

## S 3 Leitlinie

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

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

## Leitlinienreport

### 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)



Deutschen 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 (DGGG)  
(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 Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)**  
(Mandatsträger: Hubert Mönnikes)



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

### Steuerungsgruppe/ Redaktion:

Constanze Hausteiner-Wiehle, Rainer Schäfert, 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

**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

## Gliederung

1. *Geltungsbereich und Zweck*
  - 1.1. *Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas*
  - 1.2. *Zielorientierung der Leitlinie*
  - 1.3. *Patientenzielgruppe*
  - 1.4. *Versorgungsbereich*
  - 1.5. *Anwenderzielgruppe/Adressaten*
  - 1.6. *Zeitlicher Ablauf*
2. *Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen*
  - 2.1. *Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen*
  - 2.2. *Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten*
  - 2.3. *Mandatsträger*
  - 2.4. *Steuerungsgruppe*
3. *Methodologische Exaktheit*
  - 3.1. *Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)*
  - 3.2. *Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung*
4. *Externe Begutachtung und Verabschiedung*
  - 4.1. *Pilottestung*
  - 4.2. *Externe Begutachtung*
  - 4.3. *Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen*
  - 4.4. *Kommentare der Fachgesellschaften, der Gutachter und der interessierten Öffentlichkeit und damit verbundene Änderungen*
5. *Finanzierung und redaktionelle Unabhängigkeit*
  - 5.1. *Finanzierung der Leitlinie*
  - 5.2. *Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten*
6. *Verbreitung und Implementierung*
  - 6.1. *Konzept zur Verbreitung und Implementierung*
  - 6.2. *Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie*
  - 6.3. *Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen*
  - 6.4. *Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren*
7. *Gültigkeitsdauer und Aktualisierung*

## **1. Geltungsbereich und Zweck**

### **1.1. Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas**

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind, unabhängig von der Lokalisation der Beschwerden, dem Fachgebiet und der Versorgungsstufe, für rund 20% aller Arztbesuche verantwortlich. In Nachfolge der abgelaufenen S2e-Leitlinie „Somatoforme Störungen“ und in Ergänzung zu einigen aktuellen deutschen Leitlinien, v.a. denen zum Fibromyalgie-Syndrom, zum Reizdarmsyndrom, zum Kreuzschmerz, zum chronischen Unterbauchschmerz der Frau und zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome, besteht also die Notwendigkeit für eine Leitlinie, die sich überwiegend mit den Gemeinsamkeiten und weniger mit den Unterschieden in Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der verschiedenen Manifestationsformen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden befasst. Damit soll die uneinheitliche und sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Behandler verwirrende Terminologie bezüglich Diagnose und Therapie überwunden werden. Dem Behandler werden praktikable und verständliche Begriffe an die Hand gegeben, die Patientin bzw. der Patient muss nicht mit einem „Ich kann bei Ihnen nichts finden“ nach Hause geschickt werden.

Die vorliegende Leitlinie will deshalb evidenz- und konsensbasierte Informationen und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit all denjenigen zahlreichen Patientinnen und Patienten verbreiten, für deren körperliche Beschwerden keine hinreichende somatische Ursache gefunden wird.

### **1.2. Zielorientierung der Leitlinie**

Die Leitlinie soll Hilfen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden geben. Unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen sie dem besten Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft (beste aktuell verfügbare Evidenz) und Praxis.

#### *Strukturqualität*

- Durch die Empfehlungen zur schweregradgestuften Diagnostik und Behandlung von Betroffenen soll die Kooperation zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Bereich, zwischen somatischer und psychosozialer Medizin, zwischen ambulantem, stationärem und rehabilitativem Sektor sowie zwischen allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen verbessert werden.
- Auch wenn sich die Leitlinie selbst an die gängige sprachliche Trennung von „somatischen“ und „psychosozialen“ Krankheitsfaktoren hält, dient sie dazu, Körperbeschwerden „ganzheitlicher“ zu sehen und zielt darauf ab, das Denken der Behandler und das Gesundheitssystem entsprechend umzugestalten.
- Die Leitlinie betont insbesondere auch sozialrechtliche und ethische Aspekte, die Relevanz präventiver Maßnahmen sowie die aktive Rolle und die Eigenverantwortung der Betroffenen selbst.

#### *Prozessqualität*

- Sowohl von Behandler- als auch von Patientenseite wird der medizinische Kontakt häufig als besonders „schwierig“ erlebt. Anders als alle anderen verfügbaren Leitlinien legt diese Leitlinie deshalb einen besonderen Schwerpunkt auf allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden im Hinblick auf Haltung, Behandler-Patient-Beziehung, Gesprächsführung und Praxisorganisation.
- Die Leitlinie empfiehlt ausdrücklich eine somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik, um sowohl eine übermäßige „Somatisierung“ (also das Ignorieren psychosozialer Aspekte) als auch eine übermäßige „Psychologisierung“ (also das Ignorieren somatischer Aspekte) zu vermeiden.
- Ein wichtiges Ziel der Leitlinie ist es, einerseits Betroffene vor nicht-indizierter, teurer und unter Umständen sogar schädlicher Überdiagnostik zu schützen, andererseits aber auch auf alle notwendigen diagnostischen und differenzialdiagnostischen Schritte hinzuweisen. Die Leitlinie gibt deshalb allgemeingültige, praxisrelevante Empfehlungen sowohl für eine sinnvolle somatische als auch eine sinnvolle psychosoziale Diagnostik, um schwerere Krankheitsverläufe möglichst frühzeitig zu erkennen, und verweist für spezifische diagnostische Maßnahmen auf einschlägige andere Leitlinien.
- Die Leitlinie gibt praxisrelevante, schweregradgestufte Empfehlungen für eine möglichst individuelle Therapie bzw. Rehabilitation, die in erster Linie auf Verbesserung bzw. Erhalt der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität ausgerichtet ist und die Patientinnen und Patienten in eine aktivere Rolle bringt.
- Durch Informationen zu Verhaltensweisen, diagnostischen Schritten oder Therapiemaßnahmen ohne belegten Nutzen oder sogar mit nachgewiesenem Schaden soll deren Anwendung verhindert werden.

#### *Ergebnisqualität*

- Die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden soll verbessert werden.
- Die Behandlerzufriedenheit soll gesteigert werden.
- Die mit der Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten verbundenen direkten und indirekten Gesundheitskosten sollen gesenkt werden.

### **1.3. Patientenzielgruppe**

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. Die neben der Behandlerleitlinie entstehende Patientenversion richtet sich direkt an diese Patientenzielgruppe und an ihre Angehörigen.

## 1.4. Versorgungsbereich

Die Leitlinie ist für alle Versorgungsbereiche (Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung; ambulant und (teil-) stationär, Akut- und Rehabilitationsbereich) gültig.

## 1.5. Anwenderzielgruppe/Adressaten

Die Leitlinie richtet sich an

- alle medizinischen Berufsgruppen, die mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden befasst sind, dabei v.a. an Ärztinnen/Ärzte;
- behandlungsergänzende Fachberufsgruppen, dabei v.a. an Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten;
- Wissenschaftler, Verbände, Fachgesellschaften, Politiker und Ökonomen, die das Gesundheitswesen beraten und gestalten;
- und nicht zuletzt an die Öffentlichkeit zur Information über gute diagnostische/therapeutische Vorgehensweisen.

## 1.6. Zeitlicher Ablauf

Eine Übersicht über den zeitlichen Ablauf des gesamten Entwicklungs- und Konsensusprozesses der Leitlinie bietet Tabelle 1.1.

Tabelle 1.1. Übersicht über den zeitlichen Ablauf der Leitlinienentwicklung und Konsentierung

Phase	Arbeitsschritte	Zeitraum
Vorbereitung	Beschluss des DKPM und des DGPM-Vorstands, die abgelaufene Leitlinie "Somatoforme Störungen" neu herauszugeben	April 2007
	Zusammenstellung der Steuerungsgruppe	April 2007
	Anmeldung des Leitlinienvorhabens bei der AWMF als Aktualisierung der abgelaufenen S2e-Leitlinie „Somatoforme Störungen“ (AWMF-Register-Nr. 051-001)	1.5.2007
	Konsensus der Steuerungsgruppe zur Methodik des Vorgehens, Rekrutierung der Mandatsträger	Mai bis November 2007
	Konstituierendes Treffen der Leitliniengruppe, Skizzierung von Zielen und Inhalten, Bildung von Arbeitsgruppen	28.2.2008
Erarbeitung der Empfehlungen	Literaturrecherche und Datenextraktion durch die Steuerungsgruppe	bis Dezember 2010
	Formulierung von Statements, Empfehlungen und Hintergrundkommentaren (1. Version) durch die Arbeitsgruppen	bis 14.2. 2011
	Erste, anonymisierte Online-DELPHI-Runde:	14.2. bis 15.3. 2011

	<p>Abstimmung und Kommentierung durch alle Mandatsträger</p> <p>Überarbeitung der Statements, Empfehlungen und Hintergrundkommentaren (2. Version) durch die Arbeitsgruppen</p> <p>Zweite, anonymisierte Online-Delphi-Runde: Abstimmung und Kommentierung durch alle Mandatsträger</p> <p>Überarbeitung der Statements, Empfehlungen und Hintergrundkommentaren (3. Version) durch die Arbeitsgruppen</p> <p>Konsensuskonferenzen</p>	<p>bis 4.5. 2011</p> <p>4.5. bis 17.5. 2011</p> <p>bis 24.5. 2011</p> <p>Mai bis September 2011</p>
Fertigstellung	<p>Umsetzung der Ergebnisse der Konsensuskonferenzen durch die Steuerungsgruppe; Erarbeitung von Kurz-, Lang- und Kitteltaschenversion</p> <p>Verabschiedung der Leitlinie durch die Vorstände der teilnehmenden Fachgesellschaften</p> <p>Öffentliche Zugänglichkeit der Leitlinie auf der Website <a href="http://www.funktionell.net">www.funktionell.net</a> mit externer Begutachtung durch Experten</p> <p>Einreichung der Leitlinie bei der AWMF</p> <p>Publikationen, Vorstellung auf Kongressen etc.</p> <p>Erstellung einer Patientenleitlinie</p>	<p>Bis 15.01.2012</p> <p>Januar bis März 2012</p> <p>Februar 2012</p> <p>April 2012</p> <p>Ab April 2012</p> <p>Bis 8.12.2012</p>



## **2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen**

### **2.1. Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen**

Nach dem Beschluss des DKPM und des DGPM-Vorstands, die abgelaufene Leitlinie "Somatoforme Störungen" (Registernummer 051-001-9) in einer neuen, breiteren Ausrichtung neu herauszugeben, wurden durch den Mandatsträger beider federführender Fachgesellschaften, Prof. Dr. Peter Henningsen, relevante medizinische, psychotherapeutische und psychologische Fachgesellschaften angeschrieben und um ihre Beteiligung sowie um Benennung eines Mandatsträger (und möglichst auch eines Vertreters) gebeten, idealerweise einer Person sowohl mit klinischer Erfahrung mit den entsprechenden Krankheitsbildern als auch mit Leitlinienerstellung. Alle 27 angeschriebenen Fachgesellschaften sagten Ihre Teilnahme zu (Tabelle 1.2), so dass die Interessen der wesentlichen an der Versorgung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden beteiligten Berufsgruppen in der Leitliniengruppe vertreten waren. Die zunächst beteiligten Experten für Komplementärmedizin beendeten Ihre Teilnahme etwa nach der Hälfte des Projekts, da sie spezielle komplementärmedizinische Themen, Interessen und Potenziale nicht genügend vertreten sahen. Noch vor ihrer Veröffentlichung wurde die Leitlinie darüber hinaus weiteren Fachgesellschaften, Berufsgruppen und Verbänden (z.B. der Berufsverband der Physiotherapeuten) mit der Bitte um Kommentierung vorgelegt.

### **2.2. Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten**

Um bei die Erstellung der Leitlinie auch die Interessen der Patienten zu berücksichtigen, wurden zwei Patientenverbände zur Mitarbeit eingeladen, von denen die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) einen Mandatsträger entsendete. Dieser wurde gleichberechtigt wie die Mandatsträger der medizinischen Fachgesellschaften in die Leitlinienerstellung und –konsentierung mit einbezogen. Noch vor ihrer Veröffentlichung wurde die Leitlinie darüber hinaus weiteren Patientenverbänden und Selbsthilfegruppe (BAG Selbsthilfe, Fatigatio, Deutsche Fibromyalgie Vereinigung, Deutsche Reizdarmselbsthilfe) mit der Bitte um Kommentierung und um weitere Verbreitung zur Kommentierung in Patientenkreisen vorgelegt.

### **2.3. Mandatsträger**

Die einzelnen Fachgesellschaften bzw. Verbände wurden aufgefordert, eine(n) in ihren Augen geeignete(n) Mandatsträger für die Mitarbeit an der Leitlinie zu benennen, und möglichst auch eine(n) Vertreter(in). Dabei wurde einerseits auf besondere fachliche Eignung innerhalb des jeweiligen Fachgebiets (z.B. durch eine federführende Rolle in einem psychologisch-psychosomatischen Arbeitskreis) und andererseits auf Erfahrungen bei der Mitarbeit bei Leitlinien geachtet. Zusätzlich sollten sowohl Frauen als auch Männer sowie Vertreter aus verschiedenen Versorgungsbereichen vertreten sein (Tabelle 1.2). Alle Mandatsträger, die während der gesamten Erstellung der Leitlinie der Leitliniengruppe

angehörten bzw. im Verlauf des Projekts ein Mandat innerhalb ihrer Fachgesellschaft zurückgaben bzw. ein frei gewordenes Mandat übernehmen, sind in Tabelle 1.1 aufgelistet. Die Mandatsträger verpflichteten sich, die verschiedenen Entwürfe des Leitlinientextes zu lesen und ggf. zu kommentieren sowie entweder persönlich oder durch einen Vertreter an den Konsensuskonferenzen teilzunehmen.

Tabelle 1.2. Die federführenden und weitere beteiligte Fachgesellschaften, ihre Mandatsträger und deren zentrales Tätigkeitsfeld

Fachgesellschaft	Abkürzung	Mandatsträger	Tätigkeitsfeld
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (federführend)	DKPM	Prof. Dr. Peter Henningsen	Universitätsklinik
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (federführend)	DGPM	Prof. Dr. Peter Henningsen	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	DGPPN	Prof. Dr. Volker Arolt	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	DGPT	Prof. Dr. Gerd Rudolf	Universitätsklinik
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung	DPV	Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath	Kirchliches Krankenhaus
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie	DGMP	Dr. Heide Glaesmer	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation	DGVM	Prof. Dr. Winfried Rief	Universitätsinstitut und -ambulanz
Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie	DGPs	Prof. Dr. Alexandra Martin	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	DEGAM	Prof. Dr. Markus Herrmann	Universitätsinstitut, Praxis
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	DGCH	Prof. Dr. Marcus Schiltenwolf	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	DGIM	ab Mai 2011 Prof. Dr. Hubert Mönnikes (vorher Prof. Dr. Joachim Mössner)	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	DGN	Prof. Dr. Marianne Dieterich	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	DGGG	Dr. Friederike Siedentopf	DRK-Klinik, MVZ
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie	DGPFG	Dr. Friederike Siedentopf	DRK-Klinik, MVZ
Arbeitskreis Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Urologie	DGU	Dr. Dirk Rösing	Universitätsklinik, Praxis
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	DGKJ	Dr. Kirsten Mönkemöller	Städtische Klinik
Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin	GHUP	Prof. Dr. Caroline Herr	Gesundheitsbehörde
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin	DGAUM	Prof. Dr. Dennis Nowak	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	DGHNO	ab Mai 2011 Dr. Astrid Marek (vorher Dr. Elke Decot)	Universitätsklinik
Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	DGZMK	Prof. Dr. Anne Wolowski	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	DGK	Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig	Universitätsklinik, Forschungsinstitut
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie	DGRh	Prof. Dr. Wolfgang Eich	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten	DGVS	Prof. Dr. Hubert Mönnikes	Universitätsklinik

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	DGOOC	Prof. Dr. Marcus Schiltewolf	Universitätsklinik
Deutsche Dermatologische Gesellschaft	DDG	Prof. Dr. Uwe Gieler	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie	DGAKI	Prof. Dr. Uwe Gieler	Universitätsklinik
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	DGSMP	ab Mai 2011 Dr. Wolfgang Deetjen (vorher Prof. Dr. Alf Trojan)	MDK
Naturheilkundliche Methoden (keine Fachgesellschaft)		Prof. Dr. Dieter Melchart, im Feb. 2011 zurückgetreten	Forschungsinstitut und Universitätsambulanz
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	DAG SHG	Jürgen Matzat	Patientenvertretung

## 2.4. Steuerungsgruppe

Eine Steuerungsgruppe übernahm die Koordination der Leitlinienerstellung (z.B. die Erstellung eines Zeitplans und die Organisation der Delphi-Abstimmungen und der Konsensuskonferenzen), die Kommunikation (v.a. per email; Erstellung der Website) und die Textredaktion (z.B. logische Sortierung der Kapitel und Empfehlungen). Sie übernahm, in Rücksprache mit den jeweiligen Kapitelautoren, für die Vorbereitungen der Konsensuskonferenzen auch abschließende inhaltliche Korrekturen der einzelnen Kapitel (v.a. Beseitigung von Widersprüchen und Redundanzen). Nach den Konsensuskonferenzen erarbeitete sie die entsprechenden Protokolle und Überarbeitungen des Leitlinientextes sowie die verschiedenen Fassungen (Kurz- und Langfassung, Kitteltaschenversion). PD Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle wird zusammen mit Jürgen Matzat, dem Patientenvertreter der Leitlinie, auch die Redaktion und Hauptautorenschaft für die geplante Patientenleitlinie übernehmen. Die Steuerungsgruppe setzte sich zusammen aus

- Prof. Dr. Peter Henningsen, Direktor der Psychosomatischen Klinik, TU München, zahlreiche Forschungsprojekte und Veröffentlichungen zu funktionellen und somatoformen Störungen. Mitglied im "Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders (CISSD)" Project, einer internationalen Expertenvereinigung zur Entwicklung neuer Klassifikationen und Versorgungsrichtlinien für funktionelle und somatoforme Syndrome;
- PD Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle, Psychiaterin, Leiterin der Arbeitsgruppe „Somatoforme Körperbeschwerden“, Psychosomatische Klinik, TU München. Langjährige klinische und Forschungserfahrung mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden;
- Dr. Rainer Schäfert, Internist, in Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leiter der Reizdarm-Sprechstunde, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg; langjährige Erfahrung mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Klinik, Forschung und Lehre
- Heribert Sattel, Diplom-Psychologe, therapeutische Erfahrung mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, langjährige methodische Erfahrung im Bereich systematische Reviews und IT-basierter Wissensaufbereitung

- Dr. Joram Ronel, Internist und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, TU München. Leiter der Station mit dem Schwerpunkt auf Somatopsychosomatik und somatoforme Störungen. Leitung der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe für Internistische Psychosomatik und Psychokardiologie.
- Prof. Dr. Markus Herrmann, MPH, MA, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Uni-Magdeburg; Arzt für Allgemeinmedizin, Soziologe und Gesundheitswissenschaftler; niedergelassen in kassenärztlicher Praxis für Allgemeinmedizin in Berlin mit Schwerpunkt Psychotherapie, Psychoanalyse, Homöopathie, Suchtmedizin; wiss. Publikationen zu hausärztlicher Versorgungsforschung und psychosomatischen Beschwerden, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM, DPG, DKPM und GHA. Mitarbeit bei verschiedenen Leitlinien der AWMF Mitglied der Steuerungsgruppe seit Mai 2011):
- PD. Dr. Winfried Häuser, Arzt für Innere Medizin, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ärztlicher Leiter des Schwerpunkts Psychosomatik der Inneren Medizin 1, Klinikum Saarbrücken. Generalsekretär Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie DIVS. Koordinator der Leitlinie zum FMS. Mitarbeit an den Leitlinien zum chronischen Unterbauchschmerz der Frau und zum RDS (Mitglied der Steuerungsgruppe seit Mai 2011).

### **3. Methodologische Exaktheit**

Die methodische Beratung der Leitlinienmethodik erfolgte durch Frau Prof. Dr. med. Ina Kopp, die stellvertretende Vorsitzende der Leitlinienkommission der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften AWMF und Leiterin des AWMF-Instituts für medizinisches Wissensmanagement, und durch Herrn PD Dr. med. Winfried Häuser, Ärztlicher Leiter Schwerpunktes Psychosomatik der Inneren Medizin I des Klinikums Saarbrücken und Ärztlicher Ko-Leiter des Zentrums für Schmerztherapie des Klinikums Saarbrücken.

Methodische Grundlagen bei der Erstellung dieser Leitlinie waren das Leitlinienmanual der AWMF und der ÄZQ (Lorenz et al., 2001), der Methodenreport des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2010) und das deutsche Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI).

Aus zeitökonomischen Gründen sowie auf Grund des knappen finanziellen Budgets stimmten alle Teilnehmer dem Vorschlag zu, den Großteil der Kommunikation innerhalb der gesamten Leitliniengruppe und innerhalb der Arbeitsgruppen über Emailkorrespondenz abzuwickeln und zeitnah auf emails zu antworten. Darüberhinaus wurde von Heribert Sattel eine Website eingerichtet ([www.funktionell.net](http://www.funktionell.net)), auf der auch die Literaturdatenbank zugänglich war und die den Konsensuskonferenzen vorausgehenden Delphi-Runden abgewickelt werden konnten (siehe unten).

### 3.1. Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

- **Formulierung von Schlüsselfragen und Bildung von Arbeitsgruppen**

Zur Erarbeitung der Leitlinie wurden zunächst im Rahmen des konstituierenden Treffens am 28.2.2008 die für die Leitlinie relevanten Ziele, ihre Anwenderzielgruppen, die Patientenzielgruppe und ihre Positionierung gegenüber anderen Leitlinien erarbeitet. Dann wurden wichtige Aufgaben und Schlüsselfragen festgeschrieben und neun entsprechende Arbeitsgruppen gebildet. Die Aufgaben und Schlüsselfragen sowie die personelle Zusammensetzung der jeweiligen Arbeitsgruppe sind in Tabelle 1.3 zusammengefasst. Dabei wurde v.a. auf den fachlichen Hintergrund der der potenziellen Mitglieder geachtet, sowie auf ihre Bereitschaft und Möglichkeit, Zeit in die Leitlinienarbeit zu investieren. Nach Möglichkeit wurde auch auf ein ausgewogenes Verhältnis der vertretenen Versorgungsstufen, der Hierarchieebenen sowie der Geschlechtsverteilung geachtet.

Tabelle 1.3. Aufgaben, Schlüsselfragen und Zusammensetzung der Arbeitsgruppen

Aufgaben	Schlüsselfragen/	Teilnehmer
Arbeitsgruppe 1: Begriffe, Ätiologie, Epidemiologie und Versorgungssituation	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?	Hausteiner-Wiehle, Glaesmer, Schneider, Mönkemöller, Noll- Hussong, Schäfert
Arbeitsgruppe 2: Grundlagen und Voraus- setzungen für die Behandlung	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)?	Schäfert, Herrmann, Hausteiner-Wiehle, Siedentopf
Arbeitsgruppe 3: Diagnostisches Prozedere	Welches diagnostische Vorgehen ist sinnvoll? Wie können leichtere von schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden unterschieden werden?	Ronel, Hausteiner-Wiehle, Schäfert, Schiltenswolf, Herrmann, Nowak, Sattel, Henningsen, Lahmann, Siedentopf, Martin, Glaesmer, Nowak, Schneider, Rösing, Schultz-Venrath, Sack
Arbeitsgruppe 4: Therapeutisches Prozedere in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin	Welches therapeutische Vorgehen ist in der Hausarzt- und somatische Fachmedizin sinnvoll?	Sattel, Herrmann, Schäfert
Arbeitsgruppe 5: Störungsorientierte Fach- oder fachgebundene Psychotherapie	Welches psychotherapeutische Vorgehen ist sinnvoll?	Henningsen, Sattel, Schneider, Ronel, Martin, Schäfert, Siedentopf, Sauer, Hausteiner-Wiehle, Herrmann, Lahmann, Schultz-Venrath

Arbeitsgruppe 6: Fehler und obsoleete Maßnahmen	Was sind häufige diagnostische und therapeutische Fehler?	Schäfert, Sattel, Henningsen, Hausteiner-Wiehle
Arbeitsgruppe 7: Präventive, rehabilitative und sozialrechtliche Aspekte	Welche präventiven und welche rehabilitativen Optionen gibt es? Welche sozial- und haftungsrechtlichen Aspekte sind wichtig?	Hausteiner-Wiehle, Henningsen, Schäfert, Ronel, Herrmann, Deetjen
Arbeitsgruppe 8: Ethische Aspekte	Welche ethischen Aspekte sind zu beachten?	Sattel, Hausteiner-Wiehle
Arbeitsgruppe 9: Formulierung des Leitlinienreports und Entwicklung von Implementierungsstrategien	Wie soll bei der Erstellung der Leitlinie methodisch vorgegangen werden? Wie kann die Leitlinie implementiert werden?	Sattel, Hausteiner-Wiehle, Häuser

Die einzelnen Arbeitsgruppen setzten sich zusammen aus interessierten Mandatsträgern der einzelnen Fachgesellschaften, Mitgliedern der Steuerungsgruppe und zusätzlich eingeladenen Experten zur Mitarbeit bei konkreten Themen. Bei letzteren handelte es sich um:

- Prof. Dr. Gudrun Schneider (Psychosomatische Klinik, Universität Münster), für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden im höheren Lebensalter.
- Dr. Michael Noll-Hussong (Psychosomatische Klinik, Universität Ulm), für biologische Grundlagen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden.
- PD Dr. Claas Lahmann (Psychosomatische Klinik, Technische Universität München), für die psychotherapeutische Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden.
- PD Dr. Martin Sack (Psychosomatische Klinik, Technische Universität München), für den Zusammenhang zwischen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden mit Traumatisierung und Traumafolgestörungen
- Emil Brodski, Rechtsanwalt, München), für die inhaltliche Beratung in rechtlichen Fragen

#### - Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Leitlinien zur Gesamtheit nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sind in englischer oder deutscher Sprache nicht verfügbar. Nationale Leitlinien zu einzelnen lokalisierten Körperbeschwerden bzw. zu funktionellen Syndromen wurden im Bestand der AWMF recherchiert. Als Suchbegriffe dienten die ins deutsche übersetzten Suchbegriffe der systematischen Literaturrecherche (s. u.). Zusätzlich wurden die beteiligten Fachgesellschaften gebeten, über vorliegende oder geplante Leitlinien zu informieren. Bestehende internationale Leitlinien zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden wurden in den Datenbank [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net) und anhand der Begriffe somatoform, functional somatic syndrome, medically unexplained, non-specific symptom in der unter [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) aufrufbaren Datenbank gesucht. In Pubmed wurde der unten aufgeführte komplexe Suchterm mit den Begriffen (guideline OR consensus) kombiniert und nach Publikationstyp „practice guidelines“ gefiltert. Die Suche in Pubmed ergab 149 Treffer, in [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net) 14 Treffer und in [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) 6 Treffer (Stichtag: 31.12.2011). Die Evidenzbasierung und Strukturierung der Konsensusprozesse in den jeweiligen Quelleitlinien war sehr unterschiedlich. Die Empfehlungen der

Konsensudokumente wurden mit den eigenen Empfehlungen abgeglichen. Eine Aufstellung der identifizierten Leitlinien ist Tabelle 1.4 zu entnehmen.

**Tabelle 1.4:** Für die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden relevante Leitlinien (Stand 3/2009, aktualisiert 12/2011)

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	<b>DGPT, DKPM, AÄGP:</b> „Somatoforme Störungen“ (abgelaufen) <b>DGKJP:</b> „Somatoforme Störungen“ <b>DGPM, DKPM:</b> „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ (angemeldet) <b>DKPM:</b> Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatischer Medizin (angemeldet)	<b>DGPs:</b> „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“ (in Vorbereitung)	<b>CBO</b> (Niederlande): „Somatoforme Klachten en Stoornissen“
Allgemeinmedizin	<b>DEGAM u.a.:</b> „Müdigkeit“, <b>DEGAM u.a.:</b> „Nackenschmerzen“ <b>DEGAM u.a.:</b> „Brustschmerz“ <b>DEGAM u.a.:</b> „Kreuzschmerzen“		
Somatische Fachgesellschaften (interdisziplinärer Ansatz)	<b>DGPFG</b> „Chronischer Unterbauchschmerz der Frau“ <b>DGN:</b> „Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz“ <b>DIVS u.a.:</b> „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“ <b>DDG u.a.:</b> „Psychosomatische Dermatologie“ (geht hauptsächlich auf psychosomatische Aspekte überwiegend somatisch definierter Hauterkrankungen ein) <b>DDG u.a.:</b> „S3 – Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Lyme – Borreliose“ (in Vorplanung) <b>DGVS, DGNM u.a.:</b> S3-Leitlinie Reizdarm-Syndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. <b>DGN u.a.:</b> „Begutachtung von Schmerzen“ <b>DGSS u.a.:</b> „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“	<b>NVL:</b> „Kreuzschmerz“ <b>Leitlinien-gruppe Hessen/ Hausärztliche Pharmakotherapie:</b> Hausärztliche Leitlinie „Psychosomatische Medizin“	<b>NICE:</b> „Chronic Fatigue Syndrome / Myalgic encephalomyelitis“ <b>NICE:</b> „Irritable Bowel Syndrome“ <b>NICE:</b> „Chest pain“
Somatische Fachgesellschaften (LL unter vorwiegend somatischen Aspekten)	<b>DGN:</b> „Diagnostik und apparative Zusatzuntersuchungen bei Kopfschmerzen“ <b>DGN:</b> „Neuroborreliose“ <b>DGN:</b> „Schwindel“ <b>DGN:</b> „Therapie des episodischen und chronischen Spannungskopfschmerzes und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen“ <b>DGN:</b> „Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen“ <b>DDG:</b> „Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei chronischem Pruritus“ <b>DGN:</b> „Erstmaliger epileptischer Anfall“ <b>DGHNO:</b> „Tinnitus“ <b>DGAUM:</b> „Arbeiten unter Einwirkung von Quecksilber und seinen Verbindungen“ <b>DGAUM:</b> Umweltmedizinische Leitlinien „Quecksilber“ <b>DMKG und GNP:</b> „Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter“ <b>DGAI u.a.:</b> Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen“)		<b>SCHIN/NHS (UK):</b> Vertigo; Tinnitus; Back pain – low ; Tiredness /fatigue Irritable bowel syndrome ; Dyspepsia (non-ulcer) <b>American Society of Temporomandibular Joint Surgeons:</b> Temporomandibular joint disorders <b>Guidelines Advisory Committee (Can):</b> Chronic pelvic pain

			<b>KNGF (NL)</b> chronic low back pain
Zahnmedizinische Fachgesellschaften	<b>DGZMK/AKPP:</b> „Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“		
Psychiatrische, psychosomatische und psychologische Fachgesellschaften in Kooperation mit verschiedenen anderen Fachgesellschaften (hinsichtlich Komorbidität oder Differenzialdiagnose relevant)	<b>DeGPT, DGPM, DKPM, DGPPN:</b> „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ <b>DeGPT:</b> „Posttraumatische Belastungsstörung“ <b>DGPM:</b> „Angststörungen“ <b>DDG/DGPM:</b> „Artifizielle Störungen“ (angemeldet) <b>DGKJP:</b> „Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch“ <b>DGPM/DKPM:</b> „ <b>Diagnostik und Therapie von Essstörungen</b> “	<b>NVL:</b> „unipolare Depression“ <b>DGS:</b> „Leitlinien für Krisenintervention und Suizidprävention“	<b>NICE:</b> „Anxiety“ <b>NICE:</b> „Depression in adults“ <b>NICE:</b> „Depression with a chronic physical health problem“ <b>NICE:</b> „Post traumatic stress disorder“ <b>APA:</b> „Suicidal Behaviors“ (abgelaufen)

- **Systematische Literaturrecherche**

Die breit angelegte Literaturrecherche basierte auf Suchbegriffen einer von einem Mitglied der Steuerungsgruppe und Mandatsträger beider federführender Fachgesellschaften durchgeführten Metaanalyse und eines systematischen Reviews (Henningsen et al., 2003, Henningsen et al., 2007). Die Suchbegriffe, die sich auf die Körperbeschwerden bezogen, wurden gruppiert und den Fachverbandsvertretern vorgelegt. Die Fachverbände wurden insbesondere aufgefordert, die Vollständigkeit der Suchbegriffe zu überprüfen und ggf. Ergänzungen/ Änderungsvorschläge einzubringen. Alle Begriffe wurden im Thesaurus auf ihre Konsistenz zu den gebräuchlichen MeSH (Medical Subject Headings) geprüft und ggf. angepasst. Die von einem unabhängigen Institut vergebenen MeSH folgen einer hierarchischen Systematik, sodass für bestimmte Oberbegriffe automatisch alle dazugehörigen Unterbegriffe gefunden werden. Für die Volltextsuche wurden unterschiedliche Schreibweisen der Suchbegriffe berücksichtigt.

Eine weitere Recherche wurde entsprechend in der Cochrane Library (The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Central Register of Controlled Trials-CENTRAL, Beginn bis 31.12.2010) durchgeführt.

In Medline wurde eine dreistufige Suchstrategie benutzt. Die erste Ebene bildet die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ab. Ebene 2 unterscheidet nach verschiedenen Versorgungsebenen/Settings und Perspektiven, Ebene 3 bildet die Themen und Inhalte der einzelnen Arbeitsgruppen ab.



## Ebene 1

### a. nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

somatoform disorder OR somatiz\* OR somatis\* OR conversion disorder\* OR multisomatoform OR medically unexplained\* OR organically unexplained\* OR psychogenic OR nonorganic OR psychosomatic syndrom\* OR functional somatic syndrom\* OR functional syndrom\* OR functional disorder\* OR functional illness\* OR functional symptom\* OR irritable bowel\* OR functional bowel\* OR functional gastrointestinal\* OR functional dyspepsia\* OR nonulcer dyspepsia\* OR food intolerance\* OR fibromyalgia\* OR chronic widespread pain\* OR widespread musculoskeletal pain\* OR myofascial pain syndrome\* OR tension-type headache\* OR chronic pain\* OR atypical chest pain\* OR nonspecific chest pain\* OR non-specific chest pain\* OR atypical face pain\* OR facial pain\* OR chronic low back pain\* OR back pain\* OR panalgies\* OR (psychogen\* AND pain) OR idiopathic pain\* OR idiopathic pain disorder\* OR fatigue/\*psychology OR chronic fatigue syndrome\* OR Fatigue Syndrome, Chronic\* OR myalgic encephalomyelitis\* OR myalgic encephalopathy\* OR chronic epstein barr virus\* OR chronic mononucleosis\* OR chronic infectious mononucleosis like syndrome\* OR chronic fatigue and immune dysfunction syndrome\* OR effort syndrome\* OR low natural killer cell syndrome\* OR neuromyasthenia OR post viral fatigue syndrome\* OR postviral fatigue syndrome\* OR post viral syndrome\* OR postviral syndrome\* OR post infectious fatigue\* OR postinfectious fatigue\* OR royal free disease\* OR royal free epidemic\* OR \*royal free hospital disease\* OR chronic lyme disease\* OR candida hypersensitivity\* OR candida syndrome\* OR (mitral valve prolapse\* AND psychology) OR hypoglycaemia/\*psychology OR sleep disorder/\*psychology OR nonorganic Insomnia\* OR Multiple chemical sensitivit\* OR idiopathic environmental intolerance\* OR electromagnetic hypersensitivity OR electrohypersensitivity OR electrosensitiv\* OR IEI-EMF OR environmental illness\* OR Sick Building Syndrome\* OR Persian gulf syndrome OR Amalgam hypersensitivity\* OR Dental Amalgam/\*toxicity OR dental amalgam/\*adverse effects OR silicone breast implant\* OR implant intolerance\* OR burning mouth\* OR glossalg\* OR glossodyn\* OR glossopyr\* OR bruxism OR temporomandibular joint disorder\* OR temporomandibular disorder\* OR temporomandibular joint dysfunction\* OR temporomandibular joint dysfunction\* OR craniomandibular disorder\* OR atypical odontalgia\* OR prosthesis intolerance\* OR (psychogen\* AND gagging) OR chronic rhinopharyngitis\* OR globus syndrome\* OR globus hystericus\* OR hyperventilation syndrome\* OR dysphonia OR aphonia OR tinnitus OR Vertigo OR Dizziness OR repetitive strain injury \*OR chronic whiplash syndrome\* OR tension headache OR pseudoseizures OR hysterical seizures\* OR (psychogen\* AND dystonia) OR (psychogen\* AND dysphagia) OR functional micturition disorder\* OR functional urinary disorder\* OR urethral syndrome\* OR micturition dysfunction\* OR (urinary retention\* AND (psychogen\* or psychology)) OR irritable bladder\* OR painful bladder syndrome\* OR interstitial cystitis\* OR enuresis diurnal et nocturnal\* OR anogenital syndrome\* OR sexual dysfunction\* OR chronic pelvic pain\* OR (skin disease\* AND (psychology or psychogen\*)) OR (pruritus AND (psychology or psychogen\* or somatoform)) OR culture-bound disorder\* OR ((reduced OR impaired) AND well-being\*)

### b. Gesundheitsangst

Ergänzt wurden die Körperbeschwerden um einen Term für Gesundheitsangst, da dieses Merkmal bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden häufig, charakteristisch und differentialdiagnostisch bedeutsam ist:

OR hypochondria\* OR illness phobia\* OR health anxiet\*

## Ebene 2: Setting/Perspektive

### a. Hausarzt- oder somatische Fachmedizin:

(Ambulatory Care\* OR Primary Health Care\* OR Physicians, Family\* OR (Specialties, Medical\* NOT Psychiatry\*) OR general pract\* OR family pract\* OR family doctor\* OR family physician\* OR family medicine\* OR primary care\*)

### b. Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychologie:

(Mental Health Services\* OR Psychosomatic Medicine OR Psychiatry OR Psychology)

### c. Arbeitsplatz:

(Workplace OR Occupational Health\* OR Occupational Health Physicians\* OR occupation\*)

### d. Arztperspektive:

(Physician OR doctor\* OR clinician\* OR general practit\* OR family pract\*)

**e. Patientenperspektive:**

(Patient OR self-report\* OR subjective\*)

**Ebene 3: Inhalte und Themen**

**a. Beziehung/ Eigene Haltung:**

(Attitude of Health Personnel\* OR Communication OR Empathy OR Professional-Patient Relations\* OR Physician's Practice Patterns\* OR Role OR Medical History Taking\* OR Decision Making\* OR Countertransference OR Disease Attributes\* OR Emotions OR interact\* OR encounter\* OR disposition\* OR setting\* OR approach\* OR engag\* OR deal\* OR exposure\* OR experience\* OR hand\* OR function\* OR attitud\* OR declin\* OR prejud\* OR reject\* OR rigid\* OR belie\* OR concept\* OR critic\* OR legitim\* OR motivat\* OR stigma\*)

**b. Gesprächsführung:**

(Communicat\* OR counsel\* OR talk\*)

**c. Beziehung/ Patientenhaltung:**

(Attitude to Health\* OR Physician-Patient Relations\* OR Role OR Self-disclosure\* OR Disease Attributes\* OR Transference OR Personality OR Social behavior\* OR Interpersonal Relations\* OR Communication OR Utilization OR relation\* OR resistance\* OR Balint OR enactment OR psychodynamic\* OR mirror\* OR interact\* OR attitud\* OR belie\* OR concept\* OR criticism OR legitim\* OR motivat\* OR percept\* OR perspect\* OR stigma\* OR reporting OR encounter\*)

**d. Positivkriterien, Charakteristika von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden:**

(Disease Attributes\* OR Attitude to Health\* OR Physician-Patient Relations\* OR Behavior OR Attitude OR Health Behavior\* OR Sick role\* OR Cognition OR Emotions OR Body image\* OR Personality OR Motivation OR Defense mechanisms\* OR Attention OR Perception OR Memory OR Health services misuse\* OR Utilization\* OR utili\* OR abnormal illness behavior\* OR illness percept\* OR health anxiety\* OR illness phobia\* OR health related concern\* OR fear of disease\* OR attribut\* OR explanat\* OR attachment OR alexithym\* OR reporting OR reassur\*)

**3e. Anamnese/ Diagnose/Differentialdiagnose/Komorbidität/somatische Diagnostik:**

(Psychological Tests\* OR Questionnaires OR Personality Assessment\* OR Psychometrics OR Interview, Psychological\* OR Diagnosis OR Diagnosis, Differential\* OR differential diagnosis\* OR Diagnostic Techniques and Procedures\* OR Medical History Taking\* OR Unnecessary Procedures\* OR work-up\* OR diagnosis OR differential\* OR diagnostic OR comorbidity OR overlap OR association OR associated OR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders\* OR depression OR anxiety OR eating disorder\* OR personality disorder\*)

**3f. Überweisung:**

(Referral and Consultation\* OR Hospitalization OR Disease management \*OR Patient care OR referral OR consult\*)

**3g. Praxisorganisation und Austausch mit anderen Behandlern:**

(Organization and Administration\* OR Practice Management, Medical\* OR practice OR Triage OR schedule\* OR appointment\* OR practice nurse\* OR team approach\* OR team conferenc\* OR cooperat\* OR network OR medical billing system\*)

**3h. Allgemeine Therapie (inklusive Pharmakotherapie):**

(Therapy OR Therapeutic\* OR Complementary therapies\* OR treatment outcome\* OR Counseling OR Education OR Long term care)

**3i Spezielle Fachpsychotherapie:**

(Psychotherapy OR Psychopharmacology OR psychotherap\* OR drug therapy\*)

**3j. Epidemiologie:**

(Epidemiology OR Public health\* OR Demography OR Socioeconomic OR population OR gender\* OR cultur\*)

**3k. Prävention, Rehabilitation, Prognose:**

(Risk Assessment\* OR Risk factors\* OR Disease susceptibility\* OR Health Promotion\* OR Prevention and control\* OR Disease progression\* OR Chronic disease\* OR Rehabilitation OR predict\* OR iatrogen\* OR somatic fixation\* OR maintaining factor\* OR exacerbating factor\* OR prevent\* OR prophyla\* OR susceptibility)

**3l. Versorgungssituation/Wirtschaftlichkeit:**

(Delivery of Health Care\* OR Health Services\* OR Economics OR Utilization OR medical billing system\* OR pharmacoeconom\* OR cost-benefit analysis\* OR cost control\* OR cost of illness\*)

**3m. Rechtliche Aspekte:**

(Legislation and jurisprudence\* OR Insurance Benefits\* OR Workers compensation\* OR Jurisprud\* OR Disability evaluation\* OR Malpract\* OR Medical errors\* OR litig\* OR compensat\* OR disabilit\*)

Die Ergebnisse wurden anhand der folgenden Bedingungen gefiltert:

Humans, English, German, All Adult: 19+ years, Adolescent: 13-18 years, Publication Date from 2000/01/01 to 2009/01/01.

Identifiziert wurden von den Begriffen aus Ebene 1 unter Anwendung des Filters insgesamt 34.467 Artikel (Stichtag 01.01.2009, Tabelle 1.5.). Von diesen wurden alle Artikel ausgewählt, die durch einen weiteren Suchterm aus einer der beiden anderen Ebenen charakterisiert waren, wodurch 26.087 Artikel verblieben. Diese wurden in einer Datenbank aufbereitet, welche für eine rasche und übersichtliche Durchsicht der vollständigen Abstracts optimiert war. Wegen der großen Zahl der Treffer wurden in einem weiteren Schritt Studien identifiziert, welche für die Evidenzbewertung potentiell von Relevanz waren. Der Suchterm lautete:

(randomized controlled trial [PTyp] OR controlled clinical trial [PTyp] OR clinical trial\* controlled study\* OR randomized OR randomly\* OR placebo OR trial OR epidemiologic stud\* OR case control stud\* OR cohort stud\* OR case control\* OR Cohort analy\* OR follow up stud\* OR observational stud\* OR longitudinal OR retrospective OR cross sectional OR cross sectional stud\*) NOT (letter[PTyp] OR editorial[PTyp] OR historical article[PTyp] OR comment[PTyp] OR case reports[PTyp]).

Die Anwendung dieses Filters führte zu 16.250 Treffern (Tabelle 1.5.: Medline - evidenzrelevant).

Tabelle 1.5: Suchbegriffe und Treffer für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden  
(Suchstrategie PubMed)

<b>Suchbegriffe Ebene 1: nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden Alle Treffer/ Eingrenzung auf evidenzrelevante Publikationen im weiteren Sinne</b>	<b>Medline insgesamt</b>	<b>Medline evidenzrelevant (Filter)</b>
Vollterm	34.467	16.520
somatoform disorder OR somatiz* OR somatis* OR conversion disorder* OR multisomatoform	2.892	1.108
medically unexplained* OR organically unexplained* OR psychogenic OR nonorganic OR psychosomatic syndrom*	1.009	364
Functional somatic syndrom* OR functional syndrom* OR functional disorder* OR functional illness* OR functional symptom*	400	172
irritable bowel* OR functional bowel* OR functional gastrointestinal* OR functional dyspepsia* OR nonulcer dyspepsia*	2.216	1.168
chronic pain*	3.385	1.535
chronic low back pain* OR back pain*	8.462	3.908
fibromyalgia* OR chronic widespread pain* OR widespread musculoskeletal pain*	1.513	706
myofascial pain syndrome* OR atypical face pain* OR facial pain* OR tension-type headache* OR tension headache	2.385	1.100
atypical chest pain* OR nonspecific chest pain* OR non-specific chest pain*	188	58
panalgies* OR (psychogen* AND pain) OR idiopathic pain* OR idiopathic pain disorder*	86	32
fatigue/*psychology OR chronic fatigue syndrome* OR Fatigue Syndrome, Chronic* OR myalgic encephalomyelitis* OR myalgic encephalopathy* OR chronic epstein barr virus* OR chronic mononucleosis* OR chronic infectious mononucleosis like syndrome* OR chronic fatigue and immune dysfunction syndrome* OR effort syndrome* OR low natural killer cell syndrome* OR neuromyasthenia OR post viral fatigue syndrome* OR postviral fatigue syndrome* OR post viral syndrome* OR postviral syndrome* OR post infectious fatigue* OR postinfectious fatigue* OR royal free disease* OR royal free epidemic* OR *royal free hospital disease*	1.707	765

S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001): Leitlinienreport

chronic lyme disease*	23	5
candida hypersensitivity* OR candida syndrome*	3	3
(mitral valve prolapse* AND psychology)	9	4
hypoglycaemia*/psychology	100	36
sleep disorder*/psychology	1314	638
nonorganic Insomnia*	9	7
multiple chemical sensitivit* OR idiopathic environmental intolerance* OR electromagnetic hypersensitivity OR electrohypersensitivity OR electrosensitiv* OR IEI-EMF OR environmental illness* OR Sick Building Syndrome* OR Persian gulf syndrome OR Amalgam hypersensitivity* OR Dental Amalgam*/toxicity OR dental amalgam*/adverse effects OR silicone breast implant* OR implant intolerance* OR food intolerance*	1.060	459
burning mouth* OR glossalg* OR glossodyn* OR glossopyr* OR bruxism	662	265
temporomandibular joint disorder* OR temporomandibular disorder* OR temporomandibular joint dysfunction* OR temporomandibular joint dysfunction* OR craniomandibular disorder*	2.170	856
typical odontalgia* OR prosthesis intolerance* OR (psychogen* AND gagging)	3	1
chronic rhinopharyngitis* OR globus syndrome* OR globus hystericus*	6	0
hyperventilation syndrome*	22	2
dysphonia OR aphonia	672	241
tinnitus	1.622	591
vertigo	2.054	760
dizziness	4.824	2.295
repetitive strain injury *	2	2
chronic whiplash syndrome*	5	2
pseudoseizures OR hysterical seizures*	47	14
(psychogen* AND dystonia)	43	11
(psychogen* AND dysphagia)	7	0
functional micturition disorder* OR functional urinary disorder* OR urethral syndrome* OR micturition dysfunction* OR (urinary retention* AND (psychogen* or psychology)) OR irritable bladder* OR painful bladder syndrome* OR enuresis diurnal et nocturnal* OR interstitial cystitis* OR anogenital syndrome*	529	239
sexual dysfunction*	2.380	1.082
chronic pelvic pain*	585	280
(skin disease* AND (psychology or psychogen*)) OR (pruritus AND (psychology or psychogen* or somatoform))	363	127
culture-bound disorder* OR ((reduced OR impaired) AND well-being*)	902	505
Ebene 1b: Gesundheitsangst hypochondria* OR illness phobia* OR health anxiet*	435	169
<b>Ebene 1 kombiniert mit Ebene 2:</b>	<b>Medline insgesamt</b>	<b>Medline evidenz-relevant</b>
<b>Setting/Perspektive:</b>		
a. Hausarzt- oder somatische Fachmedizin: (Ambulatory Care* OR Primary Health Care* OR Physicians, Family* OR (Specialties, Medical* NOT Psychiatry*) OR general pract* OR family pract* OR family doctor* OR family physician* OR family medicine* OR primary care*)	2.115	1.170
b. Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychologie: (Mental Health Services* OR Psychosomatic Medicine OR Psychiatry OR Psychology)	11.643	5.252
c. Arbeitsplatz: (Workplace OR Occupational Health* OR Occupational Health Physicians* OR occupation*)	1.695	909
d. Arztperspektive: (Physician OR doctor* OR clinician* OR general practit* OR family pract*)	3.454	1.599
e. Patientenperspektive: (Patient OR self-report* OR subjective*)	26.425	12.997
<b>Ebene 1 kombiniert mit Ebene 3:</b>	<b>Medline insgesamt</b>	<b>Medline evidenzrelevant</b>
<b>Inhalte und Themen</b>		
a. Beziehung/ Eigene Haltung: (Attitude of Health Personnel* OR Communication OR Empathy OR Professional-Patient Relations* OR Physician's Practice Patterns* OR Role OR Medical History Taking* OR Decision Making* OR Countertransference OR Disease Attributes* OR Emotions OR interact* OR encounter* OR disposition* OR setting* OR approach* OR engag* OR deal* OR exposure* OR experience* OR	21.259	10.300

S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001): Leitlinienreport

handl* OR function* OR attitud* OR declin* OR prejud* OR reject* OR rigid* OR belie* OR concept* OR critic* OR legitim* OR motivat* OR stigma*)		
b. Gesprächsführung: (Communicat* OR counsel* OR talk*)	1.079	425
c. Beziehung/ Patienten-haltung: (Attitude to Health* OR Physician-Patient Relations* OR Role OR Self-disclosure* OR Disease Attributes* OR Transference OR Personality OR Social behavior* OR Interpersonal Relations* OR Communication OR Utilization OR relation* OR resistance* OR Balint OR enactment OR psychodynamic* OR mirror* OR interact* OR attitud* OR belie* OR concept* OR criticism OR legitim* OR motivat* OR percept* OR perspect* OR stigma* OR reporting OR encounter*)	15.433	7.362
d. Positivkriterien, Charakteristika von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: (Disease Attributes* OR Attitude to Health* OR Physician-Patient Relations* OR Behavior OR Attitude OR Health Behavior* OR Sick role* OR Cognition OR Emotions OR Body image* OR Personality OR Motivation OR Defense mechanisms* OR Attention OR Perception OR Memory OR Health services misuse* OR Utilization* OR utili* OR abnormal illness behavior* OR illness percept* OR health anxiety* OR illness phobia* OR health related concern* OR fear of disease* OR attribut* OR explanat* OR attachment OR alexithym* OR reporting OR reassur*)	14	6.738
3e. Anamnese/ Diagnose/Differentialdiagnose/Komorbidität/somatische Diagnostik: (Psychological Tests* OR Questionnaires OR Personality Assessment* OR Psychometrics OR Interview, Psychological* OR Diagnosis OR Diagnosis, Differential* OR differential diagnosis* OR Diagnostic Techniques and Procedures* OR Medical History Taking* OR Unnecessary Procedures* OR work-up* OR diagnosis OR differential* OR diagnostic OR comorbidity OR overlap OR association OR associated OR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* OR depression OR anxiety OR eating disorder* OR personality disorder*)	32.566	14.733
3f. Überweisung: (Referral and Consultation* OR Hospitalization OR Disease management *OR Patient care OR referral OR consult*)	3.412	1.922
3g. Praxisorganisation und Austausch mit anderen Behandlern: (Organization and Administration* OR Practice Management, Medical* OR practice OR Triage OR schedule* OR appointment* OR practice nurse* OR team approach* OR team conferenc* OR cooperat* OR network OR medical billing system*)	3.956	2.156
3h. Allgemeine Therapie (inklusive allg. Pharmakotherapie): (Therapy OR Therapeutic* OR Complementary therapies* OR treatment outcome* OR Counseling OR Education OR Long term care)	23.121	11.403
3i. Spezielle Fachpsychotherapie: (Psychotherapy OR Psychopharmacology OR psychotherap* OR drug therapy*)	7.856	4.435
3j. Epidemiologie: (Epidemiology OR Public health* OR Demography OR Socioeconomic OR population OR gender* OR cultur*)	12.749	6733
3k. Prävention, Rehabilitation, Prognose: (Risk Assessment* OR Risk factors* OR Disease susceptibility* OR Health Promotion* OR Prevention and control* OR Disease progression* OR Chronic disease* OR Rehabilitation OR predict* OR iatrogen* OR somatic fixation* OR maintaining factor* OR exacerbating factor* OR prevent* OR prophyla* OR susceptibility)	14.884	7667
3l. Versorgungssituation/Wirtschaftlichkeit: (Delivery of Health Care* OR Health Services* OR Economics OR Utilization OR medical billing system* OR pharmacoconom* OR cost-benefit analysis* OR cost control* OR cost of illness*)	2.101	1.120
3m. Rechtliche Aspekte: (Legislation and jurisprudence* OR Insurance Benefits* OR Workers compensation* OR Jurisprud* OR Disability evaluation* OR Malpract* OR Medical errors* OR litig* OR compensat* OR disabilit*)	3.357	1.944

Wegen der immer noch beträchtlichen Quantität und gleichzeitigen Heterogenität der identifizierten Studien nahmen 3 Mitglieder der Steuerungsgruppe (Hausteiner, Henningsen, Sattel) daraufhin unabhängig eine Durchsicht aller 26.087 Abstracts in der Datenbank vor und bewerteten die Arbeiten bezüglich der methodischen Qualität, um bei eingeschränkter Qualität der Primärstudien ggf. eine Abwertung der Empfehlungsstärke vornehmen zu können. Im Zusammenhang mit einer im Jahr 2003

publizierten ähnlich umfangreichen Metaanalyse zu somatoformen Störungen hatte sich dieses Vorgehen bewährt, 2 der 3 Rater hatten diese frühere Bewertung bereits vorgenommen (Henningsen, Sattel). Die Interraterreliabilität als Maß für die Übereinstimmung der Einstufungen wurde an einem zufällig ausgewählten Teil der Artikel bestimmt und war zufriedenstellend (Kappa = 0.7).

Die Beurteilung der methodischen Qualität orientierte sich an dem Vorgehen zur Erstellung eines „summary assessments of risk of bias“. Es wurde auf der Grundlage der Abstracts eine Globalbeurteilung anhand von Parametern vorgenommen, die von der Cochrane Collaboration als relevant betrachtet werden (Higgins JPT, Green S [Hrsg.] Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Cochrane Collaboration, 2008). Diese sind (vgl. auch das zu diesem Zweck von der „Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group (CCDAN)“ 2001 entwickelte Rating-Instrument; Moncrieff et al., 2001):

- Klarheit der Fragestellung, A-Priori Definition der Fragestellung
- Angabe der diagnostischen Kriterien
- Angemessenheit der Stichprobengröße, ggf. Angabe von Power-Berechnungen, Beschreibung der Rekrutierungsverfahren/Quelle der Probanden
- Randomisierung und Randomisierungsqualität („concealment of allocation“), Verblindung von Patienten und Erhebungspersonal
- Bei RCTs: Beschreibung der Behandlung, Korrekturen für eventuelle Baseline-Unterschiede
- Stichprobenbeschreibung, Ausschlusskriterien, Anzahl von und Umgang mit Studienabbrüchen und unerwünschten Nebenwirkungen,
- Angabe der (Haupt-)Ergebnisdimensionen, Einschluss von Studienabbrechern in die Analyse („intention to treat“)
- Angemessenheit der Ergebnispräsentation und der statistischen Analyse
- Angemessenheit der Schlussfolgerungen und der Erklärungen zu Interessenskonflikten.

Die Studienqualität wurde einer von 5 gestuften Kategorien zugeordnet (Tabelle 1.6), und mit der Prüfung der Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien verbunden.

Tabelle 1.6: Zusammengefasste Studienqualitätsbeurteilung / Relevanz für die Leitlinie

Bewertung	Methodische Qualität	Einfluss auf Gültigkeit der Studienergebnisse
Höchste Relevanz	Methodische Mängel können weitgehend ausgeschlossen werden bzw. sind nicht erkennbar	Lediglich geringes Risiko für methodische Mängel. Eventuelle Mängel mit allenfalls geringem Einfluss auf Studienergebnisse
Relevanz gegeben	Methodische Mängel können überwiegend ausgeschlossen werden, leichte Mängel in einzelnen Domänen liegen möglicherweise noch vor oder bleiben nicht beurteilbar	Lediglich geringes Risiko für methodische Mängel. Eventuelle Mängel mit allenfalls geringem Einfluss auf Studienergebnisse
Relevanz noch gegeben	Einzelne Bereiche weisen erkennbare, nicht gravierende methodische Mängel auf	Ungewisses Risiko für methodische Mängel Möglicher Einfluss auf Studienergebnisse
Relevanz fraglich	Mehrere Bereiche weisen leichte methodische Mängel auf, bzw. einzelne Bereiche können	Risiko für methodische Mängel Wahrscheinlicher Einfluss auf

	aufgrund mangelhafter Beschreibung nicht mit hinreichender Gewissheit beurteilt werden.	Studienergebnisse
Nicht relevant	Mehrere Bereiche weisen mehr als leichte methodische Mängel auf, oder können aufgrund mangelhafter Beschreibung nicht mit hinreichender Gewissheit ausgeschlossen werden.nicht auf ihre	Hohes Risiko für methodische Mängel Anzunehmender Einfluss auf Studienergebnisse

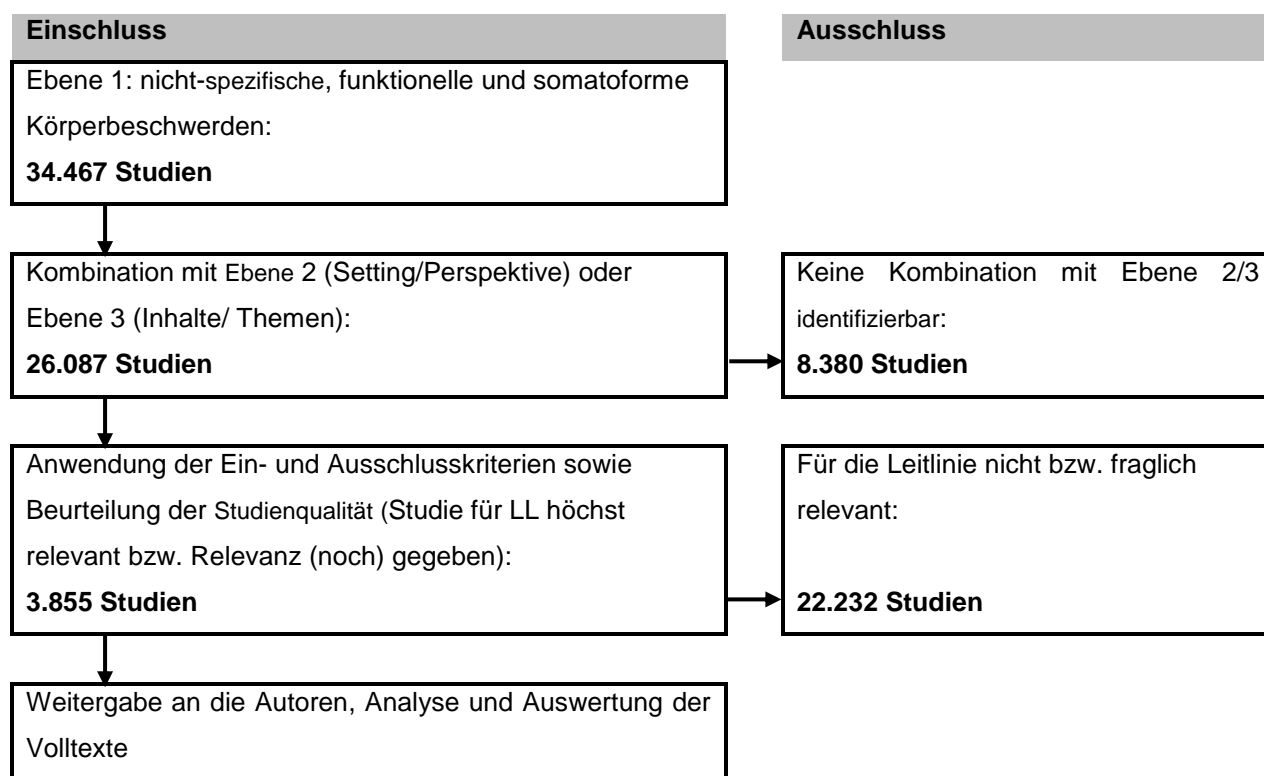
Für die Bewertung von Metaanalysen, (systematische) Reviews, Kohorten- oder Fall-/Kontrollstudien sowie Diagnostische Studien wurden zusätzlich die jeweiligen spezifischen Kriterien herangezogen, welche den entsprechenden methodischen Checklisten der SIGN-Gruppe (Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Annex C: 55-98. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008, Edinburgh).

3.855 verblieben als höchst relevant bzw. relevant / noch relevant in der Auswahl. Diese Studien wurden in der Datenbank markiert und standardmäßig zur Ansicht verfügbar gemacht, fraglich oder nicht relevante Studien wurden ausgeblendet. Eine Stichprobe von zufällig ausgewählten Studien wurde von mehr als einem der Mitglied der Steuerungsgruppe bewertet und die Interrater-Reliabilität bestimmt (Kappa 0.70). Die Datenbank wurde den Kapitel-Autoren zur Verfügung gestellt, welche für die einzelnen Statements die hierfür relevanten Arbeiten identifizierten, anhand des Volltextes die Ein- und Ausschlusskriterien und die Studienqualität noch einmal überprüften und anhand der Oxford-Kriterien die Evidenzlevel bestimmten. Für eine Übersicht bezüglich Studienidentifikation und –auswahl siehe Tabelle 1.7.

Für die Abfassung der Leitlinienstatements wurde im Rahmen der einzelnen Arbeitsgruppen vor der jeweiligen Konsentierung eine Aktualisierung der Literaturrecherche vorgenommen, um relevante, zwischenzeitlich publizierte Studien noch in die Evidenzbewertung einzubeziehen. Um qualitativ hochwertige und für die Evidenzbestimmung relevante Studien zu selektieren, wurde für die Nachrecherche zusätzlich folgender Filter eingesetzt:

```
((("2009/01/15"[EDAT] : "3000"[EDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR German[lang]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))) AND Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[All Fields]
```

Tabelle 1.7. Übersicht zu Studienidentifikation und -auswahl



#### - Archivierung

Die Suchstrategien wurden elektronisch gespeichert und die erzielten Treffer in einer Datenbank aufbereitet und gespeichert. Arbeiten, die in den Empfehlungen der Arbeitsgruppen verwendet wurden, wurden als Volltext allen Teilnehmern der Leitlinienentwicklung auf der eigenen Internetplattform zur Verfügung gestellt.

#### - Auswahl der Evidenz

##### *Ein- und Ausschlusskriterien*

##### *Einschlusskriterien:*

- Studie zu einer nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerde unter Berücksichtigung einer definierten diagnostischen Beschreibung.
- Studien zu Therapieverfahren: randomisierte Studien mit einer Kontrollgruppe, kontrollierte Studien ohne Randomisierung oder Fall-Kontrollstudien.
- Studien zur Ätiologie und Pathophysiologie: prospektive Kohortenstudien oder systematische Übersichtsarbeiten von Querschnittsstudien (Level 3 Fall-Kontrollstudien, ökologische Studien, Fallserien).
- Studienpublikationen in Englisch und Deutsch.



*Ausschlusskriterien:*

- Studie zu einer nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerde ohne eine definierte diagnostische Beschreibung bzw. Beschreibung einer solchen als Folge einer definierten Organpathologie.
- experimentelle Studien (Dauer <1 Woche und/oder 1- bzw. 2malige Anwendung eines Verfahrens, z. B. experimentelle Studien zu Medikamenten oder Hypnose).
- Studien ohne Randomisierung bzw. ohne Kontrollgruppen
- Bei Studien zur Pathophysiologie: Fall-Kontrollstudien, ökologische Studien, Fallserien
- keine vollständige Publikation (z. B. Abstract);
- Fallberichte; Leserbriefe; Doppelpublikation, narrative Reviews, Positionspapiere.

- **Bewertung der Evidenz**

Kriterien der Evidenzgrade

Die Evidenzgrade wurden nach der Klassifikation des Oxford Centre of Evidence Based Medicine bestimmt (Tabellen 1.8 und 1.9; Oxford Center for Evidence-based Medicine. Levels of evidence March 2001. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. letzter Zugriff 30.12.2010). Diese bewerten Metaanalysen und systematische Reviews von doppelblinden randomisiert- kontrollierten Studie (RCT) als mit der höchstmöglichen Evidenzstufe. Wegen der unterschiedlichen eingesetzten Forschungsdesigns werden die notwendigen Qualitätsmerkmale für Evidenzgrade in den Bereichen Therapie/Prävention/Ätiologie und Diagnose spezifisch formuliert (Tabellen 1.8 und 1.9). Die Evidenzbewertung der Statements erfolgte auf dieser Grundlage.

Tabelle 1.8: Evidenz-Level in der evidenzbasierten Medizin für Studien zur Diagnose

Evidenzgrad	Studien zur Diagnose
1a	Systematische Übersicht über Level 1 diagnostische Studien oder diagnostische Entscheidungsregel, begründet auf 1b Studien, validiert in verschiedenen klinischen Zentren
1b	Validierungs- Kohortenstudie mit gutem Referenzstandard oder diagnostische Entscheidungsregel, validiert in einem Zentrum
1c	Alle oder-Keiner-Prinzip (absolute SpPins und SnNouts)
2a	Systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien
2b	Eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität
2c	Outcome-Studien, Ökologische Studien
3a	Systematische Übersicht über Level 3 diagnostische Studien
3b	Nicht-konsequente Studie; oder ohne Konsistenz der angewendeten Referenzstandards
4	Fall-Kontrolle Studie, schlechte oder nicht unabhängige Referenzstandards
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen / Laborforschung

Tabelle 1.9: Evidenz-Level in der evidenzbasierten Medizin für Studien zu Therapie/Ätiologie/Prävention

Evidenzgrad	Studien zur Therapie/Ätiologie/Prävention
1a	Systematische Übersicht über randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
1b	Ein RCT (mit engem Konfidenzintervall)
1c	Alle-oder-Keiner-Prinzip
2a	Systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien
2b	Eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität
2c	Outcome-Studien, Ökologische Studien
3a	Systematische Übersicht über Fall-Kontrollstudien
3b	Eine Fall-Kontroll-Studie
4	Fallserien oder Kohorten- / Fall-Kontroll-studien minderer Qualität
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen / Laborforschung

- **Erstellung von Evidenztabelle**

Wegen des weitgespannten Rahmens des Themenfeldes und der zu erwartenden Heterogenität bezüglich der Menge und Qualität der identifizierten Studien wurden für diese Leitlinie keine eigenständigen Evidenztabelle erstellt. Stattdessen wird auf die Evidenztabelle der vorliegenden Leitlinien zu einzelnen (großen) Symptombereichen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (wie beispielsweise der Fibromyalgie oder des Reizdarmsyndroms) oder der Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome (mit eigenen Kapiteln für viele funktionelle Syndrome) verwiesen.

### **3.2. Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung**

- **Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung**

Die Erarbeitung der Empfehlungen und ihrer Graduierung erfolgte in einem mehrstufigen strukturierten Verfahren zur Konsensfindung (Tabelle 1.10). Die Arbeitsgruppen erarbeiteten Statements, Empfehlungen und Schlüsselempfehlungen sowie Hintergrundtexte, die zunächst in zwei Online-Delphi-Runden kommentiert und bewertet wurden. Das Verfahren war anonymisiert, es konnten lediglich die eigenen Stellungnahmen eingesehen werden. In drei darauf folgenden Konsensuskonferenzen der gesamten Leitliniengruppe wurden die auf der Grundlage der Online-Kommentierung überarbeiteten Entwürfe der Statements und Empfehlungen unter Anwendung eines nominalen Gruppenprozesses systematisch diskutiert und abgestimmt. Dies beinhaltete die Vorlage der erstellten Texte, die Erfassung der Kommentare jedes Gruppenmitgliedes zu bestimmten Aspekten, die Sammlung und Zusammenfassung aller Kommentare zu einem Aspekt durch einen unabhängigen Moderator und schließlich die Diskussion sowie Abstimmung der Entwürfe, ggf. mit der Entscheidung, den Entwurf neu zu überarbeiten. Dieses Vorgehen wurde wiederholt, bis Konsens hergestellt war.

Aufgrund der für eine hochgradige Evidenz häufig nicht ausreichenden Datenlage zu einer ganzen Reihe von Themen war die strukturierte Konsensfindung in der vorliegenden Leitlinie ein ganz wesentliches Element bei der Erarbeitung der Empfehlungen. Bis zur abschließenden Formulierung wurden mehrere Abstimmungsdurchgänge durchgeführt und auf den Konsensuskonferenzen viel Diskussionszeit investiert. Im Leitlinientext sind daher neben den Evidenzgraden und (bei Empfehlungen) den Empfehlungsgraden auch die Konsensstärken deutlich angegeben (zur Klassifikation der Konsensstärken siehe Tabelle 1.11).

In den Delphi-Runden (im Februar/März sowie im Mai 2011) waren alle Mandatsträger verpflichtet, ihre Stimmen bzw. Kommentare abzugeben. Auf einer eigens entwickelten Online-Plattform konnten die Mandatsträger alle Statements, Empfehlungen und Hintergrundkommentare sichten, über sie abstimmen (5 Stufen von „stimme vollständig zu“ bis „stimme nicht zu“) und sie kommentieren.

Bei den drei Konsensuskonferenzen (im Mai, Juli und September 2011) waren aufgrund der Notwendigkeit der persönlichen Teilnahme manche Mandatsträger verhindert, so dass andere Anwesende die Mandate übernahmen. Abgestimmt wurde dann „ad personam“, d.h. jeder anwesende Mandatsträger hatte eine Stimme. Ein Minderheitenvotum mit Begründung war möglich, wurde jedoch nicht in Anspruch genommen. Die Mandatsträger wurden aufgefordert, sich in den Konsensuskonferenzen bei potentiellen Interessenskonflikten zu enthalten. Durch die pluralistische

Zusammensetzung der Leitliniengruppe und den Einsatz des formalen Konsensusverfahrens ist eine systematische Verzerrung der Inhalte nicht zu erwarten. Die Moderatorin der Konsensuskonferenzen und Vertreterin der AWMF, Frau Prof. Dr. Ina Kopp, war nicht stimmberechtigt. Die Abstimmung erfolgte mittels Handzeichen. Das Protokoll schrieb Dr. Joram Ronel als Mitglied der Steuerungsgruppe ohne eigenes Mandat. Der Ablauf der Konsensuskonferenzen ist in Tabelle 1.10 skizziert. Die Konsensusstärke wurde festgelegt wie in Tabelle 1.11 angegeben.

Tab. 1.10. Ablauf der Konsensuskonferenzen

Einführung	Vorstellung der Teilnehmer
	Einführung in die Technik des Konsensusverfahrens durch die Moderatorin
Strukturierte Konsensfindung / nominaler Gruppenprozess	Kapitelweises Vorgehen, Aufruf jedes Statements bzw. jeder Empfehlung durch den Moderator mit Abfrage des Empfehlungsgrads
	Registrierung von Änderungsanträgen bzw. Stellungnahmen der Mandatsträger
	Darlegung und Begründung von Änderungsanträgen bzw. redaktionellen Anmerkungen
	Getrennte Abstimmung über ursprüngliche Fassung und alle Alternativen
	Feststellung von Diskussionspunkten und Dissens
	Diskussion
	Endgültige Abstimmung, Festschreibung der Konsensusstärke

Tabelle 1.11. Graduierung der Konsensstärken

Konsensstärke	Zustimmung von ...% der Teilnehmer
Starker Konsens	>95%
Konsens	>75-95%
Mehrheitliche Zustimmung	50-75%
Kein Konsens	< 50 %

\*ein Minderheitenvotum mit Begründung war möglich

Nach den Konsensuskonferenzen erfolgte die Umsetzung der Beschlüsse: Die Steuerungsgruppe erarbeitete eine Kurzfassung, eine Langfassung, eine Kitteltaschenversion sowie den Leitlinienreport.

- **Formulierung der Statements und Empfehlungen unter Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes und Vergabe von Evidenzgraden und/ oder Empfehlungsgraden**

Nach Sichtung und Bewertung der Literatur formulierten die Arbeitsgruppen zunächst Statements und Empfehlungen. Für die Langfassung formulierten sie zusätzliche Hintergrundkommentare, die die Statements bzw. Empfehlungen unter Nennung der relevanten Literatur näher begründen. Weitere Elemente des Leitlinientextes, die insbesondere die Anwendung und Verbreitung der Leitlinie unterstützen, sind weiter unten im Abschnitt 7 „Verbreitung und Implementierung“ erläutert.

- **Empfehlungen** entsprechen direkten grundlegenden, diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen *Handlungsempfehlungen* für die Anwender unter Verwendung bewährter sprachlicher Regelungen (Tabelle 1.12). Die Empfehlungen enthalten Angaben zu den verschiedenen Versorgungsbereichen sowie darüber, welche Maßnahmen unzweckmäßig, überflüssig oder obsolet erscheinen. Es wurde darauf geachtet, alle Empfehlungen so spezifisch und eindeutig wie möglich zu formulieren und die verschiedenen Handlungsoptionen darzustellen. Bei der Formulierung der Empfehlungen wurden gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken sowie möglicherweise entstehende organisatorische Barrieren und finanzielle Auswirkungen berücksichtigt. Insbesondere wurde auf die Anwendbarkeit der Empfehlungen im deutschen Gesundheitssystem geachtet bzw. derzeitige Versorgungshindernisse aufgelistet.
- **Schlüsselempfehlungen** sind unter den Empfehlungen besonders hervorgehoben (rot umrandet), da sie die **grundlegendsten Handlungsempfehlungen** für den Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen darstellen, auf die die übrigen Aussagen aufbauen. Sie bilden auch das Grundgerüst der Algorithmen und der Kitteltaschenversion als die „Kondensate“ der Leitlinie. Schlüsselempfehlungen sind häufig, aber nicht zwingend, besonders gut evidenzbasierte Empfehlungen. Für Empfehlungen und Schlüsselempfehlungen werden der Evidenzgrad, die Konsensusstärke und die Empfehlungsstärke angegeben.
- **Statements.** Sie fassen zentrale Aussagen zum *Hintergrund* (z.B. zur Epidemiologie und Versorgungssituation) nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden zusammen, die für das praktische Handeln der Anwender von direkter Relevanz sind. Sie geben

in der Regel explizit den der entsprechenden Aussage zugrunde liegenden Evidenzgrad sowie die Konsensstärke an, die die Zustimmung der Mandatsträger zu dieser Aussage widerspiegelt. Da sie aber keine unmittelbare Handlungsempfehlung darstellen, ist für sie kein Empfehlungsgrad angegeben.

### **Empfehlungsstärken**

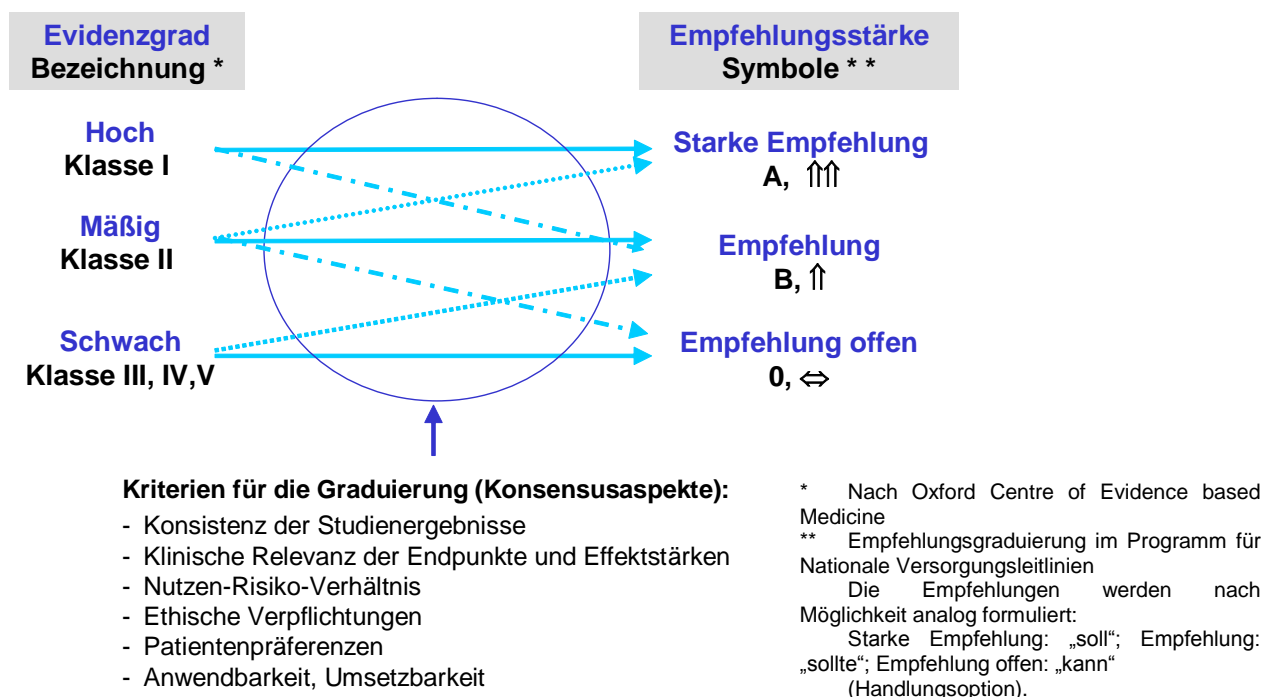
Die den einzelnen Empfehlungen zugeordneten Empfehlungsstärken leiten sich maßgeblich von den Evidenzgraden aus der Literaturrecherche ab: Je höher die Evidenzebene, desto stärker auch die Empfehlung. In der Regel wird ein Empfehlungsgrad A (starke Empfehlung, „soll“) bei einem Evidenzgrad I, ein Empfehlungsgrad B (Empfehlung, „sollte“) bei einem Evidenzgrad II und eine offene Empfehlung bei einem Evidenzgrad III, IV und V ausgesprochen (offene Empfehlung, „kann“) (Abb. 1.1). Daneben berücksichtigt die Vergabe der Empfehlungsstärken aber auch ethische Verpflichtungen, die klinische Relevanz der Studienendpunkte und der Effektstärken, die Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, Präferenzen der Patienten und Umsetzbarkeit in den verschiedenen Versorgungsbereichen. Diese Aspekte führten dazu, dass die Empfehlungsstärke einzelner Empfehlungen nach der Diskussion in den Delphi-Runden und Konsensus-Konferenzen gegenüber dem Evidenzgrad um eine Stufe auf- oder abgewertet wurde. Darüber hinaus wurden einzelne Empfehlungen als „Klinische Konsenspunkte (KKP)“ gekennzeichnet. KKP kennzeichnen, analog zur NVL „Unipolare Depression“ (DGPPN et al. (Hrsg), 2009) aus Sicht der Leitliniengruppe „gute klinische Praxis („good clinical practice GCP“), also einen Standard in der Behandlung, bei dem keine ausreichende Evidenz existiert, auch weil beispielsweise experimentelle wissenschaftliche Erforschung dieser Aussage nicht möglich oder nicht angestrebt ist. Die letztendliche Vergabe der Empfehlungsstärke erfolgte also im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses und enthält demnach ausdrücklich auch *wertende* Elemente.

Tabelle 1.12. Graduierung der Empfehlungsstärken

<b>Empfehlungsstärke</b>	<b>Symbol</b>	<b>Formulierung</b>	<b>In der Regel bei Evidenzgrad*</b>
Starke Empfehlung	↑↑A	„Soll (nicht)“	I
Empfehlung	↑B	„Sollte (nicht)“	II
Offen	↔0	„Kann“	III, IV, V
Klinischer Konsenspunkt	<b>KKP</b>	„Soll (nicht)“ <sup>***</sup> / „Sollte (nicht)“ / „Kann (nicht)“	

\* begründete Auf- bzw. Abwertungen waren möglich

Abbildung 1.1: Zusammenhang von Evidenzgrad und Empfehlungsstärke



## 4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

### 4.1. Pilottestung

Ein offizieller Test der Leitlinie in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe fand für diese erste Auflage nicht statt, ist aber vor der ersten Aktualisierung geplant.

### 4.2. Externe Begutachtung

Folgende Experten bzw. Berufsgruppen wurden direkt mit der Bitte um einen externen Peer Review angeschrieben:

- Prof. Dr. med. Antonius Schneider, Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München.
- Dr. med. Nina Sauer, Klinik für Psychosomatik der Henriettenstiftung, Diakonische Dienste Hannover.
- Dr. med. Bernhard Arnold, Abteilung für Schmerztherapie, Klinikum Dachau.

Die meisten dieser Kommentare konnten noch in der aktuellen Fassung der Leitlinie berücksichtigt werden (siehe Tabelle 1.13 unter 1.4.4.), die übrigen werden in die Arbeiten an der ersten Aktualisierung einfließen. Vor der Einreichung bei der AWMF wurde die Leitlinie darüber hinaus für sechs Wochen im Internet ([www.funktionell.net](http://www.funktionell.net)) öffentlich zugänglich und kommentierbar gemacht.

### 4.3. Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen

Zwischen Januar und März 2012 wurde die Leitlinie durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften bzw. Organisationen verabschiedet. Alle Fachgesellschaften stimmten der Leitlinie zu, einige steuerten noch Anregungen bei, die soweit möglich ebenfalls noch in dieser Fassung aufgegriffen wurden (siehe Tabelle 1.13 unter 1.4.4.).

Darüberhinaus wurde die Leitlinie der Deutschen Interziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) zur Kommentierung vorgelegt, die ihren Mitgliedsgesellschaften (wenn sie nicht ohnehin eigene Mandatsträger entsandt hatten) die Zustimmung empfahl. Inbesondere die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS), die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), und die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) stimmten der Leitlinie ausdrücklich zu.

### 4.4. Kommentare der Fachgesellschaften, der Gutachter und der interessierten Öffentlichkeit und damit verbundene Änderungen

Tabelle 1.13: Kommentare der Fachgesellschaften, der Gutachter und der interessierten Öffentlichkeit und damit verbundene Änderungen

FG	Korrespondent, Mandats-träger	Votum	Anmerkungen	Antwort
DGRh	Genth. Eich	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGGG	Kramarz, Kreienberg, Siedentopf	Zustimmung	In der Vorbemerkung sollte die Patientenzielgruppe eingegrenzt werden, nicht zuletzt im Sinne einer forensischen Absicherung.	Vorbemerkung modifiziert
DEGAM	Scherer, Herrmann	Zustimmung	Zustimmung der LL-Kommission der DEGAM - insbesondere wegen der Verwendung des gesamten Titels. Bestätigung des Begriffs "nicht-spezifische" Körperbeschwerden durch Mehrheitsbeschluss, als deutliches Signal gegen „Medikalisierung“.  Anregung: Praxistest im hausärztlichen Setting wäre wünschenswert zur Untersuchung der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Empfehlungen unter realen Praxisbedingungen	Begriffsklärung „nicht-spezifisch“ modifiziert, Titel belassen  Praxistest im Anschluss angestrebt
DGSMP	Mittelstaedt, Deetjen	Zustimmung	Keine	Entfällt
GHUP	Herr	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGCH	Bauer, Schiltewolf	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGPM	Senf, Henningsen	Zustimmung	Neue Literatur zum Begriff "funktionell": Kanaan et al., 2012	Ergänzt
DKPM	Beutel, Henningsen	Zustimmung	Keine	Entfällt



S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001): Leitlinienreport

DGPPN	Gaebel, Arolt	Zustimmung bei Berücksichtigung der Kommentare	Der Titel der Leitlinie ist im Hinblick auf den Einschub „nicht-spezifischen“ unglücklich, zumal in der Kurzfassung die Abgrenzung zu „spezifischen“ Störungen nicht erfolgt.	Begriffsdiskussion ging letztlich zugunsten des Begriffs „nicht-spezifisch“ aus; Hintergrundkommentar ergänzt
			Farbgebungen im Text und Umrandungen nicht durchgehend systematisch.	Harmonisierung wurde vorgenommen

FG	Korrespondent, Mandats-träger	Votum	Anmerkungen	Antwort
Fortsetzung DGPPN:			<p>- Im Statement 113 fehlt der Hinweis auf das Abhängigkeitsrisiko dieser Substanzen.</p> <p>- Die Empfehlung 115b ist in Zeiten knapper Kassen und insbesondere zu Lasten der Krankenkassen enttäuschend.</p> <p>- Die Empfehlung 131 - Indikation zur stationären Behandlung - zu weit gefasst: Fehlende Unterscheidung zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation, sowie zwischen teilstationärer (tagesklinischer) und vollstationärer Behandlung. Genannte Indikationen rechtfertigen häufig teilstationäre, aber keine vollstationäre Krankenhausbehandlung, zB auch für Suizidalität. Bitte um Klarstellung, dass die Empfehlung sich auf Krankenhausbehandlung bezieht, und dass sie zwischen Indikationen für teilstationäre tagesklinische und für vollstationäre Behandlung unterscheiden. Letztere nur in wenigen Ausnahmesituationen notwendig.</p>	<p>Hinweis auch in 113 ergänzt</p> <p>Begründung expliziert</p> <p>Empf. 131 modifiziert</p>
DGN	Thiekötter, Dieterich	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGAKI	Wedi, Gieler	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGAUM	Nowak	Zustimmung	Keine	Entfällt
DDG	Stadler, Gieler	Zustimmung	Angaben zur COIs und Finanzierung in Methodenreport	Siehe Methodenreport
DAG SHG	Geene, Matzat	Zustimmung	Selbsthilfegruppe: Studie von Robinson et al. 2006: In deren RCT wurde nur eine einzige Sitzung einer „self-help group“ untersucht. Text: Robinson et al., 2007, Hungin et al., 2007 Literaturverzeichnis: 2006	Hintergrund-Kommentar entsprechend geändert, Zitate korrigiert
DGPT	Rothe-Kirchberger	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGMP	Hannich, Glaesmer	Zustimmung	Neue Fassung Giessener Beschwerdebogen. Neue Literatur	Test: im Hintergrundkommentar korrigiert Literatur, falls erschienen, im Hintergrundkommentar ergänzt
DGU	Gschwend, Rösing	Zustimmung	Keine	Entfällt
DPV	Teising, Schultze-Venrath	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGIM	Mönnikes	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGVS	Mönnikes	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGK	Papoutsis, Ladwig	Zustimmung	Keine	Entfällt
DGVM	Lepow, Rief	Zustimmung	"Die aktive Gestaltung einer stabilen Beziehung ist die wichtigste, oft die einzig nötige Therapie!". Vorsicht: Viele Pat. haben stabile Beziehungen (zu Laien), und Ihnen ist trotzdem nicht geholfen. Andere haben stabile Beziehungen zu ihren Ärzten, und es wäre aber besser, sie würden mal Selbstinitiative entwickeln. In dieser Form zu absolut und zu undifferenziert formuliert.	In den Hintergrundkommentar verschoben und modifiziert, in der KTV gestrichen

FG	Korrespondent, Mandats-träger	Votum	Anmerkungen	Antwort
DGKJ	Noleppa (Geschäftsführung), Mönkemöller	Vorbehaltliche Zustimmung	Belange der Kinder- und Jugendmedizin nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Bitte Hinweis einfügen, dass für die spezifische Situation bei Kindern und Jugendlichen eine separate Leitlinie zu erstellen ist.	In der Vorbemerkung sowie im Hintergrundkommentar zu Statement 13a und 13b ergänzt
DGHNO	Bootz, Marek	Zustimmung	"Psychogene Hörstörung", ICD 10 F 44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, ist bereits in der diskutierten Fassung aufgeführt. M. E. wird der funktionelle Aspekt eines plötzlichen Hörverlustes damit angemessen berücksichtigt. Vorsicht vor Verwechslung oder pauschale Gleichsetzung eines akuten Hörverlustes mit der psychogenen Hörstörung. Der "Hörsturz" ist keine dissoziative Empfindungsstörung Hinweis zum "Tinnitus" ist gut: siehe auch aktuelle Leitlinie der HNO-Fachgesellschaft. Bitte auf den Text der "Leitlinie Tinnitus" der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie verweisen	In der Liste der Symptome und Syndrome ergänzt und erläutert, Tinnitus-LL in der Übersicht der verwandten LL ergänzt, Passus daraus übernommen
DGOOC	Niethard, Schiltenswolf	Zustimmung	Die LL hat in der "Kurzversion" 71 Seiten, in der Langversion 224 Seiten; nach unserem Verständnis einer LL sollte diese KURZ und evidenzbasiert praktische Handlungsempfehlungen geben; bei der Länge dieser LL erscheint dies schwer möglich.	Kurzversion umbenannt; zusätzlich wirklich kurze Versionen (Schlüsselempfehlungen; Praxistipps) erstellt
			- Die LL besteht aus 147 Empfehlungen, die dem Orthopäden zwar größtenteils plausibel erscheinen, eine wissenschaftliche Evidenz ist aufgrund der aktuellen Literatur allerdings schwer möglich; die allermeisten Empfehlungen beruhen auf Konsensbildung innerhalb der Entwicklergruppe (S2K?).	AWMF-Entscheidung, da nicht der Grad der gefundenen Evidenz, sondern die Methodik bei Suche, Erstellung und Konsensfindung ausschlaggebend sind
			Die LL schreibt bei Vorliegen der in der LL beschriebenen Beschwerden neben der haus- und fachärztlichen Therapie eine multimodale Therapie mit Psychotherapie bzw. eine psychosoziale Betreuung etc. vor; dies können Patienten/die Laienöffentlichkeit zur Rechtfertigung einer Inanspruchnahme dieser teuren/komplexen Therapien nutzen, die behandelnden Ärzte in Zugzwang bringen; Erfahrungen mit der Klinik für Manuelle Therapie zeigen die wiederholte/inadäquate Inanspruchnahme der multimodalen (teuren) Therapiemöglichkeiten bei jedweden geklagten diffusen Beschwerden. Zusammenfassend erscheint die LL plausibel, für praktische Zwecke recht lang, bei der Komplexität der "Krankheitsbildes" an vielen Stellen sehr allgemein gefasst und mit dem Risiko der Instrumentalisierung durch Patienten.	Die Leitlinie empfiehlt die Erwägung multimodaler Behandlung genau dann, wenn die Kriterien eines schwereren Verlaufs erfüllt sind und weist auf Einschränkungen ihrer Verfügbarkeit hin
DGPFG	Siedentopf	Zustimmung	Ergänzung der Diagnose chronischer Fluor bei den Gynäkologischen Beschwerden, am besten bei „chronischer Pruritus“	Ergänzt
DGZMK	Schütte,	Zustimmung	Keine	Entfällt

	Weber; Wolowski			
DIVS	Laubenthal, Schiltenswolf	Keine eigene FG, empfiehlt aber Mitglieds- gesell- schaften die Zustimmung	Keine	Entfällt
-	DGSS	Zustimmung	Keine	Entfällt
-	DGPSF	Zustimmung	Keine	Entfällt
-	DMKG	Zustimmung	Keine	Entfällt

Kommentare der externen Gutachter und der Vertretung der AWMF (Anmerkungen teilweise redaktionell modifiziert)

Gutachter	Anmerkungen	Antwort
Nina Sauer	Kitteltaschenversion: bitte die Begriffe erwähnen, die auch benutzt werden sollen Bei klin. Bild, DD Hypochondrie -schwer für Anfänger, ggf. Angst vor Krankheitsbilder vs. Symptome Text knapper fassen, nur die Stichworte	Steht an anderer Stelle drin; Hypochondrie erläutert
	Indikationen für teilstationäre Therapie: es fehlt der Schweregrad der PSM-Erkrankung, Suizidalität und Selbst- und Fremdgefährdung sind Indikationen für die stationäre Therapie in der Psychiatrie, nicht PSM	So belassen, da ja keine explizit psychosomatische LL, sondern für alle Fächer
	in der Literaturstelle Henningsen et al. 2002 Leitlinien und Quellentexte: Autorenname falsch geschrieben.	Überall korrigiert
	Ich bin ein paarmal über die Staffelung psychosomatisch/ psychiatrisch/ psycholog. Anamnese/Befunderhebung etc. gefallen, nur psychosomatisch fände ich besser.	So belassen, da keine explizit psychosom. LL., sondern für alle Fächer
	Layout zum Teil uneinheitlich. Inhalt sehr gut.	Überarbeitung ist erfolgt
Antonius Schneider	1.) Die Leitlinie ist äußerst umfangreich, auch die Kurzfassung ist noch zu lang	Siehe auch DGOOC
	2.) Es wird wiederholt auf die notwendige Dokumentation mit ICPC verwiesen. Diese Kodierung ist jedoch nur im Rahmen des ICPC-Projekts in Heidelberg möglich.	Modifiziert
	3.) Den Begriff „Gynäkologe als Hausarzt der Frau“ ist problematisch. Die Frauen gehen in der Regel nach der Menopause nicht mehr zum Gynäkologen sondern zum Hausarzt. Darüber hinaus haben Gynäkologen in der Regel keine „somatischen Kenntnisse“ über ihr Fach hinaus.	Belassen aufgrund der Argumentation der DDG/ DGPFPG. Viele (jüngere) Frauen gehen tatsächlich nur zur Gynäkologin ihres Vertrauens und haben gar keinen Hausarzt. Hinweis aber ergänzt
	4.) Es wird nicht ganz klar, nach welcher Logik Empfehlungsgrade / Evidenzgrade abgegeben werden	Je nachdem, ob es sich um ein Statement o. e. Empfehlung bzw. einen KKP handelt.
	5.) Was heißt eigentlich KKP?	KKP erläutert (s.u.)
	6.) Wichtig: multimodales Konzept und Hinweis auf eingeschränkte Verfügbarkeit auf dem Lande (Empfehlung 109).	Ok, siehe auch DGOOC.
	7.) Nicht-spezifisch“ als Leitlinienbegriff problematisch. Zitat Schäfer 2010 aus dem Berichtsband CONTENT (dem „ICPC-Projekt“ von Szecsenyi): dort aber weder	Siehe auch DGPPN, DEGAM

	<p>ein Verweis auf den Begriff noch Überlegungen zu einer adäquateren Begrifflichkeit.                  Darüber hinaus kommt in dem ganzen Berichtsband das Wort nicht-spezifisch nicht vor. Andere generische Begriffe: MUS, functional syndrome, somatoform syndrome / disorder)                  Der Begriff impliziert ja, dass es durchaus auch (sehr) spezifische Beschwerden gäbe – aber das trifft ja in der Hausarztpraxis ja gerade nicht zu. In der Praxis ist am Anfang jedes Symptom nicht-spezifisch – sind „nicht-spezifische“ Beschwerden spezifisch für funktionelle/somatoforme/psychosomatische Erkrankungen? Das führt dann komplett zur Verwirrung.                  Überlegungen von Robert Braun zum Thema „Diagnostische Unschärfe in der Hausarztpraxis“ gemacht. Er hat formuliert, dass nur in der Minderheit der Fälle eine echte „scharfe“ Diagnose gestellt werden kann. Die unterschiedlichen „Schärfegrade“ wurden dann mit den Kategorien A, B, C, D benannt (Abbildung)</p> <p>Relevanz des zeitlichen Verlaufs des diagnostischen Prozesses: „nicht-spezifisch“ sind die Beschwerden am Anfang des diagnostischen Prozesses (erstmal ist auch mir als Behandler unklar, ob die Beschwerden somatisch oder psychisch begründbar sind). Funktionell / somatoform sind die Beschwerden am Ende des diagnostischen Prozesses?                  Letztlich geht es in der Leitlinie ja darum, wie man mit Patienten umgeht, bei denen keine somatische Ursache für die körperlichen Beschwerden gefunden wurde (Ende der diagnostischen Kette).</p>	<p>Zitat modifiziert, Empfehlung zur ICPC-Benutzung modifiziert</p> <p>Sehr vereinzelt findet man „non-specific chest pain“, „non-specific back pain“.</p> <p>Begriffsdiskussion läuft weiter und ist spätestens für die erste Aktualisierung, die auch nach die Veröffentlichung des DSM-V fällt, wichtig.</p> <p>Hintergrundkommentar zu Statement 5 stark modifiziert, Abb. übernommen</p> <p>Nicht ganz korrekt, es soll nicht erst am Ende der diagnostischen Kette angesetzt werden, siehe Überarbeitung des Hintergrundkommentars zum Begriff „nicht-spezifisch“.</p>
	<p>8.) Shared Decision Making: Studien in der Tertiärversorgung im hochspezialisierten Umfeld – Frage der Generalisierbarkeit? Die Partizipationspräferenz variiert ja auch entsprechend Alter und Bildungsgrad. Vermutlich muss die Interaktionsart (SDM / Paternalistisch / Autonom) an die individuellen Patienten angepasst werden (Schneider et al., Pat Educ Couns 2006; Kiesler und Auerbach, Pat Educ Couns 2006)</p>	<p>Hintergrundtext überarbeitet und Literatur berücksichtigt</p>
	<p>9.) Zitat zu Patientenedukation bezieht sich auf Fibromyalgie. Passt nicht zum Monotherapie Rückenschulung bei Rückenschmerzen.</p>	<p>Zitat berichtigt</p>
	<p>10.) Fachgebundene vs. Fach-Psychotherapie: Vielleicht sollte hier der Unterschied für den nicht vertrauten Leser kurz erklärt werden: Verständnis- Vereinfachung</p>	<p>Text wurde in diesem Sinne ergänzt</p>
	<p>11.) Kommentar Empfehlung 110: Ergebnisse aus Studie aus Tertiärversorgung werden einfach so in die Primärversorgung übertragen. Studie wäre notwendig, ob dies für die eher milden Störungen in der Hausarztpraxis auch zutrifft.</p>	<p>Text geändert und auf Transfer hingewiesen</p>
<p><b>Gutachter</b></p>	<p><b>Anmerkungen</b></p>	<p><b>Antwort</b></p>
<p>Bernhard Arnold</p>	<p>Bedauerlich, dass die Schmerztherapeuten an der LL- Entwicklung nicht beteiligt waren: hoher Anteil der von Schmerztherapeuten betreuten Patienten unter funktionellen oder somatoformen Störungen leidet, entweder als komorbide Störung oder als führendes Problem.</p> <p>Leitlinie ist notwendig, auch wenn sie an vielen Stellen eigentlich Selbstverständlichkeiten aufführt. Insbesondere die Entwicklung der Kosten- und Vergütungsstrukturen des Gesundheitssystems haben dazu geführt, dass schematisierte Versorgungsabläufe ein patientenbezogenes Vorgehen mit individuellem Bezug ersetzt haben. Ein Eingehen auf die im Einzelfall bestehende vielschichtige Problematik wird ersetzt durch die Verengung des Blickwinkels auf rein somatische Aspekte.</p> <p>Formulierte Zielsetzung der Leitlinie abweichend von dem vielversprechenden Titel. Wichtigste Punkte der LL:                  1. Notwendige Einstellung und Verhaltensweise des Behandlers; 2. Notwendige Praxisorganisation; 3. Notwendigkeit kooperativer Strukturen; 4. Grundsätzliches zur klinischen Vorgehensweise; 5. Kriterien zur Erkennung schwererer Verläufe; 6. Therapie</p>	<p>DIVS-Beteiligung erläutert, ein externer GA bewusst Schmerztherapeut</p> <p>Statement 1 dahingehend etwas präzisiert</p>

	<p>Lediglich Punkt 5 findet sich eindeutig in den Zielen wieder, ansonsten geht es in den Zielen um:                  - praxisrelevante diagnostische und therapeutische Empfehlungen; - die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung in Diagnostik und Behandlung, - die Verbesserung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit betroffener Patienten.</p> <p>Erster Punkt ausdrücklich nicht Inhalt der Leitlinie (Statement 3b), andere Ziele zu allgemein. Präzisierung der Ziele wäre also wünschenswert.</p> <p>Inhaltlich ist an der LL nichts auszusetzen: alle wesentlichen Aspekte wurden umfassend und genau beleuchtet, wobei wie gesagt viele Empfehlungen zunächst als selbstverständlich erscheinen. Die Praxistips zeigen, wie durch geringfügiges Abändern von Verhaltensweisen und Kommunikation der Behandlungsablauf optimiert werden kann.</p> <p>Andererseits sind die Anforderungen insbesondere an die Erstversorger sehr umfangreich gehalten und können in diesem Ausmaß nur selten in den Praxisbetrieb integriert werden.</p>	
	<p>Möglicherweise günstiger: ein stärker abgestuftes Vorgehen, z.B. mit erster orientierender Einordnung durch den Erstversorger und anschließender Definition von Schnittstellen zu weiteren Versorgern</p> <p>Die Hausarztbene ist zwar vor allem mit der Thematik befasst, jedoch sicher nicht alleine angesprochen. Zwischen Erstversorgung und Langzeitbetreuung wird nicht unterschieden, wohl weil eine Vielzahl der Statements für beide Bereiche gelten. Differenzierung möglicherweise günstiger, wegen unterschiedlicher Ziele in Langzeitbetreuung vs. Erstbetreuung.</p>	<p>Wichtige Anregung für erste Aktualisierung</p>
	<p>Lesen der LL stellenweise erschwert durch Druck- und Satzbaufehlern, oder fehlende Satzteile. Bitte um gründliche Korrekturarbeit</p>	<p>Text wurde zur Gänze überarbeitet</p>
	<p>Bitte um Erläuterung der Kürzel KKP und CBT: ein Leser ohne Erfahrung in der LL - Arbeit weiß nicht unbedingt, wie ein Klinischer Konsenspunkt zustande kommt.</p>	<p>Ergänzt</p>
	<p>Korrektur bedarf auch das nicht schlüssige Statement 80: der Bezug wechselt innerhalb der Aussage von Somatischen Erkrankungen zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.</p>	<p>Modifiziert</p>
	<p>Auch wird die Trennung zwischen Statement-Aussagen/Empfehlungen und den dazugehörigen Erklärungen nicht konsequent beibehalten (z.B. Statement 127, Empfehlung 129a).</p>	<p>Grenzfall, 127 ist aber tatsächlich eher Statement, 129a eine klare Empfehlung. 127 leicht modifiziert, um das klarer zu machen.</p>
	<p>Klargestellt werden sollte auch, ob der Therapiealgorithmus eine zeitliche Abstufung oder eine Stufung nach Schweregrad darstellt.</p>	<p>Beides! Algor. klarifiziert.</p>

Kommentar von		Anmerkungen	Antwort
AWMF	Kopp	<p>Methodenbericht:                      Evidenzgrade: Studienbewertung muss dargestellt werden (z.B. Cochrane Risk of Bias tool für RCT)                      Online-Kommentierung: Anonymisierung ist kein DELBI-Kriterium.                      Änderungsvorschlag: „Das Verfahren war anonymisiert, das heisst, die Teilnehmer konnten nur Ihre eigenen Stellungnahmen einsehen“.</p>	<p>Beschreibung des Ratings der Studienqualität ergänzt                      Anonymisierung korrigiert</p>
		<p>Aussage zu Empfehlungsstärken:                      "Daneben berücksichtigt die Vergabe der Empfehlungsstärken aber auch ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz, ...."                      Bitte ergänzen: ...klinische Relevanz der Studienendpunkte und der Effektstärken,...</p>	<p>Ergänzung vorgenommen</p>
		<p>Aussage zu QI:                      "Um zu evaluieren, inwieweit die Leitlinie ihre Ziele (siehe 1.2.) erreicht, sind folgende Maßnahmen mit der Erhebung der angegebenen Qualitätsindikatoren geplant:"                      Sind denn Qualitätsindikatoren formuliert worden, wenn ja wie?</p>	<p>Streichung vorgenommen</p>

		<p>Ansonsten bitte streichen: "mit der Erhebung der angegebenen Qualitätsindikatoren". Die Massnahmen zur Erhebung sind ja in den Spiegelstrichen benannt und beziehen sich auf die zitierten Qualitätsziele; das wäre also ok..</p>	
		<p>Aussagen zur externen Begutachtung und zu Kommentierungen, die bei Patientenorganisationen erbeten wurden: Hier sollte kurz ergänzt werden, wie mit den Kommentaren umgegangen und wie den Kommentierenden Rückmeldung dazu gegeben wurde</p>	<p>Ergänzung vorgenommen</p>
Patienten via Webseite	SHG Lyme Borreliose Frickenhausen	<p>Befürchtung einer Ausgrenzung zu "schwierigen Patienten"</p> <p>Warnung vor Suizidgefahr bei unerträglichen Schmerzen, die nicht mit adäquater Schmerztherapie behandelt wurden.</p>	<p>Die LL will ausdrücklich einer Wahrnehmung von Betroffenen als „schwierig“ entgegenwirken und ein Ernstnehmen unterstützen, auch durch Beachtung der Suizidgefahr und durch Vermittlung einer adäquaten Schmerztherapie. Hinweis ergänzt</p>
		<p>Verweis auf geplante S3-LL „Borreliose“.</p>	<p>Ein Verweis auf die neu geplante S3-LL „Borreliose“ wurde ergänzt.</p>
	Zwei Betroffene	<p>Mehrere Anregungen für weitere mögliche ICD-10-Kodierungen funktioneller Beschwerden und Syndrome</p>	<p>Mögliche ICD-10-Verschlüsselung der Multiplen Chemikaliensensitivität als T 78.4 im Kommentar zu Empf. 90 ergänzt; die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit</p>
Eine Betroffene	<p>Kritik an fehlender Empfehlung von Vermeidungs- und Entgiftungsmaßnahmen</p>	<p>Die wissenschaftliche Literatur deutet an, dass Vermeidungs- und Entgiftungsmaßnahmen zumindest langfristig mehr schaden als nutzen</p>	

## **5. Finanzierung und redaktionelle Unabhängigkeit**

### **5.1. Finanzierung der Leitlinie**

Die Finanzierung der Leitlinie erfolgte durch das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, die 5000,- Euro für die gesamte Entwicklung der Leitlinie zur Verfügung stellte und zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin auch die federführende Herausgeberschaft der Leitlinie übernahm. Dieser Etat wurde ausschließlich für die Organisation der Konsensuskonferenzen (v.a. Reisekostenübernahme für einzelne Teilnehmer, deren Auslagen nicht von den entsendenden Fachgesellschaften oder Verbänden bezahlt wurden) und für die Bezahlung einer studentischen Hilfskraft für Textverarbeitung und Dateneingabe verwendet. Die inhaltliche Arbeit an der Leitlinie leisteten die Mitglieder der Leitliniengruppe ehrenamtlich (eine Vergütung hierfür erfolgte nicht), oder waren teilweise auch von ihren jeweiligen Arbeitgebern freigestellt worden.

Eine Annahme von finanzieller Unterstützung von anderer Seite, etwa aus der Pharmaindustrie, erfolgte bewusst *nicht*.

### **5.2. Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten**

Um unabhängige, sachlich richtige Leitlinien für die medizinische Versorgung entwickeln zu können, sind nicht nur ein hohes Fachwissen, sondern auch eine strikte Vermeidung kommerzieller Abhängigkeiten, die die Statements und Empfehlungen beeinflussen können, von Nöten. Auch für die Qualitätsbeurteilung und Glaubwürdigkeit der Leitlinie und der Leitliniengruppe in der Öffentlichkeit ist es erforderlich, dass alle stimmberechtigten Mandatsträger, Autoren und Mitglieder der Steuerungsgruppe mögliche Interessenskonflikte offenlegen. Deshalb füllten alle Mandatsträger das AWMF-Formblatt für die Erklärung über finanzielle und sonstige Verbindungen mit kommerziellen Organisationen und möglicherweise an den Leitlinieninhalten interessierten Dritten sowie mögliche Interessenkonflikte aus. Potentielle Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinienentwicklungsgruppe wurden mittels spezieller Formulare dokumentiert. Sie sind in Tabelle 1.14 aufgelistet.



S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001): Leitlinienreport

Tabelle 1.14: Finanzielle und sonstige Verbindungen bzw. Interessenkonflikte der Teilnehmer der Leitlinienerstellung mit möglicherweise an den Leitlinieninhalten interessierten Dritten (nach den Richtlinien der AWMF)

		Peter Henningsen (DKPM, DGPM)	Volker Arolt (DGPPN)	Gerd Rudolf (DGPT)	Ulrich Schultz- Venrath (DPV)	Heide Glaesmer (DGMP)	Winfried Rief (DGVM)	Alexandra Martin (DGPS)	Markus Herrmann (DEGAM)
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	JA wiss. Beirat Astra Zeneca; Lilly; Wyeth, Servier, Pfizer	NEIN	NEIN	NEIN	JA Beratung zu Assessment und Compliance bei Astra Zeneca, Heel, Berlin Chemie	NEIN	NEIN
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	JA Astra Zeneca; Lundbeck, Janssen Cilag	NEIN	JA Vortragstätigkeiten	NEIN	JA, Schön-Kliniken	NEIN	NEIN
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	JA: DKPM DGPM MV bei KK	JA DGPPN, DKPM; DGBP	JA DGPT, DKPM	JA DGPM, Analytische Gruppenpsycho- therapie	JA DGPs; DGMP	JA DGVM; DGPs; IASP, APS	Ja DGPs; DGVM	JA DEGAM;DKPM; DPG; DGSMP
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA Psychodynamische und Humanistische Psychotherapie
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München	Universitätsklinikum Münster; Albert Schweizer Campus 1; D48149 Münster	Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Thibautstrasse 2 69115 Heidelberg	Evangelisches Krankenhaus, Ferrenbergstr. 24; 51465 Bergisch Gladbach	Universität Leipzig; Philipp-Rosenthal-Straße 55 D-04103 Leipzig	Philipps-Universität Marburg Gutenbergstraße 18; 35037 Marburg	Univ.Klinikum Erlangen, Psychosomatische Abteilung, Schabachanlage 6; 91054 Erlangen	Univ. Magdeburg; Institut für Allg.-Medizin; Leipziger Str. 44; 39120 Magdeburg
	Konflikt?	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN

\* Mandatsvertretungen MV; Mandatsträger MT; Konsensuskonferenzen KK; FA Facharzt; VT Verhaltenstherapie

S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001): Leitlinienreport

		Marcus Schiltenswolf (DGCH, DGOOC)	Hubert Mönnikes (DGIM, DGVS)	Marianne Dieterich (DGN)	Friederike Siedentopf (DGGG; DGPFPG)	Dirk Rösing (DGU)	Kirsten Mönkemöller (DGKJ)	Caroline Herr (GHUP)	Dennis Novak (DGAUM)	Astrid Marek (DGHNO)
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	JA Vorträge für Shire, Novartis, MSD	NEIN	JA Vorträge Glaxo-Smith-Kline; Roche	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA Berufsverband HNO Bigest Bildungs institut Bochum
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	JA DGOOC; DGOU	JA MT DGVS; DGIM	JA DGN DGKN	JA DGPFPG DGGV	JA DGU	JA DGKJ Mitwirkung Leitlinie „juvenile Fibromyalgie“	JA GHUP	JA; MT DGAUM; DGP	JA DGHNO LL funkt. Störungen; LL Tumornachsorge HNO
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	NEIN	Nein	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Universitätsklinikum Heidelberg; Schlierbacher Landstr. 200 A 69118 Heidelberg	Martin Luther Krankenhaus Berlin Klinik für Innere Medizin; Casper-Theyß-Str. 27-31 14193 Berlin	Ludwig-Maximilian-Universität; Neurologische Klinik und Poliklinik; Marchioninstr. 15; 80377 München	Martin Luther Krankenhaus Berlin Klinik für Innere Medizin; Casper-Theyß-Str. 27-31 14193 Berlin	Klinik und Poliklinik für Urologie Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Fleischmannstr. 42 - 44 17475 Greifswald	Kinderkrankenhaus der Stadt Köln gGmbH Amsterdamerstraße 59; 50 735 Köln	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit München Pfarrstr. 3 Caroline.Herr @igl.bayern.de	Ludwig-Maximilian-Universität; Klinikum der Universität; Ziemssenstr. 1; 80336 München	Univ.HNO-Klinik, Abt. Psychosomatik Bleichstr. 15 44787 Bochum a.marek@klinikum-bochum.de
	Konflikt?	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN

\* Mandatsvertretungen MV; Mandatsträger MT; Konsensuskonferenzen KK; FA Facharzt; VT Verhaltenstherapie





S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001): Leitlinienreport

	Steuerkreismitglieder/Autoren; nicht an Abstimmung beteiligt:	Winfried Häuser	Heribert Sattel	Rainer Schäfer
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	NEIN	NEIN
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Janssen –CILAG und Falk Foundation Vortragshonorar nicht produktgebunden	NEIN	NEIN
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	NEIN	NEIN	NEIN
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	NEIN	NEIN	NEIN
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	NEIN	NEIN	NEIN
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	NEIN	NEIN	NEIN
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Koordinator S3-Leitlinie FMS; Mitarbeit Reizdarmsyndrom, chron. Unterbauchschmerz; DGIM; DGVS; DGPM; DKPM	JA DKPM	NEIN
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Ja; Lehrtherapeut systemischer Therapie; Dozent für autogenes Training und Hypnose (DGÄHAT)	NEIN	NEIN
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Klinikum Saarbrücken; Schwerpunkt Psychosomatik, Postfach 102629 66026 Saarbrücken	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München	Universitätsklinikum Heidelberg; Im Neuenheimer Feld 410; 69120 Heidelberg
	Konflikt?	NEIN	NEIN	NEIN

## 6. Verbreitung und Implementierung

### 6.1. Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Folgende Strategie ist für eine einfache Zugänglichkeit und weite Verbreitung der Leitlinie geplant: Alle bislang fertiggestellten Komponenten der Leitlinie (Kurzversion, Langversion, Kitteltaschenversion, Leitlinienreport) werden auf den Internetseiten der AWMF (<http://www.leitlinien.net>) einsehbar sein. Eine umfassende wissenschaftliche Version der Leitlinie wird in einer relevanten Zeitschrift veröffentlicht werden; darüber hinaus werden die für das jeweilige Fachgebiet relevanten Kernaussagen der Leitlinie in den Zeitschriften „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“, „Psychotherapeut“, „Nervenarzt“, „Orthopäde“ und „Zeitschrift für Rheumatologie“ sowie im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung eines englischen Artikels mit den wesentlichen Inhalten der Leitlinie ist in der Open Access Zeitschrift der AWMF „German Medical Science“ vorgesehen. Eine Präsentation der Ergebnisse der Leitlinie auf den Kongressen der teilnehmenden Fachgesellschaften ist geplant. Die Präsentation der Empfehlungen der Leitlinie bei der Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (März 2012) als Hauptsymposium wurde bereits zugesagt, ebenso bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Februar 2012). Darüberhinaus wird die Leitliniengruppe die Vorstellung der Leitlinie auf regionalen Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln organisieren.

Die Praxistauglichkeit der Leitlinie wird durch die DEGAM in Praxen niedergelassener Ärzte überprüft werden.

### 6.2. Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Neben der anwenderfreundlich gestalteten Aufbereitung des Leitlinientexts selbst wurden weitere Materialien erstellt, die die Anwendung der Leitlinie erleichtern sollen. Teilweise sind sie in die Leitlinie integriert, teilweise stellen sie zusätzliches Material dar.

- Sowohl das diagnostische als auch das therapeutische Vorgehen wurden in übersichtlichen Flussdiagrammen (**Algorithmen**) graphisch zusammengefasst. Sie sollen den Ablauf medizinischer Entscheidungsprozesse systematisch und schnell nachvollziehbar machen.
- Mehrere **Tabellen und Abbildungen** stellen zusätzliche graphische Elemente des Leitlinientextes dar, die komplexere Informationen übersichtlich zusammenfassen.
- Den einzelnen Kapiteln nachgeordnete **Praxistipps** geben konkrete, beispielhafte Handlungs- und Formulierungshilfen zur Umsetzung der Empfehlungen.
- Eine graphisch besonders aufwändige gestaltete **Kitteltaschenversion** (oder auch: Schreibtischversion) der Leitlinie soll eine möglichst übersichtliche, griffbereite Schnellreferenz für den Alltag darstellen.
- Eine eigene **Website** ([www.funktionell.net](http://www.funktionell.net)) ist für den Abruf der Leitlinie und Hintergrundinformationen sowie für Anregungen durch Anwender über das Internet geplant.
- Eine **Patientenversion** der Leitlinie soll im Laufe des Jahres 2012 von der DAG SHG, der BAG Selbsthilfe, dem DKPM und der DGPM unter Orientierung an den Patientenleitlinien anderer relevanter deutscher Leitlinien erstellt.

### **6.3. Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen**

Um die Disseminierung und Implementierung zu erleichtern, wurde bereits bei der Erstellung dieser Leitlinie darauf geachtet, dass den beteiligten Fachgesellschaften möglichst wenig Aufwand entstand bzw. weiterhin entsteht. Auch die Leitlinienempfehlungen wurden so formuliert, dass ihre Umsetzung in den Fachgesellschaften, in den verschiedenen Versorgungsebenen und auch in gesundheitspolitischer Hinsicht weder organisatorische noch finanzielle Unmöglichkeiten verlangt. Die Leitlinie macht aber klar, dass die derzeitige Versorgungssituation von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden noch sehr unbefriedigend ist und eine Reihe grundsätzlicher Veränderungen notwendig sind (siehe ausführlich: Statements und Empfehlungen 16 bis 24). Insgesamt ist jedoch zu erwarten, dass durch die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen die Ressourcenallokation im Gesundheitssystem störungsadäquater und kosteneffektiver gesteuert werden kann. 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.

Bei der Anwendung der diagnostischen und therapeutischen Algorithmen ist auch für Patienten eine Verminderung von organisatorischen und finanziellen Barrieren wahrscheinlich. Zu erwarten ist eine Reduktion von Kosten für überflüssige und unangemessene Diagnostik und Behandlung. Durch die Anwendung des „gestuften, kooperativen und koordinierten Versorgungsmodells“ wird das therapeutische Verhältnis nachhaltig strukturiert und verbessert.

### **6.4. Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren**

Um zu evaluieren, inwieweit die Leitlinie ihre Ziele (siehe 1.2.) erreicht, sind folgende Maßnahmen geplant:

- a. Analyse der Daten der Barmer Ersatzkasse, ob sich die Häufigkeit entsprechender Diagnosekategorien (v.a. ICD-10 F45 sowie die verschiedenen funktionellen Syndrome) und sowohl leitlinienkonformer als auch nicht-leitlinienkonformer Verschreibungen und die Anzahl und Dauern von Krankschreibungen nach der Publikation der Leitlinie verändern.
- b. Eine Befragung von Patienten und Behandlern hinsichtlich ihrer Behandlungszufriedenheit über die Website der Leitlinie, Kontakte mit den verschiedenen Patientenorganisationen und klinische Einrichtungen.
- c. Sowohl über die Website der Leitlinie als auch im direkten Kontakt mit lokalen Qualitätszirkeln und klinischen Einrichtungen sollen von der Leitlinie nicht bearbeitete Bereiche sowie wahrgenommene Barrieren diskutiert und gemeinsame Strategien für eine bessere Leitlinienimplementierung entwickelt werden.
- d. Ein Praxistest der Leitlinie über DEGAM-Netzwerke.

## 7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierung

Die letzte inhaltliche Überarbeitung der Leitlinie erfolgte nach den Beschlüssen der drei Konsensuskonferenzen im Mai, Juli und September 2011 im Dezember 2011 und noch einmal anhand der Rückmeldung aus den Fachgesellschaften und Verbänden, von den externen Reviewern und den Besuchern der Website im März 2012. Die Leitlinie ist bis März 2017 gültig. Zu diesem Zeitpunkt ist eine vollständige Revision vorgesehen. Zwischenzeitliche Erkenntnisse, die eine Aktualisierung einzelner Abschnitte oder Empfehlungen erforderlich machen können, werden von der Leitliniengruppe beobachtet. Entsprechende Hinweise seitens der Adressaten der Leitlinie sind ausdrücklich erwünscht, sie können an die Mitglieder der Steuerungsgruppe (redaktion@funktionell.net) gerichtet werden. Die exakten Daten der Veröffentlichung und der nächsten geplanten Überarbeitung sowie eventuelle zwischenzeitliche Aktualisierungen werden auf der Website der AWMF (<http://www.awmf-leitlinien.de>) ausgewiesen. Gültig ist nur die jeweils neueste Version gemäß dem AWMF-Register.

### Literatur:

- Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften AWMF. Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen. 2004 <http://www.awmf.org/leitlinien/> [letzterZugriff am 31.01.2012]
- Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften AWMF, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI) (2006) Z ärztl Fortbild Qual Gesundh.wes 99:468-492
- Bernardy K, Klose P, Üçeyler N, Kopp I, Häuser W. Methodische Grundlagen der Leitlinienentwicklung (Methodenreport). Schmerz 22 (2008) 244-245
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Methoden-Report. 4. Auflage. 2010 [cited: 30.07.2010]. Available from: <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/reports> [letzter Zugriff am 20.12.2011]
- Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI). Aktualisierte Version, 2008 <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinienbewertung/delbi> [Zugriff am 20.12.2011]
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009.
- Härter M, Klesse C, Bermejo I, Lelgemann M, Weinbrenner S, Ollenschläger G, Kopp I, Berger M. Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungs-Leitlinie Depression. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2008; 51(4):451-457.
- 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.
- Higgins JPT, Green S [Hrsg.] Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Cochrane Collaboration, 2008.
- Lorenz W, Ollenschläger G, Geraedts M, Gerlach FM, Gandjour A, Helou A, Kirchner H, Koller M, Lauterbach K, Reinauer H, Sitter H, Thomeczek C. Das Leitlinien-Manual. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. ZaeFQ 2001; 95/1.Auflage(Suppl. I).
- Moncrieff J, Churchill R, Drummond DC, McGuire H. Development of a quality assessment instrument for trials of treatments for depression and neurosis. International Journal of Methods in Psychiatric Research 2001;10(3):126-33.
- Sackett DL (1986) Rules of evidence and clinical recommendations on use of antithrombotic agents. Chest 89 (2 suppl.):2S-3S



## Quelleleitlinien

American Psychiatric Association (Hrsg.). Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1673332> (letzter Zugriff 31.01.12).

American Society of Temporomandibular Joint Surgeons: Temporomandibular joint disorders <http://www.astmjs.org/guidelines-insert.htm> (letzter Zugriff 31.01.12).

Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen JMC, van Tulder MW. National practice guidelines for physical therapy in patients with low back pain [https://www.kngfrichtlijnen.nl/images/imagemanager/guidelines\\_in\\_english/KNGF\\_Guideline\\_for\\_Physical\\_Therapy\\_in\\_patients\\_with\\_Low\\_Back\\_Pain.pdf](https://www.kngfrichtlijnen.nl/images/imagemanager/guidelines_in_english/KNGF_Guideline_for_Physical_Therapy_in_patients_with_Low_Back_Pain.pdf) (letzter Zugriff 31.01.12).

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.X. 2010 <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz> (letzter Zugriff 31.01.12).

Bundeszahnärztekammer BZÄK, Ausschuss präventive Zahnheilkunde des BZÄK (Hrsg.). Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 2006 [http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/leitfaden\\_psychosomatik.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/leitfaden_psychosomatik.pdf) (letzter Zugriff 31.01.12).

CBO (Niederlande): „Somatoforme Klachten en Stoornissen“: Guideline for MUPS and somatoform disorder. [Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen. In Dutch] In: Swinkels JA, Van der Feltz-Cornelis CM (Hrsg.). Utrecht: Netherlands Institute of Mental Health Care and Addiction and Dutch Institute of Health Care Improvement; 2010

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin DDG/DGPM: „Artifizielle Störungen“ (angemeldet). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/051-024.html> (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG): „Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei chronischem Pruritus“ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-048.html> (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Psychosomatische Dermatologie. AWMF-online [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/013-024I\\_S2\\_Psychosomatische\\_Dermatologie.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-024I_S2_Psychosomatische_Dermatologie.pdf) (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.). Brustschmerz. AWMF-online <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-023.html> (letzter Zugriff 31.01.12)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.). Müdigkeit. AWMF-online <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/053-002.htm>

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Hrsg.). „Nackenschmerzen. AWMF-online <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-007.html> (letzter Zugriff 31.01.12)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Dt. Ges. für Kardiologie, Dt. Ges. für Neurochirurgie, Dt. Ges. für Neuromodulation, Dt. Ges. für Neurologie, Dt. Ges. für Psychologische Schmerztherapie und Forschung, Dt. Ges. zum Studium des Schmerzes, Dt. Ges. für Schmerztherapie. Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/041-002I\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-002I_01.pdf) (letzter Zugriff 20.03.12).

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM.) „Arbeiten unter Einwirkung von Quecksilber und seinen Verbindungen“ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/002-003.html> (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. „Umweltmedizinische Leitlinien Quecksilber“ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/002-023.html> (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 291 - 302

Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart, 2008.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Begutachtung von Schmerzen. AWMF-online <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-102.html> (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Diagnostik und apparative Zusatzuntersuchungen bei Kopfschmerzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart, 2008

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Erstmaliger epileptischer Anfall. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage 2008, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Neuroborreliose. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage 2008, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Schwindel. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage 2008, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Therapie des episodischen und chronischen Spannungskopfschmerzes und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage 2008, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPF), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) „Chronischer Unterbauchschmerz der Frau“ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/016-001.html> (letzter Zugriff 31.01.12).

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). „Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen“ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html> (letzter Zugriff 31.01.12). Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (Hrsg.). Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS). AWMF-online <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-003.html> (letzter Zugriff 31.01.12)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Der Schmerz 22 (2008) Themenheft.

Evers S, Kropp P, Pothmann R, Heinen F, Ebinger F. Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. Nervenheilkunde 2008; 27: 1127-1137

Flatten G, Bär O, Becker K, Bengel J, Frommberger U, Hofmann A, Lempa W, Möllering A. S2 – Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Trauma & Gewalt 3 (2011): 214-221

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Woller W. S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3 (2011): 202-210

Freytag R, Giernalczyk Th, Rausch K, Schuldt, KH, Wedler H, Witte M. Leitlinien der DGS zur Organisation von Krisenintervention/Suizidprävention. Hildesheim (1994).

Guidelines Advisory Committee (Hrsg.) Chronic pelvic pain. In: Fall M, Baranowski AP, Eneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, Williams AC. Guidelines on chronic pelvic pain. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2008 Mar. p. 8-62. [365 references]

Heijmans WFGJ., Hendriks HJM., van der Esch M, Pool-Goudzwaard A, Scholten-Peeters GGM, van Tulder MW, de Wijer A, Oostendorp RAB. Manual therapy on chronic low back pain. [https://www.kngfrichtlijnen.nl/images/imagemanager/guidelines\\_in\\_english/KNGF\\_Guideline\\_for\\_Manual\\_Therapy\\_in\\_case\\_of\\_Low\\_back\\_pain.pdf](https://www.kngfrichtlijnen.nl/images/imagemanager/guidelines_in_english/KNGF_Guideline_for_Manual_Therapy_in_case_of_Low_back_pain.pdf) (letzter Zugriff 31.01.12).

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)1, AWMF-Registriernummer: 021-016. Z Gastroenterol 2011; 49: 237–293

Leitlinien-gruppe Hessen/ Haus-ärzt-liche Phar-ma-ko-therapie (Hrsg.): Hausärztliche Leitlinie „Psycho-soma-tische Medizin“ [http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03\\_publicationen/psychosomatik\\_II.pdf](http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/psychosomatik_II.pdf) (letzter Zugriff 31.01.12)

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.

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Back pain – low. [http://www.cks.nhs.uk/back\\_pain\\_low\\_without\\_radiculopathy](http://www.cks.nhs.uk/back_pain_low_without_radiculopathy) (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Chest pain of recent onset. Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12947/47938/47938.pdf> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Chronic Fatigue Syndrome / Myalgic encephalomyelitis. Turnbull N, Shaw EJ, Baker R, Dunsdon S, Costin N, Britton G, Kuntze S and Norman R. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) in adults and children. London: Royal College of General Practitioners, 2008.

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE). Depression in adults. <http://publications.nice.org.uk/depression-cg90> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-cg91> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Dyspepsia (non-ulcer). [http://www.cks.nhs.uk/dyspepsia\\_proven\\_non\\_ulcer](http://www.cks.nhs.uk/dyspepsia_proven_non_ulcer) (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. <http://guidance.nice.org.uk/CG113> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): “Irritable Bowel Syndrome”. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IBSFullGuideline.pdf> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE). Post traumatic stress disorder. <http://publications.nice.org.uk/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-cg26> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Tinnitus. <http://www.cks.nhs.uk/tinnitus> (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Tiredness /fatigue. [http://www.cks.nhs.uk/tiredness\\_fatigue\\_in\\_adults](http://www.cks.nhs.uk/tiredness_fatigue_in_adults) (letzter Zugriff 31.01.12).

National Institute for Health and Clinical excellence (NICE): Vertigo. <http://www.cks.nhs.uk/vertigo> (letzter Zugriff 31.01.12).