomedizinische Ausbildung und Sozialisation entwickelt sich nicht selten ein *rein biomedizinisches ärztliches Rollenverständnis*, als Arzt nur für die „somatischen Probleme“, (nicht selten sogar nur für ein Organsystem) des Patienten zuständig zu sein (Fink et al. 2002). Die Einseitigkeiten und Lücken der ärztlichen Ausbildung haben einen Mangel an Wissen und Fertigkeiten bezüglich psychosomatischer und psychischer Störungen sowie ihres Managements zur Folge, spezielle Kenntnisse über chronische Schmerzsyndrome und funktionelle Beschwerden werden nur punktuell vermittelt (Fink et al. 2002; Eriksen et al. 2004) . Andererseits besteht auch die Gefahr, dass die somatischen Anteile durch *einseitige Fokussierung auf psychologische Probleme* vernachlässigt werden. Ein damit zusammenhängendes Problem ist die gängige Nichteinbeziehung von Körpersymptomatik in Psychotherapien.

Resultat einseitig biomedizinischer Qualifikation sind unter anderem Defizite in der Gesprächsführung: Typischerweise greifen Hausärzte Hinweise ihrer Patienten auf emotionale und psychosoziale Belastungen, die diese – anders als bislang angenommen – regelmäßig geben, nicht auf (Dowrick et al. 2004; Salmon et al. 2004; Salmon et al. 2005). Mehrere qualitative Analysen von Behandler-Patient-Konsultationen zeigten, dass der Vorschlag weiterer organmedizinischer Maßnahmen in der Mehrzahl der Fälle nicht vom Patienten, sondern vom Arzt ausgeht (Ring et al. 2004; Ring et al. 2005; Salmon et al. 2006). Je länger die Konsultation dauerte, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt eine organspezifische Intervention anbot, was nahe legt, dass die Ärzte diese Strategie einsetzen, um die Konsultation zu beenden (Salmon et al. 2007a).


Studien fanden wiederholt eine Diskrepanz zwischen der Fähigkeit der Ärzte, potentielle psychologische Faktoren zu erkennen, und ihren Gefühlen von Unsicherheit und Unfähigkeit, mit diesen Faktoren angemessen umzugehen (Sharpe et al. 1994; Wileman et al. 2002; Kenny 2004; Peters et al. 2009; Henningsen et al. 2011). In einer qualitativen britischen Untersuchung wurden 23 Hausärzte interviewt, die die Teilnahme an einem Training zur Verbesserung des Managements von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden abgelehnt hatten, außerdem 10 Hausärzte, die an dem Training teilgenommen hatten (Salmon et al. 2007b). Abwertende Einstellungen gegenüber Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden fanden sich häufiger bei Hausärzten, die die Teilnahme an dem Training abgelehnt hatten. Diese Ärzte entwerteten auch ihre eigenen psychologischen Fertigkeiten, mit diesen Patienten zu arbeiten. Nicht nur die Angst vor dem Übersehen einer somatischen Erkrankung, sondern auch die Unsicherheit im Umgang mit psychosozialen Themen scheint die Ärzte dahin zu bringen, defensiv bei dem zu bleiben, worin sie sich sicher fühlen, d.h. organbezogene Untersuchungen und Behandlungen vorzuschlagen (Salmon et al. 2006). Es ist zu hoffen, dass das *mangelnde Vertrauen in eigene „psychologische“ Fähigkeiten* mit der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung 2005 bereits eine Veränderung erfährt. Psychosomatisches Basiswissen ist nun Teil der Facharztweiterbildung in den Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung. Hierfür stehen zentrale und dezentrale Kursangebote, Praktika und vorbereitende Lernmittel zur Verfügung.

Ein häufiger Fehler bei der Befundmitteilung ist die Somatisierung und Angstförderung durch *verängstigende Befundmitteilung und „katastrophisierende“ ärztliche Beratung* (Widder et al. 2007): In der Akutphase von Schmerzen (z.B. nach Unfällen oder bei Krankheiten) sind die Betroffenen oft zusätzlich zu ihren Schmerzen von Ängsten bezüglich der Schwere und Prognose ihrer Erkrankung geplagt. Werden diese durch ärztliche Maßnahmen in irrealer Weise verstärkt, kann dies zu einem chronifizierenden Circulus vitiosus führen. Einzelne, möglicherweise unbedacht gesprochene Worte können auch bei Erkrankungen mit prinzipiell guter Prognose eine vermeidbare iatrogene Traumatisierung hervorrufen: „Ihr Rücken ist ein Schrotthaufen ...“, „Sie haben aber einen schlimmen Bandscheibenvorfall ...“, „Sie müssen operiert werden ...“, „Wenn Sie sich nicht operieren lassen, landen Sie im Rollstuhl!“, „Das könnte auch auf eine Krebserkrankung hinweisen“. Ungünstig ist es auch, wenn für die Patienten *schwer akzeptable diagnostische Labels* verwendet werden, durch die diese sich stigmatisiert fühlen. Es sind dies in absteigender Reihenfolge „alles psychisch“ („all in the mind“), „hysterisch“, „psychosomatisch“, „medizinisch unerklärt“ und „depressiv“ (Stone et al. 2002) (⇒ Empfehlung 43). Wenn eine Diagnosemitteilung erfolgt, *mangelt es häufig an Information und Aufklärung über das vorliegende Krankheitsbild*. Oft scheinen die Patienten nur simplifizierende Plattitüden und keine Beratung zum Umgang mit den Beschwerden zu erhalten (Pither & Nicholas 1991)

Oft werden auch Fehler bei der Gestaltung des Settings gemacht: Ungünstig ist das häufige *beschwerdegesteuerte Zustandekommen von Terminen*. Hier werden die Beschwerden zu einer Art „Eintrittskarte“ für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Wenn der Patient „notfallmäßig“ in der Praxis erscheint, sollte der Termin möglichst kurz gehalten und der nächste feste Termin geplant werden.

Mangelnde Abstimmung zwischen Behandlern ist zu einem großen Teil die Folge von Fixierung des Behandlers auf das eigene Gebiet.

Empfehlung 135: Folgende **Fehler beim diagnostischen Vorgehen** sollten VERMIEDEN werden:

- **Mangelnde psychosoziale Diagnostik:**
 - fehlende Sensibilität gegenüber psychosozialen Zusammenhängen
 - Übersehen einer funktionellen bzw. somatoformen Störung oder komorbider psychischer Störungen
 - Übersehen sozialmedizinischer Aspekte (Krankengeld, ALG II, Rentenbegehren) und anderer Formen positiver Aspekte der Krankenrolle (sekundärer Krankheitsgewinn)
 - fehlende, zu späte oder unzureichend vor- oder nachbereitete Überweisung zur psychosozialen Diagnostik und Therapie
 - **Mangelnde somatische Basisdiagnostik:**
 - Verzicht auf regelmäßige körperliche Untersuchungen und Basislabor
 - Unterlassen basaler differenzialdiagnostisch wichtiger Untersuchungen (z.B. Abklärung einer Kohlenhydrat-Malassimilation bei Durchfall)
 - Nicht-Berücksichtigung nicht-psychologischer Faktoren, welche die Beschwerden beeinflussen können, z. B. Ernährung oder Temperatur
 - fehlende Beachtung von Änderungen der Symptomatik im Verlauf
 - **Unnötige oder sogar schädliche Überdiagnostik:**
 - unangemessene (quantitativ und/ oder qualitativ) Labor- und Bild diagnostik
 - unnötige invasive Untersuchungen
 - redundante Untersuchungen
 - Überbewertung bzw. Fehlinterpretation von nicht-spezifischen somatischen Befunden, Zufalls-/ Bagatel/ Teilbefunden und Normvarianten
-  **CAVE:** Viele organmedizinische Untersuchungen werden nicht auf Grund hartnäckiger Forderungen der Patienten eingeleitet, sondern auf Initiative des Arztes!
- unangemessene psychosoziale Diagnostik (z.B. unqualifizierte Traumaexploration mit Gefahr der Retraumatisierung)

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 135:

Besonders bedeutsam sind Fehler im Bereich der Diagnostik (Pither und Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997a; Henningsen et al. 2002). Der Orthopäde Nachemson (Nachemson 1994) stellte dazu fest: „Abnormes Verhalten der Diagnostiker führt zu abnormem Krankheitsverhalten der Patienten.“ Zentrales Problem ist, dass nach wie vor zu häufig *reine Ausschlussdiagnostik* betrieben wird, mit der Gefahr, den Patienten zu lange einseitig somatisch zu betreuen.

Mangelnde psychosoziale Diagnostik:

Psychosoziale Faktoren werden häufig übersehen oder ungenügend berücksichtigt bzw. das Vorliegen funktioneller Störungsanteile nicht erkannt (Salmon et al. 2004; Epstein et al. 2006). Psychische Faktoren

werden relativ wenig, soziale Faktoren so gut wie gar nicht in den eigentlich dafür vorgesehenen Achsen der Diagnosesysteme kodiert (Schäfert et al. 2010, Schäfert et al. 2010). Bezüglich der Identifikation somatoformer Störungen stimmten dänische Hausärzte mit den Ergebnissen von SCAN-Interviews bei 99 Patienten in etwa 50% der Fälle überein (Fink et al. 1999). In einer Untersuchung von 526 Patienten in zwei Londoner Allgemein-Ambulanzen zeigte sich, dass die 36 beteiligten Ärzte Symptome eher fälschlich als medizinisch erklärt denn als unerklärt einordneten, vor allem bei älteren Patienten (Nimnuan et al. 2000). Hinzu kommt das *Übersehen von komorbiden psychischen Störungen*, vor allem Depression und Angst, aber auch von anderen relevanten psychischen Störungen. In einer Untersuchung von 125 Patienten mit chronischen Schmerzen in zwei spezialisierten Londoner Schmerzambulanzen war bei 10% der Patienten eine primäre psychiatrische Störung bislang unerkannt geblieben (Kouyanou et al. 1997). In einer Untersuchung an 120 Patienten mit psychischen Störungen in 16 deutschen Hausarztpraxen identifizierten die Hausärzte 61% der psychischen Störungen (Kruse et al. 2004). Werden andererseits Fehldiagnosen gestellt – seien sie „psychisch“ oder „somatisch“ – bedeutet dies nicht nur, dass die „richtige“ Diagnose nicht gestellt wurde, sondern auch dass die Patienten mit möglicherweise schädlichen Behandlungen und einer falschen Prognose belastet werden (Kouyanou et al. 1997; Page und Wessely 2003).

Mangelnde somatische Basisdiagnostik:

Nicht selten wird eine spezialisierte Diagnostik veranlasst, obwohl noch *nicht alle basisdiagnostischen Maßnahmen durchgeführt* wurden: Keine körperlichen Untersuchungen, keine basalen differenzialdiagnostischen Untersuchungen, die unspezifische Symptome erklären können (z. B. Durchfall infolge einer Kohlenhydratmalassimilation), fehlende Beachtung quantitativer und qualitativer Änderungen der Symptomatik im Verlauf, fehlende Beachtung nicht-psychologischer Einflussfaktoren.

Unnötige oder sogar schädliche Überdiagnostik:

Ein auf lokalisierte Probleme begrenztes (Spezialisten-) Vorgehen und *somatische Überdiagnostik* können die Überzeugung des Patienten verfestigen, dass seine Beschwerden eine somatische Ursache haben (Müller et al. 2000; Pither und Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997; Little et al. 2004); teilweise kommt es sogar zu *unangemessenen invasiven Maßnahmen* (Pither & Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997a; Kouyanou et al. 1998), wie z.B. einer Laparoskopie. Bei unerklärten Beschwerden ordnen Hausärzte zweimal so viel Laboruntersuchungen an wie bei erklärten (van der Weijden et al. 2003). In einer Querschnittsanalyse einer postalischen Befragung von 1100 Ärzten (Rücklaufquote 43%) unterschiedlicher Disziplinen zur Diagnostik bei Rückenschmerzen zeigte sich insgesamt, dass Bildgebung – insbesondere Kernspin – zu früh und zu häufig vorgeschlagen wurde (Cherkin et al. 1994). In einer prospektiven Kohortenstudie an 1342 Patienten von 116 Hausarztpraxen waren fachärztliche Konsultationen (vor allem Orthopädie) der stärkste Prädiktor für vermehrte Bildgebung (Chenot et al. 2008). Dabei erweist sich bei Schmerz-Syndromen häufig eine Unspezifität der Bilddiagnostik: Die Konflikte zwischen dem Erkenntnisgewinn und Risiko iatrogenen Chronifizierung, eingeschränkter Aussagespezifität bildbezogener Befunde, Patientenerwartung und Wirtschaftlichkeit sind kritisch abzuwägen (Schiltenswolf 2006). Somatische Überdiagnostik wurde insbesondere auch für Notambulanzen beschrieben: Eine Querschnittsanalyse einer postalischen Befragung von 114 Notambulanzärzten acht verschiedener Disziplinen (Rücklaufquote 40%) zeigte, dass zu häufig Bildgebung, Überweisungen zum Spezialisten und zu lange Bettruhe vorgeschlagen wurden (Elam et al. 1995). Mit einer Überdiagnostik verbunden ist die

Gefahr der *Überbewertung oder Fehlinterpretation von unspezifischen somatischen Befunden, Zufalls-/ Bagatell-/ Teilbefunden* (z.B. im Kernspin) und *Normvarianten* (Schiltenswolf 2006).

Sowohl *psychosoziale Diagnostik* als auch *psychosoziale Therapie* sind bei *falscher Indikationsstellung oder falscher Durchführung* mit Risiken verbunden (z.B. Retraumatisierung durch Traumaanamnese oder Traumabearbeitung).

Empfehlung 136: Folgende häufige **allgemeine therapeutische Fehler** sollten VERMIEDEN werden:

- **zu späte Einleitung einer adäquaten Therapie**
- **mangelnde Behandlungsplanung**
- Nichtberücksichtigung von Leitlinien
- **ungenügende Einbeziehung des Patienten** (z.B. Nichtberücksichtigung seiner eigenen Ursachen- oder Zielvorstellungen; keine gemeinsame Evaluation von Behandlungseffekten und Zielerreichung; zu wenig Eigenverantwortung des Patienten)
- starker Einsatz von **Maßnahmen, die ein monokausales Krankheitsmodell** oder **die Passivität fördern** (z.B. Massagen) und den Patienten in der Krankenrolle halten
- Veranlassen oder Zulassen **nicht indizierter, potenziell schädlicher Therapien** (z.B. Pharmaka, Operationen)
- die Bescheinigung einer **Arbeitsunfähigkeit (AU)** für länger als 14 Tage sowie **wiederholte, dicht aufeinander folgende AU-Bescheinigungen**
- **mangelnde Anpassung** der Therapie an die **spezifischen Bedingungsfaktoren** der Beschwerdekongstellatlon des Patienten bzw. an **ausbleibende Therapieerfolge**
- **zu langes Warten** (> 3 Monate), bevor der Patient bei ausbleibender Besserung der Symptomatik einer psychosozialen/ multidisziplinären Mitbeurteilung und Mitbehandlung zugeführt wird
- **fehlender Überweisungsauftrag/ unzureichende Fragestellung:** z.B. „fachfremde Erkrankung“/ „Erkrankung im Fachgebiet“

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 136:

Grundsätzlich *dauert es zu lange, bis Patienten einer multidisziplinären Behandlung zugeführt werden*: In einer retrospektiven französischen Studie in der Primärversorgung an 72 Patienten mit Rückenschmerzen, dauerte es durchschnittlich vier Jahre, bis die Patienten einer multidisziplinären Behandlung zugeführt wurden (Bouton et al. 2008).

Nicht selten *mangelt es auch an der Behandlungsplanung*: Therapieziele werden oft gar nicht, unscharf oder aber zu hoch (z.B. Schmerzfreiheit) gesteckt.

Obwohl es inzwischen viele Syndrom-spezifische Leitlinien gibt, werden sie oft nicht beachtet: In einer prospektiven Studie an 105 Patienten mit akuten Rückenschmerzen und ihren 24 behandelnden Hausärzten zeigte sich eine *mangelhafte Einhaltung der Leitlinienempfehlungen* (Gonzalez-Urzelai et al. 2003).

Patienten werden häufig ungenügend in die Behandlung einbezogen. Hierher gehört wesentlich das *Nichterfragen der subjektiven Krankheitstheorie* des Patienten. Häufig erfolgt eine inadäquate Therapiekontrolle mit unzureichender Dokumentation von Schmerzlinderung und funktioneller Verbesserung sowie fehlender Reevaluation bei erfolgloser Therapie (Jage & Maier 2005). Chancen, Eigenverantwortung und Mitarbeit des Patienten zu betonen bleiben oft ungenutzt. *Probleme der Non-Adherence* werden übersehen bzw. unterbewertet (Nordin et al. 1998; Broekmans et al. 2009).

Monokausale Behandlungsversuche führen selten zum Ziel und bergen das Risiko einer somatischen Fixierung (Henningsen et al. 2002; Rief et al. 2008). Unbedingt vermieden werden müssen unnötige invasive Maßnahmen, am häufigsten sind das unnötige gastrointestinale und gynäkologische Operationen (Fink 1992). *Die Passivität fördernde Maßnahmen* halten den Patienten in der Krankenrolle und verstärken den sekundären Krankheitsgewinn: Insgesamt wird zu häufig der Rat zu körperlicher Schonung erteilt mit nachfolgender körperlicher Dekonditionierung des Patienten (Pither & Nicholas 1991; Waddell et al. 1997; Kouyanou et al. 1997a); weitere Beispiele sind die Verschreibung von Massagen anstelle aktivierender Krankengymnastik oder die Verordnung einer Halskrawatte nach banalen „HWS-Distorsionen“.

Nicht selten ist auch die Dauer von *Krankschreibungen* zu lange. Eine Querschnittsanalyse einer postalischen Befragung von 442 Hausärzten und 580 Physiotherapeuten fand, dass unangemessene Krankschreibung signifikant ($P < 0.0001$) stärker mit einem überwiegend biomedizinischen Erklärungsmodell der Behandler assoziiert war (Bishop et al. 2008). Dies bestätigte sich jedoch nicht in einer Untersuchung an 83 Hausärzten bezüglich der Assoziation zwischen biomedizinischer bzw. psychosozialer Einstellung und Krankschreibungen wegen nicht-spezifischer Rückenschmerzen vs. Kontrollbedingungen (häufige psychische Störungen [Depression, Angst, Panikstörung, Stress] und unspezifische Infekte der oberen Atemwege) während eines Jahres. Das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei nicht-spezifischen Rückenschmerzen hing vom Krankschreibverhalten im allgemeinen ab, nicht von der biomedizinischen vs. psychosozialen Einstellung (Watson et al. 2008). Einmal mehr zeigt sich hier, dass dualistische Vereinfachung häufig nicht weiter führt. Als „AU-Falle“ lässt sich die Situation beschreiben, dass der Patient, wurde ihm einmal wegen bestimmter Beschwerden die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, sich nicht lange danach mit gleichen oder sogar schlimmeren Beschwerden vorstellt und eine erneute Krankschreibung erwartet. Trotz fortschreitender Chronifizierung wird häufig die Problematik eines möglichen Krankheitsgewinns, z.B. eines Rentenbegehrens, zu wenig thematisiert.

Viele Behandler sind *uninformiert über Möglichkeiten der psychosozialen Medizin*: Bei Patienten mit CFS und IBS erwägen viele Ärzte sogar dann, wenn sie psychologische oder soziale Faktoren erkennen, keine Überweisung in die psychosoziale Medizin, weil sie mit deren Interventionen nicht vertraut sind oder sie für nicht verfügbar oder unnötig halten (Raine et al. 2004). Eine *unzureichend vor- bzw. nachbereitete Überweisung* an (psychosomatische/ psychiatrische) Experten kann wiederum das Krankheitserleben des Patienten in Frage stellen, lange bevor der Patient den Spezialisten gesehen hat. Der Patient kann sich weggeschickt fühlen. Die schlechteste Strategie ist, dem Patienten nicht zu sagen, dass man ihn zum Psychiater überweist: Er kann sich dann hintergangen und missverstanden fühlen und in der Folge noch stärker im biomedizinischen Modell gefangen bleiben (Pither & Nicholas 1991; Page & Wessely 2003).

Empfehlung 137: Folgende Fehler bei der **Pharmakotherapie** sollten VERMIEDEN werden:

- Verordnung von Medikamenten **außerhalb eines Gesamtbehandlungsplans**
- unzureichende analgetische Behandlung von **Akutschmerzen** (☞ NVL „Kreuzschmerz“)
- **schmerzkontingenter** Medikamenten-Einsatz „nach Bedarf“ (v.a. bei Analgetika)
- **Befördern von Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit durch** unkritisches Verschreibungsverhalten, v.a. von Opioiden (☞ LL „LONTS“) oder Benzodiazepinen
- Verordnung von **Neuroleptika**, z.B. als „Wochen-/ Aufbauspritze“
- alleinige und länger dauernde Verordnung von **Psychopharmaka ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung**

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 137:

Zu den häufigsten Behandlungsfehlern bei der Medikation gehören (Pither & Nicholas 1991; Kouyanou et al. 1997a; Jage & Maier 2005):

- **Allgemeine Verordnungsfehler:**
- Arzneimittelverordnung trotz zweifelhafter Diagnose: Dabei entsteht leicht ein Widerspruch zwischen der Beruhigung, es liege keine schwerwiegende Problematik vor und der dennoch erfolgenden Verordnung einer Pharmakotherapie („double-bind“). In einer Untersuchung an 336 Patienten von 22 australischen Hausärzten war der stärkste Prädiktor für die Verschreibung einer Medikation durch den Hausarzt, dass er eine entsprechende Erwartung des Patienten vermutete (Cockburn & Pit 1997);
- Nicht hinreichend behandelte Akutschmerzen: Sie können den Grundstein für eine spätere Chronifizierung und nicht zuletzt auch für die Entwicklung „komplexer regionaler Schmerzsyndrome“ legen (Rothstein & Zenz 2005; NVL „Kreuzschmerz“).
- Einsatz von zu vielen Medikamenten;
- Verschreiben eines neuen Medikaments bei jedem neu hinzugetretenen Symptom;
- Immer noch zu häufig erhalten Patienten keine ausreichende Information über Dosierung und Einnahme von Medikamenten;
- Durch unangemessen verordnete Medikamente kommt es bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu gehäuft auftretenden, meist intensiv erlebten Nebenwirkungen;
- Gleichzeitige (Schmerzmittel-) Verordnung durch mehrere Ärzte bei fehlender Absprache der Behandler (Fritsche et al. 2000);
- fehlende Kontrolle der Medikation im Verlauf (Jage & Maier 2005).
- **Fehler bei der Verordnung von Analgetika:**
- Verordnung mehrerer Analgetika derselben Klasse;`
- Unkritische i.m. Gabe von NSAR / Kortison oder deren Kombination bei Schmerzstörungen
- schmerzkontingenter Medikamenten-Gebrauch „nach Bedarf“, der eine psychische Abhängigkeit fördern kann;

- Unkritischer Einsatz von Opioiden ➔ S3-Leitlinie Schmerztherapie: Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTs): AWMF 041-003;
- Die Verschreibung von Opioiden wird am meisten beeinflusst durch die „nonverbale Kommunikation von Schmerz, Belastung und Leiden“ durch den Patienten. Sie ist unabhängig von Schmerzausmaß, körperlicher Pathologie und demographischen Faktoren (Turk & Okifuji 1997). Das Auftreten missbräuchlichen Verhaltens ist differenzialdiagnostisch von einer analgetischen Unterversorgung abzugrenzen („pseudoaddiction“);
- In zahlreichen Fällen erfolgt trotz ausbleibenden Therapieerfolgs eine dann nicht mehr indizierte Weiterverordnung von Opioiden (Gärtner & Schiltenswolf 2004; Jage & Maier 2005).
- **Fehler bei der Psychopharmakotherapie:**
- Abzurufen ist von der immer noch zu häufig praktizierten Gabe des stark wirksamen Neuroleptikums Fluspirilen vor allem wegen seiner extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (Kappler et al. 1994; Benkert & Hippus 2011, S. 285). Weitere Behandlungsfehler ergeben sich auf Grund mangelnder Kenntnis differenzieller psychopharmakotherapeutischer Optionen.
- Kritisch zu bewerten ist freilich auch die alleinige und länger dauernde Verordnung von Psychopharmaka ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung.
- **Befördern von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit:**
- Durch unkritisches Verschreibungsverhalten tragen Behandler zur Entwicklung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bei. Eine Untersuchung an 125 Patienten mit chronischen Schmerzen in zwei spezialisierten Londoner Schmerzzambulanzen fand bei 16,8% einen Medikamentenmissbrauch (Kouyanou et al. 1997b). Nach klinischen Beobachtungen von Nickel und Egle (Nickel & Egle 2001) entwickeln unter Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung bis zu 30% einen Medikamentenmissbrauch; nach Zahlen von Nickel und Egle (Nickel & Egle 2001) kommt es bei ca. 30% der betroffenen Patienten zur Entwicklung von Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit.
- Gefährlich ist insbesondere der Einsatz von Tranquilizern, Anxiolytika und Sedativa, speziell von Benzodiazepinen: Bereits bei einer Verordnung von Benzodiazepinen über einen Zeitraum von einer Woche besteht die Gefahr einer Abhängigkeit. Nach „Roter Liste“ (2011) wird nach Gabe von einer Woche eine schrittweise Dosisreduktion empfohlen, um Entzugssymptome zu vermeiden.
- Vermieden werden sollten Kombinationsanalgetika, die psychotrope Substanzen enthalten (Fritsche et al. 2000); auch hier kommt es leicht zu Fehlgebrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit.

Praxistipp 30: Den Einfluss des Behandlers beachten!	
☹ SCHÄDLICH	☺ NÜTZLICH
rein „somatisierende“ oder aber rein „psychologisierende“ Haltung; gereizt, wertend oder deutend	gelassene, geduldige, empathisch begleitende, aktiv-stützende Grundhaltung; interessiert, aber nicht wertend
Fokus auf Beseitigung der Beschwerden, diagnostische Einordnung um jeden Preis	Fokus auf Beschwerden, Kontext, Lebensqualität bzw. Leistungsfähigkeit und auf Möglichkeiten der Bewältigung
Berührungängste mit psychosozialen Themen	Vertrauen in eigene psychologische Fähigkeiten
Eindruck erwecken, ohnehin zu wissen, was der Patient will; kurz angebunden sein; nur geschlossene Fragen stellen; unerreichbare Ziele formulieren	partnerschaftliche Gesprächsführung; alltagssprachliche Metaphern; Entscheidungen gemeinsam („partizipativ“) treffen, realistische Ziele formulieren, regelmäßige Bilanzgespräche
psychosoziale Hinweise übersehen, überhören, ignorieren oder aber dem Patienten aufdrängen	psychosozialen Hinweisen Raum geben, beiläufig nachfragen, aber nichts erzwingen; nach weiteren Beschwerden und Kontextfaktoren fragen (Arbeit, Partnerschaft, Rentenbegehren etc.)
dem Patienten die Beschwerden absprechen („Sie haben nichts“, „Das ist doch völlig normal“)	Aufgreifen von Sorgen und Nöten, Positives anbieten (vegetative Stressreaktion, Teufelskreismodell); biopsychosoziales Erklärungsmodell etablieren
unüberlegtes Anordnen exzessiver Diagnostik aus rechtlichen oder anderen Gründen, wenn eigentlich unauffällige Testergebnisse erwartet werden	geplante, nicht redundante, zeitlich geraffte Organdiagnostik; Thematisieren (noch) fehlender somatischer Erklärungen und diagnostischer Wahrscheinlichkeiten, offene Diskussion von (wahrscheinlich unauffälligen) Testergebnissen; Unwahrscheinlichkeit ernster organischer Erkrankungen versichern, trotzdem Sorgfalt und Wachsamkeit zeigen („abwartendes Offenhalten“).
unstrukturiertes Vorgehen; spontane, beschwerdegesteuerte, notfallmäßige Termine ohne Regeln oder zeitliche Begrenzung	klares Setting: regelmäßige Einbestellung; zeitliche Begrenzung; beidseitiges Einhalten von Absprachen, Grenzen und Regeln
einseitig somatisches oder psychosoziales Vorgehen in Diagnostik und Therapie; fehlende Kommunikation der verschiedenen Behandler	simultane Berücksichtigung psychosozialer und somatischer Aspekte („Sowohl-als-auch“ statt „Entweder-oder“) in Diagnostik und Therapie; adäquate Therapie von Begleiterkrankungen; idealerweise in Kooperation mit weiteren Behandlern

Adler RH. Are there psychological factors which lead to iatrogenic disorders? Schweiz Med Wochenschr 1996; 126(15): 612-5.

Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie (8. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer 2011.

Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. Pain 2008; 135(1-2): 187-95.

Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, Bontoux L, Huez JF, Rucay P, Parot-Shinkel E, Fanello S, Richard I. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: a retrospective study of 72 patients. Ann Readapt Med Phys 2008; 51(8): 650-62.

- Broekmans S, Dobbels F, Milisen K, Morlion B, Vanderschueren S. Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: is there a problem? *Eur J Pain* 2009; 13(2): 115-23.
- Chenot JF, Leonhardt C, Keller S, Scherer M, Donner-Banzhoff N, Pfingsten M, Basler HD, Baum E, Kochen MM, Becker A. The impact of specialist care for low back pain on health service utilization in primary care patients: a prospective cohort study. *Eur J Pain* 2008; 12(3): 275-83.
- Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician variation in diagnostic testing for low back pain. Who you see is what you get. *Arthritis Rheum* 1994; 37(1): 15-22.
- Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315(7107): 520-3.
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500): 165-70.
- Elam KC, Cherkin DC, Deyo RA. How emergency physicians approach low back pain: choosing costly options. *J Emerg Med* 1995; 13(2): 143-50.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129-36.
- Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, Duberstein PR. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2006; 68(2): 269-76.
- Eriksen J, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Health care utilisation among individuals reporting long-term pain: an epidemiological study based on Danish National Health Surveys. *Eur J Pain* 2004; 8(6): 517-23.
- Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *J Psychosom Res* 1999; 46(3): 261-73.
- Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43(2): 93-131.
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40(4): 330-8.
- Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients 1. *J Psychosom Res* 1992; 36(5): 439-47.
- Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6(3): 210-5.
- Fritsche G, Nitsch C, Pietrowsky R, Diener HC. Psychologische Deskriptoren des Schmerzmittelabusus und des medikamenteninduzierten Kopfschmerzes (Psychological descriptors of excessive use of analgesic medication). *Schmerz* 2000; 14(4): 217-25.
- Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BG, Doody C, Daly L, Hurley DA. Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management: A systematic review. *Pain* 2008; 136(3): 388-96.
- Gärtner C, Schiltenswolf M. Eingeschränkte Wirksamkeit von Opioiden bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Eine Ursachenanalyse (Limited efficacy of opioids in chronic musculoskeletal pain). *Schmerz* 2004; 18: 506-14.
- Gonzalez-Urzelai V, Palacio-Elua L, Lopez-de-Munain J. Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. *Eur Spine J* 2003; 12(6): 589-94.
- Henningsen P, Fazekas C, Sharpe M. Barriers to Improving Treatment. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Developing Better Clinical Services.* Cambridge: Cambridge University Press 2011; Seite 124-131.
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G. *Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte.* Stuttgart: Schattauer 2002.
- Hotopf M. Preventing somatization. *Psychol Med* 2004; 34(2): 195-8.
- Jage J, Maier C. Missbrauch und Abhängigkeit unter Opioiden bei nicht tumorbedingtem Schmerz. Risikofaktoren und Lösungswege. *Kliniker* 2005; 34(6): 174-9.
- Kappler J, Menges C, Ferbert A, Ebel H. Schwere "Spät"dystonie nach "Neuroleptanxiolyse" mit Fluspirilen (Severe "late" dystonia after neuroleptic anxiolysis with fluspirilene). *Nervenarzt* 1994; 65(1): 66-8.
- Kenny DT. Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: bridging the communication chasm. *Patient Educ Couns* 2004; 52(3): 297-305.
- Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998; 76(3): 417-26.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* 1997; 59(6): 597-604.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients 8. *J Psychosom Res* 1997; 43(5): 497-504.
- Kruse J, Schmitz N, Iler W, Heckrath C, Tress W. Why Does the General Practitioner Overlook Psychological Disorders in his Patient? Determinates of Physicians' Identification with Psychological Disorders. *PPmP* 2004; 54(2): 45-51.

- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328: 444.
- LONTS – S3-Leitlinie Schmerztherapie: Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (AWMF 041/003), http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-003l.pdf
- Müller A, Hartmann M, Eich W. Health care utilization in patients with Fibromyalgia Syndrome (FMS). *Schmerz* 2000; 14(2): 77-83.
- Nachemson A. Chronic pain – the end of the welfare state? *Qual Life Res* 1994; 3(Suppl 1): 11-7.
- Nickel R, Egle UT. Manualisierte psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie. Therapiemanual zur Behandlung somatoformer Schmerzstörungen. *Psychotherapeut* 2001; 46: 11-9.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *QJM* 2000; 93(1): 21-8.
- Nordin M, Cedraschi C, Skovron ML. Patient-health care provider relationship in patients with non-specific low back pain: a review of some problem situations. *Baillieres Clin Rheumatol* 1998; 12(1): 75-92.
- Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96(5): 223-7.
- Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2009; 24(4): 443-9.
- Pither CE, Nicholas MK. Identification of iatrogenic factors in the development of chronic pain syndromes: abnormal treatment behavior? In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (Hrsg). *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier 1991; 429-34.
- Raine R, Carter S, Sensky T, Black N. General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study. *BMJ* 2004; 328(7452): 1354-7.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 248-53.
- Rief W, Zenz M, Schweiger U, Rueddel H, Henningsen P, Nilges P. Redefining (somatoform) pain disorder in ICD-10: a compromise of different interest groups in Germany. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(2): 178-81.
- Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004; 328(7447): 1057.
- Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1505-15.
- Rote Liste Service GmbH (Hrsg). *Rote Liste 2011 – Arzneimittelverzeichnis für Deutschland*. Frankfurt am Main: Rote Liste Service GmbH 2011.
- Rothstein D, Zenz M. Chronic pain in everyday medical routine. *Internist* 2005; 46(10): 1122-32.
- Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500): 171-6.
- Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med* 2007; 69(6): 571-7.
- Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF. Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. *Psychosom Med* 2006; 68(4): 570-7.
- Salmon P, Peters S, Clifford L, Iredale W, Gask L, Rogers A, Dowrick C, Hughes J, Morriss R. Why do General Practitioners Decline Training to Improve Management of Medically Unexplained Symptoms? *JGIM* 2007; 565-71.
- Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005; 59(4): 255-60.
- Salmon P, Wissow L, Carroll J, Ring A, Humphris GM, Davies JC, Dowrick CF. Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: criticism or confrontation? *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(5): 454-60.
- Salmon P, Wissow L, Carroll J, Ring A, Humphris GM, Davies JC, Dowrick CF. Doctors' attachment style and their inclination to propose somatic interventions for medically unexplained symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(2): 104-11.
- Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. *Patient Educ Couns* 2007; 67(3): 246-54.
- Schäfer R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bölter R, Szecsenyi J, Sauer N, Herzog W, Kuehlein T. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *J Psychosom Res* 2010a; 69: 267-7.

Schäfert R, Kaufmann C, Bölter R, Herzog W. Hausärztliche Diagnosevergabe bei funktionellen/ somatoformen Beschwerden. In: Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrsg). Versorgungsforschung. in der Hausarztpraxis Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. München: Springer, Urban und Vogel 2010b; 65-75. Siehe auch: http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf [Zugriff am 09.11.2011]

Schiltenswolf M. Bilddiagnostik. In: Schiltenswolf M, Henningsen P (Hrsg). Muskuloskelettale Schmerzen. Diagnostizieren und Therapieren nach biopsychosozialem Konzept. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2006; 58-61.

Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D. Why do doctors find some patients difficult to help? Q J Med 1994; 87(3): 187-93.

Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". BMJ 2002; 325(7378): 1449-50.

Tait RC, Chibnall JT. Physician judgments of chronic pain patients. Soc Sci Med 1997; 45(8): 1199-205.

Turk DC, Okifuji A. What factors affect physicians' decisions to prescribe opioids for chronic noncancer pain patients? Clin J Pain 1997; 13(4): 330-6.

van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. Med Decis Making 2003; 23(3): 226-31.

Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. Br J Gen Pract 1997; 47(423): 647-52.

Watson PJ, Bowey J, Purcell-Jones G, Gales T. General practitioner sickness absence certification for low back pain is not directly associated with beliefs about back pain. Eur J Pain 2008; 12(3): 314-20.

Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. Fam Pract 2002; 19(2): 178-82.

10. Präventive, rehabilitative und sozialrechtliche Aspekte

10.1. Prävention

Empfehlung 138: Die **Primärprävention** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte folgende Aspekte umfassen:

- Förderung **protektiver Faktoren** für einzelne Individuen (⇒Tabelle 7.4.).
- **Schulung von Eltern** mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- Etablierung **allgemein günstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen** und **sozialer Chancengleichheit**.
- Etablierung eines **Medizinsystems**, das **Selbstverantwortung und Selbstregulation** fördert und einer **übereilten Medikalisierung** von Beschwerden entgegenwirkt.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 139: Die **weiterführende Prävention** sollte folgende Aspekte umfassen:

- **Sekundärprävention**, d.h. Prophylaxe bei Risikogruppen. Grundlegendes Ziel ist hier die **Früherkennung** schwererer Verläufe durch somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik unter besonderer Berücksichtigung möglicher Risikofaktoren (⇒ Tabellen 5.2. und 7.2.). Zentral ist die Prävention von Chronifizierung.
- **Tertiärprävention**, d.h. Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten; hierzu gehören alle Maßnahmen einer guten Behandlung, der Rückfallprophylaxe und der Prävention von abwendbar gefährlichen Verläufen (⇒ Tabelle 7.3.).
- **Quartärprävention**, d.h. Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vor Überdiagnostik und Übermedikation zu schützen und ihnen adäquate Interventionen vorzuschlagen.

Psychosomatische Gruppeninterventionen in enger Kooperation mit dem Hausarzt können bei Patienten mit geringer Krankheitsdauer als sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahme wirksam sein.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlung 138 und 139:

Der Logik präventiver Medizin folgend können präventive und rehabilitative Maßnahmen bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden den Bereichen *Primärprävention* (allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen), *Sekundärprävention* (Prophylaxe bei Risikogruppen) und *Tertiärprävention* (Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten) zugeordnet werden. Zusätzlich geht es bei der so genannten „Quartärprävention“ darum, Patienten zu erkennen, die gefährdet sind, einem Zuviel an medizinischen Maßnahmen ausgesetzt zu sein, sie also

vor Überdiagnostik und Übermedikation zu schützen und ihnen adäquate und akzeptable Interventionen vorzuschlagen (Starfield et al. 2008).

Ein spanischer RCT untersuchte bei 104 Gesunden in der Primärversorgung ein psychoedukatives Gruppenprogramm zur *Primärprävention* somatoformer Störungen (n = 52) im Vergleich zu keinerlei Intervention (n = 52) (García-Campayo et al. 2010). Das Gruppenprogramm bestand aus 5 Sitzungen à 120 min und wurde von einem Allgemeinarzt mit spezifischer Qualifikation in Psychotherapie und Gruppentherapie unter Supervision eines Psychiaters durchgeführt. Nach 3 und 6 Monaten sowie nach 5 Jahren zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe einen signifikanten Rückgang hypochondrischer Ängste und somatischer Krankheitsattributionen und einen Anstieg psychologischer und normalisierender Attributionen sowie der internalen Kontrollüberzeugung. Nach fünf Jahren fand sich bezüglich der Prävalenz somatoformer Störungen kein Unterschied zwischen den Gruppen. In der Interventionsgruppe zeigte sich jedoch im Vergleich zur Kontrollgruppe ein Rückgang in der Gesamtprävalenz psychiatrischer Störungen, sowie in den Depressions- und Angst-Subskalen. Das Gruppenprogramm zur Primärprävention von Somatisierung erwies sich also als nützlich, Angst und Depression vorzubeugen, nicht aber somatoformen Störungen.

Für Kinder von Eltern mit somatoformen Störungen konnte eine intergenerationelle Transmission von dysfunktionalen Gesundheitsüberzeugungen (Marshall et al. 2007) und somatisierendem Krankheitsverhalten (Craig et al. 2002, Craig et al. 2004) nachgewiesen werden. Es wurde daher vorgeschlagen, Eltern mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu schulen, um das Risiko einer Weitergabe ungünstiger gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen an die nächste Generation zu minimieren (Hotopf 2004).

Darüber hinaus sind alle Maßnahmen zu vermeiden, die Einseitigkeiten in den relevanten Gesundheits- und Krankheitsaspekten Vorschub leisten würden. Natürlich sollte eine initiale gründliche somatische Abklärung durchgeführt werden, die aber weder forciert noch zu einseitig (also ohne paralleles Erfragen psychosozialer Faktoren bzw. von Ressourcen) oder mit unangemessen katastrophisierenden Andeutungen bzw. einseitiger Betonung von Gesundheitsrisiken erfolgen sollte (Petrie et al. 2007; Ring et al. 2005). Keinesfalls sollten psychosoziale Diagnostik und Interventionen zu spät erfolgen, wenn bereits eine Chronifizierung eingesetzt hat.

Eine nicht randomisierte, kontrollierte Studie mit 20 Interventions- und 20 Kontrollprobanden untersuchte ein niedrigschwelliges psychosoziales Gruppenprogramm auf tiefenpsychologischer Basis mit dem Förderschwerpunkt strukturelle Dimensionen für Patienten aus hausärztlichen Praxen, die eine bisher möglichst geringe Krankheitsdauer aufwiesen oder noch in keine geeignete psychosoziale Maßnahme vermittelt werden konnten (Rembold 2011). Zwei Monate nach Ende der Gruppenintervention fanden sich in der Interventionsgruppe deutliche Verbesserungen der erhobenen Variablen (Symptomentwicklung, Krankheitsängste, Emotionsentwicklung, Behandler-Patient-Beziehung, Inanspruchnahme, das Erleben von Gelassenheit und Optimismus im Alltag sowie ein narzisstisch betontes Verhalten in Alltag und Gruppe). Die Ergebnisse unterstützen die Wirksamkeit psychosozialer Gruppenprogramme in enger Kooperation mit dem Hausarzt als sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahmen bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.

10.2. Rehabilitation

Statement 140: Bei der **Rehabilitation** von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sind die entscheidenden Ziele:

- **Verbesserung von Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit,**
- **Verhindern von (weiterer) Chronifizierung.**

Andere Ziele wie das Erreichen von Beschwerdefreiheit oder die eindeutige Klärung der Beschwerdeätiologie sind sekundär!

Starker Konsens

Empfehlung 141: Bei der Rehabilitation von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte primär ein **pragmatischer, multimodaler** Therapieansatz verfolgt werden. Dabei sollten in geeigneten Einrichtungen (z.B. Tageskliniken mit entsprechendem Indikationsspektrum und Therapieangebot), evtl. auch in einer engen Kooperation von Haus- bzw. somatischem Facharzt und Psychotherapeut, zunächst **ambulante Rehabilitationsmaßnahmen** durchgeführt werden, wobei für deren Wirksamkeit keine ausreichenden Daten vorliegen. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sollten in **Kliniken mit multimodalem Therapiekonzept** durchgeführt werden.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Statement 140 und Empfehlung 141:

Bei der Rehabilitation von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden steht primär die Verbesserung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit im Vordergrund, bzw. das Verhindern neuer Einschränkungen und einer Chronifizierung, im Klartext die Abwendung, Beseitigung, Minderung oder der Ausgleich von Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten bzw. die Verhütung ihrer Verschlimmerung. Dabei sollte aber nicht in erster Linie eine Beschwerdefreiheit oder auch die Klärung von Beschwerdeursachen angestrebt werden, sondern vielmehr direkt die Verbesserung relevanter Funktionen, z.B. durch Ressourcenorientierung, Bewältigung, eine Steigerung der Teilhabe, des Bewegungsradius und der subjektiven Lebensqualität (Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, Kapitel 4, §26). Im Unterschied zu einer Krankenhauseinweisung erfolgt eine Rehabilitation auf Antrag bei den jeweiligen Kostenträgern.

Hinsichtlich der Wirksamkeit spezieller rehabilitatorischer Ansätze bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden gibt es relativ wenige Daten, v.a. für ambulante Ansätze. Dennoch sollten zunächst, vor allem bei leichteren Verläufen, ambulante Maßnahmen bevorzugt werden, solange die entsprechende Einrichtung hinsichtlich ihres Indikationsspektrums und ihres (multimodalen!) Therapieangebots geeignet erscheint. Ambulante Maßnahmen unterbrechen in der Regel weniger die Einbindung in ein normales Alltagsleben (sie erlauben z.B. eine zumindest teilweise weitere Erwerbstätigkeit) und sind meist kostengünstiger. Wenn aber die Schwere des Verlaufs einschließlich der psychosozialen Belastungen eine Herausnahme aus dem Alltag therapeutisch sinnvoll erscheinen lässt (vergl. ⇒ Empfehlung 64), wenn ambulant in Wohnortnähe kein adäquates

Therapieangebot besteht und wenn der Patient entsprechend motiviert ist, ist die stationäre Rehabilitation sinnvoller. Ihre Wirksamkeit im Hinblick auf eine Verbesserung der Funktionalität ist mehrfach untersucht worden, allerdings fehlen auch hier belastbare Daten. In den deutschlandweit vorhandenen (und damit im internationalen Vergleich breit zugänglichen) psychosomatischen Fachkliniken gelingt die Verwirklichung multimodaler Therapieansätze derzeit am ehesten (Hoffmann und Ruf-Ballauf 2007; Witte 2010; Schmid-Ott et al. 2011). Rehabilitative Maßnahmen, gerade wenn sie in ausschließlich biomedizinisch orientierten Fachkliniken durchgeführt werden, konzentrieren sich demgegenüber oft fälschlicherweise auf Beschwerdefreiheit anstatt auf eine Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit evtl. auch *mit* einem gewissen Maß an Beschwerden.

10.3. Sozialrecht

Vorbemerkung:

Empfehlungen zum sozialrechtlich relevanten Umgang mit **Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen** finden sich bereits weiter oben(⇒ Empfehlung 100 und 136). Detailliertere Empfehlungen zu **gutachterlichen Aspekten** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden finden sich u.a. in folgenden Leitlinien: ➡ „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ (angemeldet), ➡ „Begutachtung von Schmerzen“ oder ➡ „Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen“.

Statement 142: Der wichtigste sozialrechtliche Aspekt nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ist die **Begutachtung hinsichtlich Erwerbsminderung** (in der gesetzlichen Rentenversicherung) **oder Berufsunfähigkeit** (in der privaten BU-Versicherung). Sie können sozialrechtlich anspruchsbegründend sein, wenn – nach hinreichend sicherem Ausschluss von Simulation – ein entsprechender Schweregrad vorliegt.

Starker Konsens

Empfehlung 143: Der **Schweregrad** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und die **Wahrscheinlichkeit einer Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit** sollten – in Auseinandersetzung mit eventuellen Vorgutachten – nach folgenden Kriterien beurteilt werden (⇒ Tabellen 7.2. und 7.3.):

- Konsistente Auswirkungen der Störung in allen Lebensbereichen
- Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Vergeblichkeit adäquater Therapieversuche
- Chronifizierung und Komorbidität

- Einfluss von Aggravation oder Simulation
- Spezielle berufliche Anforderungen (bei der Frage nach Berufsunfähigkeit).

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 144: Die auch in gutachterlichen Situationen häufige „**Verdeutlichungstendenz**“ von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist von Simulation und Aggravation abzugrenzen. Auch von mangelnder somatischer Erklärbarkeit allein darf keinesfalls auf Aggravation bzw. Simulation kurzgeschlossen werden.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 145: Die Begutachtung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden erfordert eine **fundierte somatische**, aber auch **psychodiagnostische Kompetenz des Gutachters**. Gutachter sollen über klinische Erfahrung im Umgang mit betroffenen Patienten, Kenntnisse zu Diagnostik und Behandlungsformen relevanter Störungsbilder und ihrer Differenzialdiagnosen, klinische und methodologische Kenntnisse zur Beurteilung kognitiver, affektiv/motivationaler, sozialer und motorischer Funktionen sowie der Zuverlässigkeit bzw. Gültigkeit der Aussagen des Patienten und über arbeitsmedizinische Grundkenntnisse verfügen. Ggf. sind Zusatzgutachten sinnvoll.

KKP

Starker Konsens

Kommentar zu Empfehlungen 142 bis 145:

Der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden kommt aufgrund deren Häufigkeit und des oft chronischen Verlaufs eine enorme individuelle und allgemein gesellschaftspolitische und ökonomische Bedeutung zu. So sind viele Patienten lange und häufig arbeitsunfähig geschrieben, bevor es schließlich zu Begutachtungen kommt. Um eine drohende Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit zu verhindern, sollte demnach aus sozialrechtlicher Sicht bereits bei einem sinnvollen Umgang mit AU-Bescheinigungen angesetzt werden (⇒ siehe dazu Empfehlungen 100 und 136).

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind in der Praxis besonders häufig Anlass für Begutachtungen, die auf die verbleibende Leistungsfähigkeit eines Probanden abzielen. Dies liegt daran, dass das Vorliegen derartiger Beschwerden so regelhaft mit Beeinträchtigungen eben dieser Leistungs- und Erwerbsfähigkeit einhergeht, dass entsprechende Störungsbilder auch als „disability syndromes“ bezeichnet worden sind (z.B. Kwan & Friel 2002).

Im Begutachtungskontext ist es besonders wichtig, den Kurzschluss „Hat nichts Organisches, also hat er nichts (potentiell Anspruchsbegründendes)“ zu vermeiden und rechtzeitig daran zu denken, auch die Möglichkeit einer potentiell schwereren funktionellen/ somatoformen Störung in Betracht zu ziehen. Insofern funktionelle/ somatoforme Störungen auch „Täuschungssyndrome“ sind insofern, als sich häufig sowohl Betroffene wie Behandler zumindest initial in der Annahme täuschen, dass eine somatische Störung vorliege, ist interaktionell der Aspekt des „Sich-Getäuscht-Fühlens“ besonders

naheliegend. Fehlen dem Gutachter klinische Erfahrungen im Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen/ funktionellen/ somatoformen Körperbeschwerden, wird er umso mehr dazu tendieren, aus einem unreflektierten Gefühl des „Sich-Getäuscht-Fühlens“ auf Aggravation oder gar Simulation des Probanden (kurz-) zu schließen.

Da viele Gutachter nicht gleichzeitig über die ausreichende somatische und psychodiagnostische Kompetenz verfügen, ist in der Praxis auch eine Zweistufen-Begutachtung sinnvoll: der erste Gutachter nimmt kompetent zur Frage einer möglichen somatischen Erklärbarkeit der Beschwerden Stellung, der zweite zur psychodiagnostischen Einordnung, zum Schweregrad und zur verbleibenden Leistungsfähigkeit.

10.4. Forschungsdefizite

Statement 146: Zur Entwicklung geeigneter präventiver und rehabilitativer Strategien sollten (auch longitudinale) Studien zur **Auslösung, Exazerbation und Aufrechterhaltung** funktioneller (Körper-) Beschwerden gefördert werden, die ihren Blickwinkel über den Patienten hinaus auf die Behandler-Patient-Interaktion und den Lebenskontext (v.a. die Arbeitswelt) des Patienten ausweiten und dabei iatrogene, psychosoziale und biologische Risikofaktoren, aber auch protektive Faktoren berücksichtigen:

- Wie entstehen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden?
- Welche Faktoren erhöhen das Risiko für eine Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden?
- In welchem Zusammenhang stehen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden und Arbeitsorganisation?
- In welchem Zusammenhang stehen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden mit dem Behandlerverhalten?
- Darüber hinaus fehlen Studien zu Entwicklung und Evaluation geeigneter präventiver bzw. rehabilitativer Konzepte, die das Auftreten bzw. die Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden minimieren

Starker Konsens

Craig TKJ, Bialas I, Hodson S, Cox AD. Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychol Med* 2004; 34: 199-209.

Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med* 2002; 32: 805-16.

García-Campayo J, Arevalo E, Claraco LM, Alda M, Lopez del Hoyo Y. A prevention programme for somatoform disorders is effective for affective disorders. *J Affect Disord* 2010; 122(1-2): 124-32.

Hausotter W. Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. München: Urban und Fischer 2004.

Henningsen P, Rüger U, Schneider W. Die Leitlinie „Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin: Sozialrechtsfragen. *Versicherungsmedizin* 2001; 53: 138-41.

Hoffmann C, Ruf-Ballauf W. Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese. *Rehabilitation* 2007; 46(5): 283-95.

Hotopf M. Preventing somatization. *Psychol Med* 2004; 34(2): 195-8.

Kwan O, Friel J. Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. *Med Hypotheses* 2002; 59(2): 129-34.

Marshall T, Jones DP, Ramchandani PG, Stein A, Bass C. Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders: exploratory study. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 449-50.

Petrie KJ, Müller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Rief W. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334(7589): 352.

Rembold SME. Somatoforme Störungen in der Hausarztpraxis: Konstruktion und Evaluation eines psychosozialen Gruppenprogramms. *Gruppenpsychother Gruppendynamik* 2011; 47: 2-21.

Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1505-15.

Schmid-Ott G, Stock C, Böhm D, Calliess IT, Kobelt A. Inpatient Psychosomatic Rehabilitation including the aspects of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). In: Stone JH, Blouin M (Hrsg). *International Encyclopedia of Rehabilitation* 2011. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/306/> (letzter Zugriff: 20.03.2012)

Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Bern: Hans Huber *geplant April 2012*.

Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - Kapitel 4, § 26. 2001

Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(7): 580-3.

Witte B. Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und somatoformen Schmerzstörungen. *Psychotherapie Forum* 2010; 18(3): 146-52.

11. Ethische Aspekte

Vorbemerkung:

Die in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführten Überlegungen zur Begrifflichkeit, Diagnostik, Behandler-Patient-Beziehung, Behandlung, Prävention, Haftungs- und Sozialrecht müssen auch unter dem Aspekt ethischer Prinzipien medizinischen Handelns betrachtet werden: Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge, Gerechtigkeit, „Informierte Einwilligung“

Statement 147a: Autonomie („Voluntas aegroti suprema lex“: der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz): Das Recht eines Menschen auf Selbstbestimmung ist eine prinzipielle Grundlage unserer Gesellschaft, welche dem Individuum die Möglichkeit einräumt, in eigener Sache informierte Entscheidungen zu treffen. Diese soll daher auch im medizinischen Kontext respektiert werden, umso mehr, als Autonomie wiederum als Indikator für Gesundheit betrachtet werden kann.

Die Erweiterung eines somatischen Krankheitsmodells eines Patienten in Richtung eines biopsychosozialen Verständnisses stellt eine Verbesserung der Autonomie des Patienten dar und ist daher aus ethischer Sicht geboten.

Starker Konsens

Statement 147b: Nicht-Schaden („Primum non nocere“: Vor allem nicht schaden): Die Inkaufnahme einer iatrogenen Schädigung bei unnötigen (vor allem bei unnötigen invasiven somatischen, aber auch bei unnötigen psychodiagnostischen bzw. psychotherapeutischen) Maßnahmen stellt eine direkte Verletzung dieser ethischen Regel dar. Die Unterlassung der angemessenen Information / Aufklärung des Patienten, um eine „informierte Einwilligung“ (s. u.) zu erzielen, stellt eine indirekte Verletzung dieses Prinzips dar, da die Gefahr einer weiteren Chronifizierung der Symptomatik und/oder potentiell risikobehafteter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besteht.

Starker Konsens

Statement 147c: Fürsorge („Salus aegroti suprema lex“: das Wohl des Patienten ist oberstes Gesetz): Der Patient hat ein Anrecht, die besten erprobten Verfahren zur Prophylaxe, Diagnose und Therapie im Rahmen seiner Behandlung zu erhalten (Deklaration von Helsinki). In ihrer Wirksamkeit nachgewiesene Maßnahmen und Interventionen sollen - sobald verfügbar - auch in der breiten Praxis angewendet werden.

Starker Konsens

Statement 147d: Gerechtigkeit: Das Prinzip „Begrenzte Mittel gerecht verteilen“ hat zur Folge, dass die unbegründete Anwendung von diagnostischen und / oder therapeutischen Maßnahmen eine Schädigung der Solidargemeinschaft der Versicherten darstellt.

Starker Konsens

Statement 147e: Informierte Einwilligung: die vollständige Information und das patientenseitige Verstehen der möglichen Nutzen und Risiken einer medizinischen Maßnahme. Selbst wenn die angemessene Information dem Patienten angeboten wird und verfügbar ist, ist aufgrund seiner somatischen Fixierung nicht automatisch anzunehmen, dass auch Verständnis erzielt wurde.

Dies gilt auch für die analoge „informierte Ablehnung“ einer medizinischen Maßnahme.

Starker Konsens

Statement 147f: Potentielle Konflikte: Die genannten Prinzipien können nicht immer problemlos miteinander in Einklang gebracht werden, sei es, dass zwischen den einzelnen Ebenen Konflikte auftreten, oder Wertvorstellungen zwischen Behandlern und Patienten auseinanderweichen.

Ethische Konflikte sind demzufolge beispielsweise möglich oder sogar wahrscheinlich, wenn z.B. Patienten den begründeten Vorschlägen der Behandelnden nicht Folge leisten wollen (Autonomie vs. Fürsorge), Patienten solche potentiell schädigende Maßnahmen verlangen (Autonomie vs. Nicht-Schaden), oder mangelnde oder mangelhafte Kommunikation eine informierte Einwilligung (oder Ablehnung) verhindert.

Die Anwendung der in den Leitlinien genannten Empfehlungen soll dazu dienen, ethische Konflikte für Behandler und Patient zu verringern bzw. zu minimieren.

Starker Konsens

Empfehlung 148: Bei der Abwägung dieser Prinzipien soll dem „**Nicht-Schaden**“ Vorrang gegeben werden.

KKP

Starker Konsens

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press 2009.
WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (letzter Aufruf: 20.03.2012)