

KLINISCHE LEITLINIE

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Rainer Schaefer, Constanze Hausteiner-Wiehle, Winfried Häuser,
Joram Ronel, Markus Herrmann, Peter Henningsen

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen 4–10 % der Bevölkerung und 20 % der Hausarztpatienten. Sie verlaufen häufig chronisch, beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich und sind kostspielig. Für Behandler stellen sie eine Herausforderung dar, ungünstiges Behandlerverhalten kann den Verlauf negativ beeinflussen.

Methoden: Die Leitliniengruppe (29 medizinische/psychologische Fachgesellschaften, eine Patientenvertretung) analysierte über 4 000 Veröffentlichungen einer systematischen Literaturrecherche. Die Leitlinie wurde in zwei Online-Delphirunden und drei Konsensuskonferenzen verabschiedet.

Ergebnisse: Die Evidenzlage war wegen der weit gespannten Thematik heterogen und erreichte bei vielen Fragen nur mittleren Evidenzlevel; starker Konsens wurde meist erzielt. Empfohlen werden der Aufbau einer partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung, eine symptom-/bewältigungsorientierte Grundhaltung und Vermeiden stigmatisierender Kommentare. Biopsychosoziale Simultandagnostik mit behutsamem Aufgreifen von Hinweisen auf psychosoziale Belastungen ermöglicht die Früherkennung einschließlich komorbider Erkrankungen und verringert das Risiko iatrogener Somatisierung. Bei leichteren Verläufen helfen Erarbeiten eines biopsychosozialen Erklärungsmodells und körperliche/soziale Aktivierung. Schwerere Verläufe erfordern ein kooperatives, koordiniertes Vorgehen mit regelmäßigen/beschwerdeunabhängigen Terminen, gestufter Aktivierung und Psychotherapie, vor allem kognitiv-behaviorale, daneben psychodynamisch-interpersonelle und hypnotherapeutische/imaginative Ansätze. Innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans bis zu multimodaler Therapie können körperorientierte/non-verbale und Entspannungsverfahren sowie befristete Medikation sinnvoll sein.

Schlussfolgerungen: Konsequente biopsychosoziale Simultandagnostik ermöglicht Früherkennung. Die Therapie orientiert sich an der Erkrankungsschwere. Sie erfordert aktive Mitarbeit des Patienten und Kooperation aller Behandler, die vom Hausarzt koordiniert werden sollte.

► Zitierweise

Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P: Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(47): 803–13. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803

Mit Ablaufen der S2e-Leitlinie „Somatoforme Störungen“ (1) beschlossen Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) eine syndromübergreifende Neufassung. Unter ihrer Federführung erarbeiteten Vertreter von 28 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Patientenvertreter) und der Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachangestellten (AWMF) (eKasten 1) 2008–2012 die neu vorgelegte S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (NFS)“, deren offizielle Kurzfassung dieser Beitrag ist (2–4).

Methodik

Die Leitliniengruppe berücksichtigte alle Versorgungsbereiche und war bezüglich Geschlecht und hierarchischer Position ausgewogen besetzt. Beim konstituierenden Treffen wurden Schlüsselfragen zu allen klinisch relevanten Themen formuliert und auf neun Arbeitsgruppen aufgeteilt. Eine siebenköpfige Steuerungsgruppe (eKasten 1) führte anknüpfend an die S2e-Leitlinie von 2002 (1) eine systematische Literaturrecherche der Publikationen vom 1. 1. 2000 bis zum 1. 1. 2009 durch (Suchwörter: eKasten 2), die von den Arbeitsgruppen bis 05/2011 ergänzt und aktualisiert wurde (3). Nach Beurteilung von Ein-/Ausschlusskriterien (eKasten 3) und Studienqualität/-relevanz (e1) (eTabelle 1) wurden 761 Publikationen berücksichtigt (Grafik 1). Die Arbeitsgruppen analysierten die Literatur, bewerteten die Evidenzlevels (EL) (e2) (eTabelle 2) und erarbeiteten 148 Empfehlungen, Statements und Quellentexte. Zu den wichtigsten Therapieformen wurden als statistisches Wirksamkeitsmaß exemplarische Numbers needed to treat (NNTs) ermittelt (Tabelle 1). Die Leitlinie wurde in zwei Online-Delphiverfahren und drei Konsensuskonferenzen modifiziert und im meist starken Konsens (e3) (eTabelle 3) verabschiedet. Die zugehörigen Empfehlungsgrade (EG) leiten sich aus den Evidenzlevels ab; Auf-/Abwertungen waren im Konsensusverfahren möglich (e4) (eGrafik). Empfehlungen, die aus Sicht der Leitliniengruppe trotz mangelnder Evidenz einen Standard darstellen, wurden als „Klinische Konsenspunkte (KKP)“ gekennzeichnet (e5). Die konsentrierte Leitlinien-Version war 02/2012 vier Wochen im Internet öffentlich kommentierbar. Sie

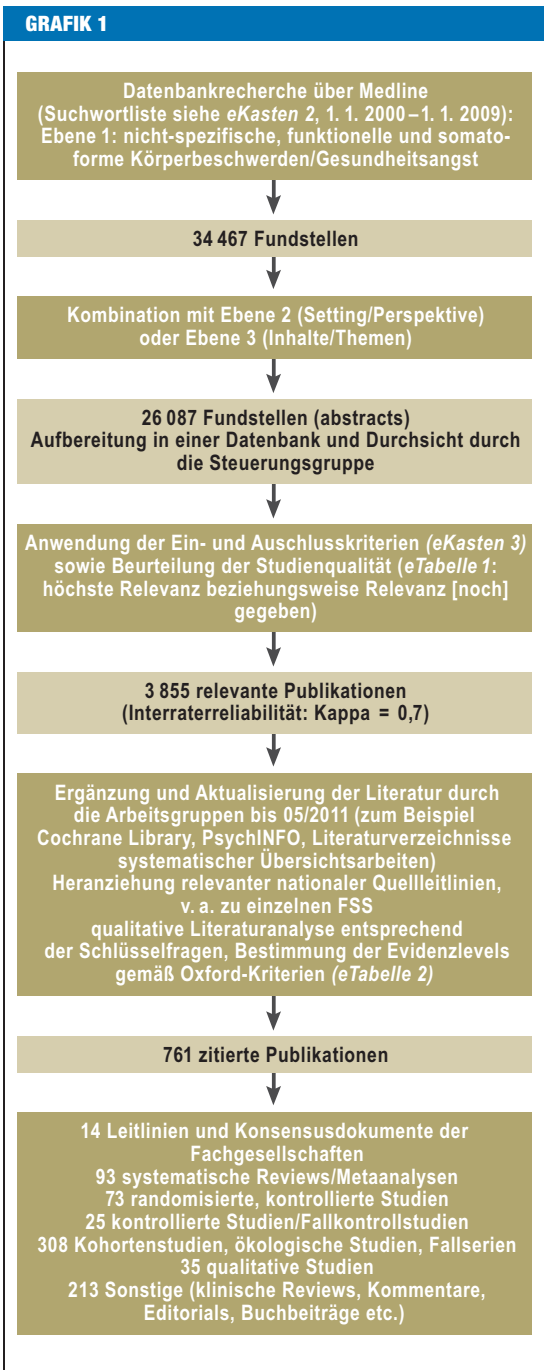
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg: Dr. med. Schaefer

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München: PD Dr. med. Hausteiner-Wiehle, Dr. med. Ronel, Prof. Dr. med. Henningsen

Klinik Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken gGmbH: PD Dr. med. Häuser

Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg: Prof. Dr. med. Herrmann, MPH

Systematische Literaturrecherche
und Auswahl der relevanten Publikationen. FSS, funktionelle somatische Syndrome



wurde durch drei externe Experten (eKasten 1) begutachtet, von den beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden genehmigt und am 15. 4. 2012 von der AWMF angenommen (Register-Nr. 051–001). Sie ist fünf Jahre gültig.

Begriffe und Ziele

Die unübersichtliche Terminologie (e6) erschwert Versorgung und Forschung (e7). Im Sinne einer interdisziplinären Perspektive greift der Dreifachbegriff „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ die Parallelklassifikation funktionel-

ler somatischer Syndrome (FSS) (somatische Fächer) und somatoformer Störungen (psychosoziale Fächer) auf und ergänzt die allgemeinmedizinische Perspektive nicht-spezifischer Körperbeschwerden (eKasten 4). Die Leitlinie befasst sich mit den Gemeinsamkeiten (e8, e9) dieser Störungsbilder bei Erwachsenen (5, 6). Sie möchte fächerübergreifende, praxisnahe Empfehlungen für alle Versorgungsebenen geben, ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit fördern, Früherkennung, Prävention und Therapie optimieren, Lebensqualität und Funktionsfähigkeit der Betroffenen verbessern sowie Unter- und Fehlversorgung verringern.

Charakterisierung des Störungsbildes

Klinik

Leitsymptome von NFS sind Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation, gestörte Organfunktionen (Verdauung, Herz/Kreislauf, Atmung, Urogenitalsystem) einschließlich vegetativer Beschwerden sowie Erschöpfung/Müdigkeit (7). Häufig werden sie von krankheitsbezogenen Ängsten begleitet. Dominieren Letztere besteht eine hypochondrische Störung (e10).

Multifaktorielles Störungsmodell

Aktuelle ätiopathogenetische Modelle gehen von komplexen Wechselwirkungen psychosozialer, biologischer, iatrogenen/medizinsystemischer und soziokultureller Faktoren aus, die zu neurobiologischen Veränderungen führen können und bei Disposition, Auslösung und Chronifizierung der Beschwerden zusammenspielen (7, 8, e11). Ein Gesundheitssystem, das mehr auf Reparatur und Versorgung als auf Selbstverantwortung und Prävention ausgerichtet ist und kontraproduktive finanzielle Anreize für krankheitsbezogenes Verhalten und apparative Maßnahmen statt für gesundes Verhalten, Gesprächsleistungen und Vermeidung unnötiger Maßnahmen setzt, wirkt beschwerdeunterhaltend (7, e11–e13). Die zu vermeidenden iatrogenen Chronifizierungsfaktoren (e14–e21) (KKP) zeigt Kasten 1.

Epidemiologie, Komorbidität und Inanspruchnahmeverhalten

NFS betreffen 4–10 % der Bevölkerung (2, 4, e22) und 20 % der Hausarztpatienten (9, 10) (EL 1b) und werden in allen Altersgruppen häufiger von Frauen berichtet (♀:♂ = 1,5–3:1) (e23, e24) (EL 2b). In spezialisierten Settings, etwa somatischen Spezialambulanzen/-praxen, ist von einem Anteil bis 50 % auszugehen (2, 4, e25). In der Allgemeinbevölkerung erfüllen 10 % der Betroffenen mit einem FSS zusätzlich die Kriterien für ein oder mehrere andere FSS; in klinischen Populationen erreicht diese „Überlappung“ bis 50 % (e8, e9, e26) (EL 2a). NFS zeigen in klinischen wie bevölkerungsbasierten Stichproben eine mit dem Schweregrad zunehmende Komorbidität mit depressiven, Angst- (11, e27, e28), posttraumatischen Belastungsstörungen (e29) und Suchterkrankungen (Medikamente, Alkohol) (e30, e31). Bei hohem Schweregrad (Vollbild Somatisierungsstörung F45.0) bestehen häufig komorbide Persönlichkeitsstö-

TABELLE 1

Wirksamkeit ausgewählter Therapieformen im Vergleich zu Kontrollgruppen (am Therapieende) bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden; basierend auf systematischen Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien (2, 4)

NFS	Therapieform	Anzahl Studien/ Patienten	Zielvariable	Statische Maße der Wirksamkeit: SMD, RR (95%-KI)	NNT (95%-KI)	Referenz
MUS und somatoforme Störungen	CBT	11/832	körperliche Symptome	SMD -0,25 (-0,38 bis -0,12)	8 (6-17)* ¹	e23
Fibromyalgie-Syndrom	CBT	12/568	Schmerz	SMD -0,28 (-0,59 bis 0,03)	7 (4-68)* ¹	e85
	Hypnose/geleitete Imagination	5/166	Schmerz	SMD -1,40 (-2,59 bis -0,21)	2 (1-9)* ¹	e85
	aerobes Training	32/1341	Schmerz	SMD -0,40 (-0,55 bis -0,26)	5 (4-8)* ¹	e76
	trizyklische Antidepressiva	10/520	Schmerz	SMD -0,53 (-0,78 bis -0,29)	4 (3-7)* ¹	e82
	SNRI (Duloxetin, Milnacipran)	10/6012	Schmerz	SMD -0,23 (-0,29 bis -0,18)	9 (7-11)* ¹	e82
	Pregabalin	5/4121	Schmerz	SMD -0,27 (-0,35 bis -0,19)	8 (6-11)* ¹	e82
Reizdarmsyndrom	CBT	7/491	anhaltende darmbezogene Beschwerden	RR 0,59 (0,42 bis 0,87)	3 (2-7)	e81
	darmbezogene Hypnose	2/40	anhaltende darmbezogene Beschwerden	RR 0,48 (0,26 bis 0,87)	2 (1,5-7)	e81
	psychodynamische Therapie	3/211	anhaltende darmbezogene Beschwerden	RR 0,60 (0,39 bis 0,93)	4 (2-25)	e81
	aerobes Training	2/134	anhaltende darmbezogene Beschwerden	SMD -0,49 (-0,84 bis -0,15)	4 (3-14)* ¹	e74, e75
	trizyklische Antidepressiva	9/575	anhaltende darmbezogene Beschwerden	RR 0,68 (0,56 bis 0,83)	4 (3-8)	e81
	SSRI	5/230	anhaltende darmbezogene Beschwerden	RR 0,62 (0,45 bis 0,87)	4 (2-14)	e81
chronisches Müdigkeits-Syndrom	CBT	6/373	Müdigkeit	SMD -0,39 (-0,60 bis -0,19)	5 (4-11)* ¹	e84
	aerobes Training	5/286	Müdigkeit	SMD -0,77 (-1,26 bis -0,28)	3 (2-7)* ¹	e73

SMD, standardisierte Mittelwertdifferenzen (Behandlungsgruppe versus Kontrollgruppe am Therapieende); RR, Relatives Risiko (Behandlungsgruppe versus Kontrollgruppe am Therapieende); NNT, Number needed to treat; 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall; MUS, medically unexplained symptoms; CBT, kognitive Verhaltenstherapie; SNRI, selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SSRI, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

*¹ Die NNTs wurden mit der Wells Calculator Software der Cochrane Musculoskeletal Group Editorial Office berechnet. Als minimal bedeutsame Differenz (MIT [minimally important difference]) wurde 0,5 Standardabweichung gewählt (e101).

rungen (e32, e33) (EL 2a). Ein Großteil zeigt eine hohe, dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, insbesondere bei psychischer Komorbidität (9, e34) (EL 2b). Es resultieren hohe direkte (Mehrfach-/Über-Diagnostik, unangemessene Behandlungen) und indirekte Gesundheitskosten (Produktivitätsausfälle, längerfristige Arbeitsunfähigkeit, vorzeitige Berentung) (13, e35). Bei älteren Patienten sollte ebenfalls an NFS-Beschwerdeanteile gedacht werden, wenn auch die diagnostische Abgrenzung infolge Multimorbidität und Multimedikation komplexer und mit höherer Unsicherheit behaftet ist (14, e36) (EL 2a, EG B).

Verlauf und Prognose

Die Lebenserwartung ist bei NFS wahrscheinlich normal (e37, e38), die Lebensqualität ist stärker beeinträchtigt als bei somatischen Erkrankungen (e39) (EL 2b). Das Suizidrisiko ist vor allem bei chronischen Schmerzen gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (e40, e41). Bei Fibromyalgiepatienten fand sich als standardisiertes Mortalitätsrisiko für Suizid eine Odds Ratio zwischen 3,3 (95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 2,2-5,1) (dänische retrospektive Kohortenstudie, n = 1 269 Frauen [e38]) und 10,5 (95%-KI 4,5-20,7) (US-amerikanische retrospektive Fallkontrollstudie, n = 8 186 [e37]).

KASTEN 1

Iatrogene Chronifizierungsfaktoren/ungünstiges Behandlerverhalten (e14–e21) (KKP)

- **Haltung und Behandlungsvoraussetzungen:**
 - einseitig biomedizinisches oder psychologisierendes Vorgehen („Entweder-oder-Modell“)
 - fehlende Kooperation zwischen den Behandlern
- **Diagnostik:**
 - organmedizinische Über- und Mehrfachdiagnostik als reine Ausschlussdiagnostik
 - Überschätzen unspezifischer somatischer Befunde
 - mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und psychischer Komorbidität
 - Übersehen sozialmedizinischer Aspekte (Krankengeld, Rentenbegehren) und weiterer entlastender Aspekte der Krankheitsrolle (sekundärer Krankheitsgewinn)
- **Gesprächsführung:**
 - verängstigende Befundmitteilung und „katastrophisierende“ ärztliche Beratung
 - fehlende („Sie haben nichts“) oder stigmatisierende Diagnosemitteilung („alles nur psychisch“)
 - mangelnde Information und Aufklärung über das Krankheitsbild ohne adäquate Erklärung der Beschwerden
 - ungenügende Einbeziehung des Patienten (seiner Ursachen- und Zielvorstellungen)
- **Behandlungsplanung:**
 - unstrukturiertes Vorgehen mit beschwerdegesteuerten oder gar notfallmäßigen Terminen
 - mangelnde Behandlungsplanung ohne gemeinsame Formulierung von Therapiezielen
- **Therapie:**
 - Förderung passiver Therapiekonzepte (zum Beispiel passive physikalische Maßnahmen, Injektionen, Operationen)
 - Präferenz und fehlerhafte Indikationsstellung invasiver Therapien und/oder suchtfördernder Medikamente
 - lange, unreflektierte Krankschreibung
 - fehlende, zu späte oder unzureichend vor- oder nachbereitete Überweisung in die psychosoziale Medizin
 - ausbleibende Einleitung einer gegebenenfalls indizierten multimodalen Therapie
- **Medikation:**
 - Medikamentenverordnung ohne Sichtung und Sortieren der laufenden Medikation
 - unzureichende analgetische Behandlung von Akutschmerzen
 - schmerzkontingenter Medikamenten-Einsatz „nach Bedarf“ (vor allem bei Analgetika)
 - unkritische Verschreibung suchtfördernder Medikamente, vor allem Opioide oder Benzodiazepine
 - nichtindizierte Verordnung von Neuroleptika, zum Beispiel als „Wochen-/Aufbauspritze“
 - alleinige und länger dauernde Psychopharmakotherapie ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung

Unabhängig vom klinischen Setting zeigen sich leichtere Verläufe mit Verbesserung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei 50–75 % der Betroffenen, schwerere Verläufe (meist kriteriumsgemäß ausgeprägte funktionelle/somatoforme Störungen) mit Verschlechterung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei 10–30 % (15) (EL 1b).

Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie

Haltung und Behandler-Patient-Beziehung

Da die Behandler-Patient-Beziehung oft von beiden Seiten als schwierig erlebt wird (e42–e45), ist der Aufbau einer tragfähigen, partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung zentral (7, e46–e48). Empfohlen wird eine symptom- und bewältigungsorientierte, aktiv-stützende, biopsychosoziale Grundhaltung („Sowohl-als-auch-Haltung“) (e46, e49–e52) (EL 5) geprägt von situativer „Stimmigkeit“, das heißt vom richtigen Maß aus Zu-

rückhaltung und Echtheit („Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein“) (e52) (EG B).

Gesprächsführung

Zuerst sollte sich der Behandler die Beschwerden spontan und ausführlich schildern lassen („Annehmen der Beschwerdeklage“) (e53) (EL 4, EG B) und verbal wie nonverbal Aufmerksamkeit, Interesse und Akzeptanz signalisieren („aktives Zuhören“) (EL 4, EG B). Mit psychosozialen Themen soll zunächst beiläufig und indirekt statt konfrontativ umgegangen werden, zum Beispiel durch das Begleiten des Wechsels zwischen Andeuten psychosozialer Belastungen und Rückkehr zur Beschwerdeklage („tangenziale Gesprächsführung“) (e51). Hinweise auf psychosoziale Probleme und Bedürfnisse sollen empathisch aufgegriffen und als bedeutsam benannt werden (e54) (EL 1b, EG A). Bei der Herstellung des Kontextbezugs können Redewendun-

GRAFIK 2

Diagnostik-Algorithmus: Gestufte Paralleldiagnostik je nach Schweregrad der Beschwerden (modifiziert nach 2, 4); PTSD, posttraumatische Belastungsstörung

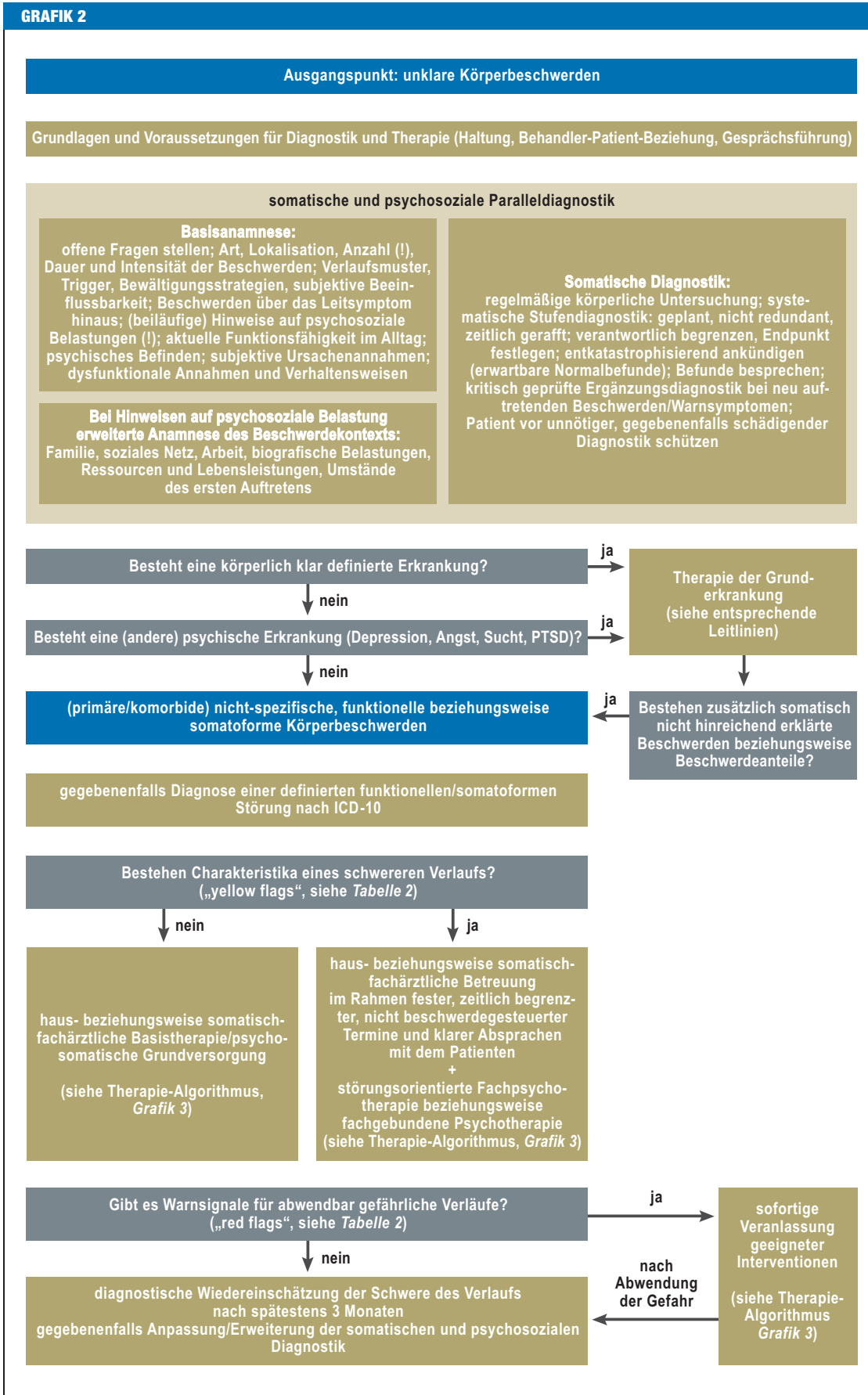


TABELLE 2

Orientierungshilfe zu „green, yellow and red flags“ und klinische Charakteristika schwererer Verläufe (modifiziert nach 7, e62, e63)

Mögliche protektive/prognostisch günstige Faktoren („green flags“)	Klinische Charakteristika schwererer Verläufe („yellow flags“)	Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“)
<ul style="list-style-type: none"> • aktive Bewältigungsstrategien (z. B. körperliches Training, positive Lebenseinstellung, Motivation für Psychotherapie) • gesunde Lebensführung (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung) • sichere Bindungen, soziale Unterstützung • gute Arbeitsbedingungen • gelingende Behandler-Patient-Beziehung • biopsychosozialer, entkatastrophisierender Ansatz unter Vermeidung unnötiger Maßnahmen • frei zugängliches, aber auf Selbstverantwortung und Prävention setzendes Gesundheitssystem 	<ul style="list-style-type: none"> • mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf) • häufige bzw. anhaltende Beschwerden (ohne oder nur mit seltenen/kurzen beschwerdefreien Intervallen) • dysfunktionale Gesundheits-/Krankheitswahrnehmung (z. B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Angst) • dysfunktionales Gesundheits-/Krankheitsverhalten (hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- und Vermeidungsverhalten) • deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; Arbeitsunfähigkeit > 4 Wochen, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, evtl. körperliche Folgeschäden • mäßige bis hohe psychosoziale (evtl. auch biografische) Belastung (z. B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte) • psychische Komorbidität (v. a. Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) • Behandler-Patient-Beziehung (von beiden) als „schwierig“ erlebt • iatrogene „somatisierende“ Faktoren (Kasten 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • schwerste Ausprägung der Beschwerden • Auftreten bekannter Warnsignale somatisch definierter Erkrankungen • Hinweise auf ernstes selbstschädigendes Verhalten • Suizidalität • körperliche Folgeschäden (z. B. Fixierung von Fehlhaltungen, Bewegungseinschränkungen bis hin zu starker Einschränkung der Beweglichkeit geschonter Gelenke, Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit) • besonders schwere psychische Komorbidität (z. B. schwere depressive Entwicklung; Angst, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt) • häufige Behandlerwechsel und Therapieabbrüche • Hinweise auf ernstes iatrogen schädigendes Verhalten

gen aus dem Volksmund helfen („etwas schlägt auf den Magen“) (EL 5, EG 0). Dem Patienten soll angeboten werden, Entscheidungen nach adäquater Information gemeinsam zu treffen („Partizipative Entscheidungsfindung“) (e55) (EL 2b, EG A).

Simultandiagnostik

Zur Früherkennung von NFS soll eine gestufte Simultandiagnostik sowohl somatischer als auch psychosozialer Bedingungsfaktoren erfolgen und gegebenenfalls weitere fachärztliche und/oder psychotherapeutische Kompetenz hinzugezogen werden (e56–e58) (EL 1b, EG A) (Grafik 2). Bei chronischen Verläufen sollten zunächst bereits durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen bilanziert werden (EL 5, EG 0). Abwarten somatischer Ausschluss-Diagnostik trotz Hinweisen auf psychosoziale Belastungen ist kontraindiziert.

Biopsychosoziale Anamnese

Die körperlichen Beschwerden (Art, Lokalisation, Anzahl, Häufigkeit, Dauer, Intensität) sollten genau erfasst werden (e53) (EL 3b, EG B). Da Begleitbeschwerden oft nicht spontan angegeben werden, soll die Anamnese über die Leitsymptome hinaus erweitert werden, zum Beispiel durch systematisches Abfragen der Organsys-

teme (2, 4) (EL 2b, EG A). Die Symptomanzahl ist ein wesentlicher Prädiktor für das Vorliegen von NFS und für einen ungünstigen Verlauf (15) (EL 1b). Bei allen Körperbeschwerden sollten bereits im Erstkontakt Funktionsfähigkeit im Alltag und psychisches Befinden erfragt werden (e59) (EL 2b, EG B). Subjektive Krankheitstheorie und Krankheits-/Gesundheitsverhalten sollten exploriert werden, bei Hinweisen auf psychosoziale Belastung oder funktionelle Beeinträchtigung auch der Beschwerdekontext (Familie, soziales Netz, Arbeit, biografische Belastungen, Ressourcen) (KKP).

Somatische Diagnostik

Organische Basisdiagnostik einschließlich körperlicher Untersuchung ist immer nötig, je nach Symptomkonstellation auch (fach-)spezifische Diagnostik (e58) (EL 5, EG B). Soweit Warnsymptome fehlen und eine bedrohliche Krankheit unwahrscheinlich ist, empfiehlt sich „abwartendes Offenhalten“, was die Angst der Patienten nicht steigert (e60) (EL 1b, EG B). Untersuchungen sollen mit dem Patienten entkatastrophisierend vor- und nachbesprochen (erwartbare Normalbefunde) und gut begründet werden (Transparenz) (e61). Ein sinnvoller Endpunkt der somatischen Diagnostik soll festgelegt und eingehalten werden (EL 1b, EG A).

KASTEN 2

Schweregradgestuftes, kooperatives und koordiniertes Versorgungsmodell („stepped, collaborative and coordinated care model“)

- **Schweregradgestuft:**
 - Patienten mit leichteren Verläufen sollten nach Möglichkeit vom primär behandelnden Haus-/somatischen Facharzt betreut werden (21, e96) (EL 2b, EG B).
 - Bei Patienten mit schwereren Verläufen soll frühzeitig eine fachpsychotherapeutische Mitbeurteilung und gegebenenfalls Mitbehandlung erfolgen (7, 22–24, e80) (EL 1a, EG A).
 - Besonders schwere Verläufe erfordern ein multimodales Therapiekonzept, das heißt interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychosomatische, psychologische oder psychiatrische, nach festgelegtem Behandlungsplan unter qualifizierter ärztlicher Leitung; mangelnde ambulante Verfügbarkeit macht hierfür oft ein (teil-)stationäres Setting erforderlich (Indikationen: *Kasten 3*) (KKP).
- **Kooperativ:** Wichtig ist eine enge Kooperation zwischen allen Behandlern, idealerweise im Rahmen eines gemeinsam abgestimmten, gegebenenfalls multimodalen Therapiekonzepts (e97) (EL 1b).
- **Koordiniert:** Das kooperative Vorgehen sollte vom Primärbehandler entlang eines strukturierten Gesamtbehandlungsplans koordiniert werden (e71) (EL 1b, EG B).

Schweregradeinstufung

Charakteristika für schwerere Verläufe („yellow flags“) und Warnsignale für gefährliche Verläufe inklusive Suizidalität („red flags“) sollten wiederholt eingeschätzt werden (7, e62, e63) (EL 2b, EG B). Einige protektive Faktoren („green flags“) wirken sich wahrscheinlich prognostisch günstig aus (e64) (EL 4) und sollten erfasst und gefördert werden (EG B) (*Tabelle 2*).

Therapie

Die Therapie soll einem schweregradgestuften, kooperativen und koordinierten Versorgungsmodell folgen (7, 16, 17, e65) (EG A) (*Kasten 2, Grafik 3*).

Basis-Behandlung in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin

Grundlage sollte die „Psychosomatische Grundversorgung“ sein (KKP). Beschwerden und Befunde sollten anschaulich und rückversichernd erklärt und dabei psychophysiologische Zusammenhänge vermittelt werden (Psychoedukation: zum Beispiel Stressphysiologie, Teufelskreismodelle) (17, e66) (EL 2a). Dabei sollte an die subjektive Krankheits-theorie des Patienten angeknüpft und ein biopsychosoziales Erklärungsmodell aufgebaut werden (EG B). Der Behandler sollte eine positive Beschreibung der Beschwerden anbieten (zum Beispiel „nicht-spezifisch“, „funktionell“, „körperlicher Stress“, gegebenenfalls eine entsprechende Diagnose), aber keine verharmlosenden Kommentare („Sie haben nichts“) oder stigmatisierenden Begriffe („Hysterie“) verwenden (e66, e67) (EL 2b, EG B). Wesentlich sind die Beruhigung, dass ein gefährlicher Verlauf unwahrscheinlich ist (17, e56, e60) (EL 2b, EG A) und ungeeignete Maßnahmen unterbleiben sollten („nil nocere“, „Quartärprävention“) (e68) (EL 5, EG B) sowie die längerfristige Begleitung mit körperlicher/sozialer Aktivierung (7, e69, e70) (EL 2b). Medika-

mente (zum Beispiel symptomorientierte Medikation bei Reizdarmsyndrom, Schmerzlinderung, Therapie psychischer Komorbidität) sollten unter Nutzen-Risiko-Abwägung zeitlich begrenzt eingesetzt und mit dem Ziel Symptomlinderung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angemessen erläutert werden (4) (KKP). Arbeitsunfähigkeit (AU) sollte zurückhaltend bescheinigt und frühzeitig *Vorteile* (Schonung, Entlastung) den *Nachteilen* (Vermeidung, weitere Schwächung durch Schonung, Teilhabeverlust) gegenübergestellt werden (e83) (EL 4–5). Eine befristete AU-Bescheinigung (7 Tage mit Wiedervorstellung, dann gegebenenfalls weitere 7 Tage) kann erwogen werden, um eine spontane Beschwerdebesserung zu unterstützen und therapeutische Beziehung beziehungsweise Behandlungssadhärenz zu fördern (EG B). Eine psychotherapeutische Mitbehandlung kann erwogen werden, zum Beispiel bei Wunsch des Patienten nach Aufarbeitung psychosozialer Belastungen oder wenn die Körperbeschwerden Nebenbefunde zum Beispiel einer Depression darstellen (KKP).

Zusätzliche Maßnahmen bei schwereren Verläufen

Auch bei schwereren Verläufen steht die hausärztliche beziehungsweise somatisch-fachärztliche Betreuung im Zentrum. Im Rahmen eines klaren Behandlungsplans sollte eine stärkere Strukturierung von Behandlungsrahmen und -inhalten erfolgen (e71) (EL 2a, EG B). Wesentlich sind regelmäßige, zeitlich begrenzte, nicht beschwerdegesteuerte Termine (e48, e71) (EG 2b) und die leitliniengerechte Therapie komorbider Störungen (EG B). Mit dem Patienten sollen konkrete und realistische Therapieziele erarbeitet (18, e72) (EL 2b, EG A) und dabei die Bedeutung von Eigenverantwortung und Mitarbeit vermittelt werden (EL 4). Körperliche Aktivierung (vor allem aerobes [Ausdauer-] Training und Krafttraining geringer bis mittlerer Intensität) soll gestuft erfolgen (langsam ansteigende Belas-

Therapie-Algorithmus:
 Gestufte, kooperative und koordinierte Therapie je nach Schweregrad (modifiziert nach 2, 4)

GRAFIK 3

nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie (Haltung, Behandler-Patient-Beziehung, Gesprächsführung)

Psychosomatische Grundversorgung/haus- beziehungsweise somatisch fachärztliche Basistherapie:
 Beruhigung, Psychoedukation, Beratung; therapeutische Beziehung aufbauen; Mitarbeit des Patienten fördern; anknüpfend an subjektive Krankheitstheorie biopsychosoziales Erklärungsmodell erarbeiten; positive Beschreibung der Beschwerden; körperliche/soziale Aktivierung; kritische medikamentöse Symptomlinderung; gegebenenfalls psychosoziales Konsil

gemeinsame Verlaufsbeurteilung des Behandlungserfolgs nach spätestens 3 Monaten

Bestehen Charakteristika eines schwereren Verlaufs? („yellow flags“, siehe *Tabelle 2*) nein

Weiterführen der (haus-) ärztlichen Basistherapie, gegebenenfalls psychosoziale Mitbetreuung
 Wiedereinschätzung nach ca. 3 Monaten

ja

Strukturierung: feste, zeitlich begrenzte, nicht beschwerdegesteuerte Termine, klare Absprachen
 Leitlinien-gerechte Behandlung eventueller Begleiterkrankungen

Gibt es Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe? („red flags“, siehe *Tabelle 2*) ja

sofortige Veranlassung geeigneter Interventionen, zum Beispiel psychosoziales Konsil, stationäre Behandlung, ergänzende Diagnostik

nein

Betreuung durch Haus-/somatischen Facharzt + Fachpsychotherapie/fachgebundene Psychotherapie im Rahmen eines strukturierten, gegebenenfalls multimodalen, vom primär behandelnden (Haus-)Arzt koordinierten Gesamttherapieplans in enger Kooperation aller Behandler

Haus- beziehungsweise somatisch-fachärztliche Betreuung:
 psychosomatische Grundversorgung/Basistherapie (siehe oben)
 +
 Setting/Inhalte stärker strukturieren; gestufte körperliche Aktivierung; weitere Behandler einbeziehen; realistische Ziele erarbeiten; gemeinsam Therapie festlegen; Selbsthilfestrategien, Gesundheitsängste, Sicherheit-suchendes Schon- und Vermeidungsverhalten thematisieren; Psychotherapie behutsam vorbereiten; Bewahren vor iatrogenen Schädigung durch nichtindizierte Therapien

Störungs- und ressourcenorientierte Psychotherapie:
 psychosomatische Grundversorgung/Basistherapie (siehe oben)
 +
 kontextbezogenes Vorgehen (Korbidität, Soziallage, Arbeitsfähigkeit); psychotherapeutische Begleitung der gestuften körperlichen Aktivierung; initial Orientierung an Symptom und Bewältigung, am subjektiven Erklärungsmodell und an individuellen Ressourcen; später gegebenenfalls Orientierung an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren inklusive biografischer- und Persönlichkeitsfaktoren

bei Schmerzdominanz zeitlich befristete Gabe eines Antidepressivums
 bei fehlender Schmerzdominanz: Antidepressiva nur bei entsprechender psychischer Komorbidität

eventuell allgemeine Zusatzmaßnahmen (nicht als Monotherapie!)
 zum Beispiel medikamentöse Symptomlinderung (Risiko-Nutzen-Abwägung, CAVE Opiode, Neuroleptika, Anxiolytika, Hypnotika/Tranquilizer); abwechselnd aktivierende und entspannende, später selbst durchführbare übende Verfahren/physikalische Maßnahmen

eventuell (körper-)psychotherapeutische Zusatzmaßnahmen (nicht als Monotherapie!)
 zum Beispiel Psychoedukation, non-verbale und Entspannungsverfahren

Besteht die Indikation für eine (teil-)stationäre Therapie? (siehe *Kasten 3*) ja

(teil-)stationäre Behandlung mit multimodalem Therapiekonzept

nein

Nach ca. 3 Monaten gemeinsame Verlaufsbeurteilung des Behandlungserfolgs, gegebenenfalls Anpassung des Behandlungsplans:
 Adjustierung von Therapiezielen, Setting und Interventionen hinsichtlich therapeutischer Zusatzmaßnahmen, Weglassen bestimmter Interventionen, Verwirklichung eines multimodalen Konzepts, gegebenenfalls erneute diagnostische Überprüfung (siehe Diagnostik-Algorithmus, *Grafik 2*)

tung im Wechsel mit Erholung) (7, e73–e76) (EL 2b, EG A) (Tabelle 2) und durch anhaltende Motivation begleitet werden. Analog sollte zu sozialer Aktivierung ermuntert werden (7, e69, e70). Bestimmte körperorientierte beziehungsweise non-verbale Therapieelemente und Entspannungsverfahren (zum Beispiel Biofeedback, Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Tai Chi, Qi-Gong, Yoga, Feldenkrais, Achtsamkeitstraining, Meditation, therapeutisches Schreiben, Musiktherapie) können als Zusatzmaßnahmen innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans, jedoch nicht als Monotherapien empfohlen werden (e77–e79) (EG 2a). Bei schmerzdominanten schwereren Verläufen soll eine niedrig dosierte, zeitlich befristete Gabe von Antidepressiva erfolgen (7, 19, e80–e82) (EL 1a, EG A) (Tabelle 1). Bei nichtschmerzdominanten schwereren Verläufen sollte nur bei relevanter psychischer Komorbidität eine leitliniengerechte antidepressive Medikation erfolgen (e5) (EL 2a, EG B). Überweisungen, vor allem in die psychosoziale Medizin, sollten gut organisiert sowie behutsam vor- und nachbesprochen werden (KKP).

Mitbeurteilung durch die psychosoziale Medizin

Psychosoziale Fachkompetenz soll zunächst konsiliarisch einbezogen werden, was das Inanspruchnahmeverhalten reduziert (20) (EL 1a, EG A). Ein gegebenenfalls auch wiederholter „Konsilbrief“ an den Primärbehandler (Informationen zum Krankheitsbild und konkrete Therapieempfehlungen einschließlich Prüfung der Indikation zur [teil-]stationären Behandlung [Kasten 3]) verbessert als Zusatz-, nicht als alleinige Maßnahme, vor allem bei schwereren Verläufen das Funktionsniveau und spart Kosten (21, 22) (EL 1a, EG A).

Störungsorientierte Psychotherapie

Psychotherapeutische Interventionen bei schwereren Verläufen sollten störungs-/beschwerdeorientiert, kontextbezogen (Komorbidität, Sozillage, Arbeitsfähigkeit) und ressourcenorientiert erfolgen (KKP). Breitere Evidenz liegt für verschiedene NFS – bei niedrigen bis mittleren Effektstärken – vor allem für kognitive Verhaltenstherapie vor (22–24, e80, e81, e84, e85) (EL 1a), daneben auch für psychodynamisch(-interpersonell) (7, 25, e81, e86) (EL 1b) und hypnotherapeutische/imaginative Verfahren (e81, e85, e87, e88) (EL 1a, EG A) (Tabelle 1). Für Psychotherapie und körperliche Aktivierung, nicht jedoch für Medikamente, gibt es Follow-up-Untersuchungen mit positiven Effekten (e74, e75, e81, e89).

Besonders schwere Verläufe: Multimodale, gegebenenfalls (teil-)stationäre Behandlung

Bei besonders schweren und chronifizierten Verläufen sollte bereits in der hausärztlichen und somatischen Fachmedizin eine multimodale Therapie eingeleitet werden (Kasten 2). Ihre Wirksamkeit wurde vor allem für chronische Schmerzsyndrome bestätigt (e90) (EL 1b, KKP). Die Indikation für eine (teil-)stationäre Be-

KASTEN 3

Indikationen für eine (teil-)stationäre Therapie (klinische Entscheidung) (2, 4)

- Selbst- oder Fremdgefährdung einschließlich Suizidalität (absolute Indikation), Notwendigkeit ständiger ärztlicher Präsenz bei möglichen Krisen
- schwere körperliche Symptome beziehungsweise starke somatische Komorbidität, schwere psychische Symptome beziehungsweise ausgeprägte psychische Komorbidität
- längerfristige Arbeitsunfähigkeit (mindestens 4 Wochen) und Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, geringe soziale Unterstützung beziehungsweise große Konflikte im familiären/beruflichen Umfeld oder sonstige relevante sozialmedizinische Aspekte
- nicht hinreichende Behandlungsmotivation beziehungsweise fehlende Belastbarkeit für den ambulanten Therapieprozess, rein somatisches Krankheitsverständnis
- hohe biografische Belastung
- große interaktionelle Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung
- ausbleibender Erfolg der ambulanten Behandlung nach 6 Monaten (eine [teil-]stationäre Therapie sollte erwogen werden, wenn zwei Mal die alle 3 Monate empfohlene Verlaufsevaluation einen ausbleibenden Therapieerfolg ergeben hat)
- logistische oder Verfügbarkeitsprobleme, eine multimodale/multiprofessionelle (Differenzial-)Diagnostik und Behandlung zu gewährleisten
- Notwendigkeit von Therapieplanänderungen beziehungsweise -anpassungen sowie Verlaufsbeobachtungen im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Behandlungsregie, Notwendigkeit eines Stationsmilieus als veränderter Rahmen beziehungsweise der Klinik als Übungsfeld (zum Beispiel für Expositionstherapien)
- Wunsch des Patienten

handlung in einer Klinik mit multimodalem Therapiekonzept ist auch bei mangelnden ambulanten Behandlungsoptionen zu prüfen (Kasten 3) (e91, e92) (KKP).

Rehabilitation

Auch die Rehabilitation sollte einem multimodalen Therapieansatz folgen (e93). Hauptziele sind Verbesserung von Leistungs-/Erwerbsfähigkeit und Verhindern von (weiterer) Chronifizierung. Erfolgskritisch scheint vor allem die sozialmedizinische Ausgangslage (zum Beispiel Dauer der Arbeitsunfähigkeit (e94) (KKP). In geeigneten Einrichtungen (zum Beispiel Tageskliniken mit entsprechendem Indikations-/Therapiespektrum), eventuell auch in enger Kooperation zwischen Haus-/somatischem Facharzt und Psychotherapeut sollten zunächst ambulante, dann erst (teil-)stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen.

Reevaluation nach spätestens drei Monaten

Zur Verhinderung abwendbar gefährlicher und chronischer Verläufe sollten spätestens alle drei Monate Beschwerden, diagnostische Einordnung, Verlaufs-

KASTEN 4

Was ist neu im Vergleich zur S2e-Leitlinie „Somatoforme Störungen“?

- Konsensfindung zwischen 29 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften und einer Patientenorganisation über die übliche Trennung psychosozialer und somatischer Disziplinen und über die Versorgungsebenen hinweg
- betont als Meta-Leitlinie im Dreifachbegriff „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ beschwerdeorientiert und syndromübergreifend die Gemeinsamkeiten im Management der vielfältigen Manifestationen belastender Körperbeschwerden
- S3-Niveau der Evidenz- und Konsensbasierung
- edukativer Ansatz mit ausführlichen Empfehlungen zu den Grundlagen und Voraussetzungen für Simultandiagnostik und Behandlung (Haltung, Behandler-Patient-Beziehung, Gesprächsführung)
- Beachtung interaktioneller Aspekte und iatrogenen Faktoren bei Krankheitswahrnehmung, Krankheitsverhalten und Aufrechterhaltung der Beschwerden
- Relativieren des wenig reliablen Kriteriums der medizinischen Unerklärtheit
- Herausarbeiten von klinischen Charakteristika leichter beziehungsweise schwererer Verlaufsformen, von Warnsignalen für abwendbar gefährliche Verläufe sowie von protektiven Faktoren
- Schweregrad-gestufte Empfehlungen für Diagnostik und Therapie („stepped care“)
- differenzierte Empfehlungen für Hausarzt- und somatische Fachmedizin sowie für störungsorientierte Fach- oder fachgebundene Psychotherapie und für deren Kooperation („collaborative care“)
- praxisnahe Empfehlungen für alle relevanten Themen und alle Behandlergruppen
- Betonung des Stellenwerts hausärztlicher Filter-, Kooperations-, Steuerungs- und Integrationsfunktion
- nach spätestens 3 Monaten Einschätzung der Schwere des Verlaufs und des Behandlungserfolgs, gegebenenfalls Anpassung/Erweiterung der Maßnahmen
- starker klinischer Anwendungsbezug mit Entwicklung von Algorithmen zu Diagnostik und Therapie, Praxistipps mit konkreten Formulierungsvorschlägen und einer Kitteltaschenversion
- Erarbeitung einer assoziierten Patientenleitlinie für Betroffene und ihre Angehörigen

schwere und Therapieerfolg reevaluiert werden (e56, e95) (EL 2b, EG B). Gegebenenfalls sind – in Abstimmung mit Patient und Mitbehandlern – sowohl somatische als auch psychosoziale Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen anzupassen. Medizinisch-diagnostische Basismaßnahmen inklusive körperlicher Untersuchung sollten regelmäßig wiederholt werden, besonders bei anhaltenden Beschwerden. So können Änderungen der Symptomatik erfasst, organische Erkrankungen erkannt, ein Gefühl von Ernstgenommen-Werden und Sicherheit vermittelt und verzichtbare Untersuchungen vermieden werden (EL 5, EG B). Bei ausbleibendem ambulanten Behandlungserfolg nach 6 Monaten sollte eine (teil-)stationäre Therapie erwogen werden (Kasten 3).

Diskussion

Mit der S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ fand erstmals eine breite Gruppe von medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften sowie Patientenvertretern sektorenübergrei-

fend und über psychosoziale und somatische Disziplinen hinweg einen evidenzbasierten Konsens zu Terminologie und Versorgung dieser Patientengruppe. *Kasten 4* fasst die Neuerungen zusammen. Randomisierte kontrollierte Studien, Reviews und Metaanalysen sind bislang nur zu einigen Aspekten verfügbar (*Grafik 1*), so dass sich die vorliegende Leitlinie stellenweise auf schwächere Evidenz oder klinischen Konsens stützen muss. Insgesamt zeigt sich ein sehr hoher Forschungsbedarf in Grundlagen-, wie auch Therapie- und Versorgungsforschung. Leitlinientexte und Praxismaterialien sind auf den Webseiten der AWMF (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html) beziehungsweise des Projekts (www.funktionell.net) abrufbar. Eine wichtige Ergänzung dieser Leitlinie stellt die „Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie/Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie dar (24). Sie adressiert primär Psychotherapeuten und unterstützt sie bei der Auswahl wirksamer psychotherapeutischer Interventionen.

Danksagung

Die Autoren danken der AWMF, allen Kolleginnen und Kollegen, Fachgesellschaften und Patientenorganisationen (eKästen 1), die zur Erststellung dieser Leitlinie beigetragen haben. Besonderer Dank gilt Dipl.-Psych. Heribert Sattel als Mitglied der Steuerungs-/Redaktionsgruppe.

Interessenkonflikt

P. Henningsen erhielt ein Vortragshonorar der Firma Lilly.

W. Häuser hat in einem Advisory Board der Firma Daiichi Sankyo mitgearbeitet, erhielt Kostenerstattungen für Kongressbesuche und Reisen von der Falk Foundation und der Firma Eli Lilly und nichtproduktgebundene Vortragshonorare der Falk Foundation und der Firma Janssen-Cilag.

R. Schaefer, C. Hausteiner-Wiehle, M. Herrmann und J. Ronel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 2. 8. 2012, revidierte Fassung angenommen: 19. 9. 2012

LITERATUR

1. Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Schattauer 2002.
2. Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Henningsen P: AWMF-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051–001 2012; [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051–001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html) (last accessed on 16 September 2012).
3. Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Henningsen P: AWMF-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden – Leitlinienreport. AWMF-Reg.-Nr. 051–001 2012; [http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051–001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html) (last accessed on 16 September 2012).
4. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Schäfer R: Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinien mit Quellentexten und Praxismaterialien. Schattauer, Stuttgart 2012; in press.
5. Layer P, Andresen V, Pehl C, Allescher H, Bischoff SC, Classen M, et al.: 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) [Irritable Bowel Syndrome: German Consensus Guidelines on Definition, Pathophysiology and Management. German Society of Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and German Society of Neurogastroenterology and Motility (DGNM)]. Z Gastroenterol 2011; 49: 237–93.
6. Themenheft Fibromyalgiesyndrom – Eine interdisziplinäre S3-Leitlinie. Hintergründe und Ziele – Methodenreport – Klassifikation – Pathophysiologie – Behandlungsgrundsätze und verschiedene Therapieverfahren. Der Schmerz 2012; 26.
7. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W: Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007; 369: 946–55.
8. Wittthöft M, Hiller W: Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. Annu Rev Clin Psychol 2010; 6: 257–83.
9. Creed F, Barsky A: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res 2004; 56: 391–408.
10. Guthrie E: Medically unexplained symptoms in primary care. Advances in Psychiatric Treatment 2008; 14: 432–40.
11. Körber S, Hiller W: Medizinisch unerklärte Symptome und somatoforme Störungen in der Primärmedizin [Medically unexplained symptoms and somatoform disorders in primary care]. J Neurol Neurochir Psychiatr 2012; 13: 21–8.
12. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H: Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. Psychosom Med 2003; 65: 528–33.

13. Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, et al.: Economics of medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. Psychother Psychosom 2012; 81: 265–75.
14. Schneider G, Heuft G: Organisch nicht erklärbare somatoforme Beschwerden und Störungen im Alter: ein systematischer Literaturüberblick [Medically unexplained and somatoform complaints and disorders in the elderly: a systematic review of the literature]. Z Psychosom Med Psychother 2011; 57: 115–40.
15. olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C: Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. J Psychosom Res 2009; 66: 363–77.
16. Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R: Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. J Psychosom Res 2011; 71: 325–34.
17. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA: Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. J Psychosom Res 2012; 72: 168–9.
18. Gottschalk JM, Rief W: Psychotherapeutische Ansätze für Patienten mit somatoformen Störungen [Psychotherapeutic approaches for patients with somatoform disorders]. Nervenarzt 2012; 83: 1115–27.
19. Kapfhammer HP: Psychopharmakotherapeutische Ansätze bei somatoformen Störungen und funktionellen Körpersyndromen [Psychopharmacological treatment in patients with somatoform disorders and functional body syndromes]. Nervenarzt 2012; 83: 1128–41.
20. van der Feltz-Cornelis CM, van Os TW, van Marwijk HW, Leentjens AF: Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Psychosom Res 2010; 68: 521–33.
21. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW: Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2010; 12: CD006524.
22. Kroenke K: Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosom Med 2007; 69: 881–8.
23. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W: Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2011; 31: 146–60.
24. Martin A, Härter M, Henningsen P, Hiller W, Kröner-Herwig B, Rief W: Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome. Göttingen: Hogrefe 2012.
25. Abbass A, Kisely S, Kroenke K: Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. Psychother Psychosom 2009; 78: 265–74.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Rainer Schaefer
 Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg
 Rainer.Schaefer@med.uni-heidelberg.de

Zitierweise

Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P: Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(47): 803–13. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803



Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit4712

eKästen, eTabellen, eGrafik:
www.aerzteblatt.de/12m0803

The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

KLINISCHE LEITLINIE

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Rainer Schaefer, Constanze Hausteiner-Wiehle, Winfried Häuser,
Joram Ronel, Markus Herrmann, Peter Henningsen

eLITERATUR

- e1. Higgins JPT, Green S: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration 2011; www.cochrane-handbook.org (last accessed on 17 May 2012).
- e2. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M: Levels of evidence and grades of recommendations. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2001. www.cebm.net/index.aspx?o=1025 (last accessed on 17 May 2012).
- e3. Hoffmann JC, Fischer I, Hohne W, Zeitz M, Selbmann HK: Methodische Grundlagen für die Ableitung von Konsensempfehlungen [Methodological basis for the development of consensus recommendations]. Z Gastroenterol 2004; 42: 984–6.
- e4. AWMF, ÄZQ: Das Leitlinienmanual von AWMF und ÄZQ. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2001; 95: 1–84; www.leitlinienmanual.de.
- e5. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DPGs, DGRW (eds.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF 2009.
- e6. Ronel J, Noll-Hussong M, Lahmann C: Von der Hysterie zur F45.0. Geschichte, Konzepte, Epidemiologie und Diagnostik. Psychotherapie im Dialog 2008; 9: 207–16.
- e7. Creed F, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P: Is there a better term than „Medically unexplained symptoms“? J Psychosom Res 2010; 68: 5–8.
- e8. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M: Functional somatic syndromes: one or many? Lancet 1999; 354: 936–9.
- e9. Henningsen P, Derra C, Turp JC, Häuser W: Funktionelle somatische Schmerzsyndrome: Zusammenfassung der Hypothesen zur Überlappung und Ätiologie [Functional somatic pain syndromes: summary of hypotheses of their overlap and etiology]. Schmerz 2004; 18: 136–40.
- e10. Bleichhardt G, Martin A: Hypochondrie und Krankheitsangst. Göttingen: Hogrefe 2010.
- e11. Rief W, Broadbent E: Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. Clin Psychol Rev 2007; 27: 821–41.
- e12. Bensing JM, Verhaak PF: Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. Lancet 2006; 367: 452–4.
- e13. Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf M: Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. Psychotherapeut 2007; 52: 334–46.
- e14. Pither CE, Nicholas MK: Identification of iatrogenic factors in the development of chronic pain syndromes: abnormal treatment behavior? In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (eds.): Proceedings of the VIth World Congress on Pain. Amsterdam: 1991; 429–34.
- e15. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S: Iatrogenic factors and chronic pain. Psychosom Med 1997; 59: 597–604.
- e16. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S: A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. Pain 1998; 76: 417–26.
- e17. Page LA, Wessely S: Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. J R Soc Med 2003; 96: 223–7.
- e18. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P: The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Soc Sci Med 2005; 61: 1505–15.
- e19. Salmon P, Humphris GM, Ring A, Davies JC, Dowrick CF: Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. Psychosom Med 2006; 68: 570–7.
- e20. Salmon P, Wissow L, Carroll J, et al.: Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: criticism or confrontation? Gen Hosp Psychiatry 2007; 29: 454–60.
- e21. Salmon P: Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: the need for a curriculum of medical explanation. Patient Educ Couns 2007; 67: 246–54.
- e22. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–79.
- e23. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al.: Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 2004; 34: 597–611.
- e24. Kapfhammer HP: Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie 2005; 1: 63–74.
- e25. Creed F, Barsky A, Leiknes KA: Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (eds.): Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Discomfort. Developing Better Clinical Services. Cambridge: Cambridge University Press 2011; 1–42.
- e26. Kanaan RA, Lepine JP, Wessely SC: The association or otherwise of the functional somatic syndromes. Psychosom Med 2007; 69: 855–9.
- e27. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM: Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 2004; 184: 470–6.
- e28. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R: Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. Psychosom Med 2007; 69: 860–3.
- e29. Spitzer C, Barnow S, Wingenfeld K, Rose M, Lowe B, Grabe HJ: Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43: 80–6.
- e30. Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen HU: DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256: 187–96.
- e31. Hasin D, Katz H: Somatoform and substance use disorders. Psychosom Med 2007; 69: 870–5.
- e32. Noyes R Jr, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL: Personality dysfunction among somatizing patients. Psychosomatics 2001; 42: 320–9.

- e33. Garcia-Campayo J, Alda M, Sobradie N, Oliván B, Pascual A: Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res* 2007; 62: 675–80.
- e34. Nanke A, Rief W: Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut* 2003; 48: 329–35.
- e35. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW: Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 903–10.
- e36. Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, Oudevoshaar RC: Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004>
- e37. Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Bliddal H: Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 3101–8.
- e38. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K: Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63: 94–101.
- e39. Aiarzaguena JM, Grandes G, Salazar A, Gaminde I, Sanchez A: The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 99–105.
- e40. Ilgen MA, Zivin K, McCammon RJ, Valenstein M: Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 521–7.
- e41. Fishbain DA, Bruns D, Disorbio JM, Lewis JE: Risk for five forms of suicidality in acute pain patients and chronic pain patients vs pain-free community controls. *Pain Med* 2009; 10: 1095–105.
- e42. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al.: The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 1–8.
- e43. Hahn SR: Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134: 897–904.
- e44. Jackson JL, Kroenke K: Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1069–75.
- e45. Hausteiner-Wiehle C, Grosber M, Bubel E, et al.: Patient-doctor interaction, psychobehavioural characteristics and mental disorders in patients with suspected allergies: do they predict „medically unexplained symptoms“? *Acta Derm Venereol* 2011; 91: 666–73.
- e46. Walker EA, Unutzer J, Katon WJ: Understanding and caring for the distressed patient with multiple medically unexplained symptoms. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 347–56.
- e47. Smith RC, Lein C, Collins C, et al.: Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 478–89.
- e48. Heijmans M, olde Hartman TC, Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C: Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28: 444–55.
- e49. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L: The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns* 2004; 54: 299–306.
- e50. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG: „Could this be something serious?“ Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1731–9.
- e51. Schäfer R, Boelter R, Faber R, Kaufmann C: Tangential, nicht frontal – Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 9: 252–9.
- e52. Arbeitskreis PISO: PISO: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie bei somatoformen Störungen. Eine manualisierte Kurzzeitintervention. Göttingen: Hogrefe 2011.
- e53. Anderson M, Hartz A, Nordin T, et al.: Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med* 2008; 40: 111–8.
- e54. Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino J: A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2007; 37: 283–94.
- e55. Bieber C, Muller KG, Blumenstiel K, et al.: A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2008; 64: 13–20.
- e56. Fink P, Rosendal M, Toft T: Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model—an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43: 93–131.
- e57. Toft T, Rosendal M, Ornbol E, Olesen F, Frostholm L, Fink P: Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). *Psychother Psychosom* 2010; 79: 227–37.
- e58. Creed F, van der Feltz-Cornelis C, Guthrie E, et al.: Identification, assessment and treatment of individual patients. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (eds.): *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress*. Cambridge: Cambridge University Press 2011; 175–216.
- e59. Henningsen P, Rieger U, Schneider W: Die Leitlinie „Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin: Sozialrechtsfragen“. *Versicherungsmedizin* 2001; 53: 138–41.
- e60. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, et al.: Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med* 2009; 7: 112–20.
- e61. Petrie KJ, Muller JT, Schirmbeck F, et al.: Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomized controlled trial. *BMJ* 2007; 334: 352.
- e62. Kirmayer LJ, Robbins JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647–55.
- e63. Smith RC, Dwamena FC: Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 685–91.
- e64. Hotopf M: Preventing somatization. *Psychol Med* 2004; 34: 195–8.
- e65. Fink P, Rosendal M: Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 182–8.
- e66. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P: Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 165–70.
- e67. Stone J, Wojcik W, Durrance D, et al.: What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The „number needed to offend“. *BMJ* 2002; 325: 1449–50.
- e68. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I: The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 580–3.
- e69. Richardson RD, Engel CC Jr: Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist* 2004; 10: 18–30.
- e70. Stuart S, Noyes R Jr: Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 209–19.
- e71. Pols RG, Battersby MW: Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. *Med J Aust* 2008; 188: 133–7.
- e72. Timmer B, Bleichhardt G, Rief W: Effektivität einer stationären Gruppentherapie für Patienten mit multiplem somatoformen Syndrom: Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Therapie-

- evaluationsstudie [Effectiveness of a cognitive-behavioral group therapy for somatization – Results of a randomized controlled trial in tertiary care]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2004; 33: 24–32.
- e73. Edmonds M, McGuire H, Price J: Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD003200.
- e74. Daley AJ, Grimmer C, Roberts L, et al.: The effects of exercise upon symptoms and quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Int J Sports Med* 2008; 29: 778–82.
- e75. Johannesson E, Simren M, Strid H, Bajor A, Sadik R: Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 915–22.
- e76. Winkelmann A, Häuser W, Friedel E, et al.: Physiotherapie und physikalische Verfahren beim Fibromyalgiesyndrom. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie [Physiotherapy and physical therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. *Schmerz* 2012; 26: 276–86.
- e77. Thieme K, Gracely RH: Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? *Curr Rheumatol Rep* 2009; 11: 443–50.
- e78. Baranowsky J, Klose P, Musial F, Häuser W, Dobos G, Langhorst J: Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2009; 30: 1–21.
- e79. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG: Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain* 2010; 151: 280–95.
- e80. Sumathipala A: What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med* 2007; 69: 889–900.
- e81. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P: Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009; 58: 367–78.
- e82. Sommer C, Häuser W, Alten R, et al.: Medikamentöse Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht und Metaanalyse [Drug therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. *Schmerz* 2012; 26: 297–310.
- e83. Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW: The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 264–73.
- e84. Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V: Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD001027.
- e85. Köllner V, Häuser W, Klimczyk K, et al.: Psychotherapie von Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie [Psychotherapy for patients with fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. *Schmerz* 2012; 26: 291–6.
- e86. Sattel H, Lahmann C, Gündel H, et al.: Brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: A randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 200(1): 60–7.
- e87. Hefner J, Rilck A, Herbert BM, Zipfel S, Enck P, Martens U: Hypnotherapeutische Interventionen beim Reizdarmsyndrom – eine systematische Übersicht [Hypnotherapy for irritable bowel syndrome – a systematic review]. *Z Gastroenterol* 2009; 47: 1153–9.
- e88. Bernardy K, Fuber N, Klose P, Häuser W: Efficacy of hypnosis/ guided imagery in fibromyalgia syndrome – a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2011; 12: 133.
- e89. Eich W, Häuser W, Arnold B, et al.: Das Fibromyalgiesyndrom. Allgemeine Behandlungsgrundsätze, Versorgungskoordination und Patientenschulung [Fibromyalgia syndrome. General principles and coordination of clinical care and patient education]. *Schmerz* 2012; 26: 268–75.
- e90. Arnold B, Häuser W, Arnold M, et al.: Multimodale Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie [Multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. *Schmerz* 2012; 26: 287–90.
- e91. Bleichhardt G, Timmer B, Rief W: Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomized controlled trial in tertiary care. *J Psychosom Res* 2004; 56: 449–54.
- e92. Beutel ME, Michal M, Subic-Wrana C: Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008; 36: 125–42.
- e93. Witte B: Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und somatoformen Schmerzstörungen. *Psychotherapie Forum* 2010; 18: 146–52.
- e94. Hoffmann C, Ruf-Ballauf W: Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese [Psychosomatic rehabilitation of in-patients with somatoform disorders and of patients with social-medically relevant problems: results of a two-year follow-up]. *Rehabilitation* 2007; 46: 283–95.
- e95. Dunn KM, Croft PR: Repeat assessment improves the prediction of prognosis in patients with low back pain in primary care. *Pain* 2006; 126: 10–5.
- e96. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M: Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 248–53.
- e97. van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ader HJ, van Dyck R: Randomized controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 282–9.
- e98. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Lowe B: Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68: 403–14.
- e99. Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C, Rief W: Terminology, classification and concepts. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (eds.): *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress. Developing better clinical services.* Cambridge: Cambridge University Press 2011; 43–68.
- e100. Creed FH, Davies I, Jackson J, et al.: The epidemiology of multiple somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2012; 72: 311–7.
- e101. Norman GR, Sridhar FG, Guyatt GH, Walter SD: Relation of distribution- and anchor-based approaches in interpretation of changes in health-related quality of life. *Med Care* 2001; 39: 1039–47.

eKASTEN 1

Beteiligte Fachgesellschaften und Patientenorganisationen, Mandatsträger und Experten (2, 4)

- Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachgesellschaften AWMF: Prof. Dr. med. Ina Kopp
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin DKPM (federführend): Prof. Dr. med. Peter Henningsen
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie DGPM (federführend): Prof. Dr. med. Peter Henningsen
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM: Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation DGVM: Prof. Dr. phil. Winfried Rief
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN: Prof. Dr. med. Volker Arolt
- Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs: Prof. Dr. rer. nat. Alexandra Martin
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie DGCH: Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf
- Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin GHUP: Prof. Dr. med. Caroline Herr
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin DGIM: Prof. Dr. med. Hubert Mönnikes
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin DGAUM: Prof. Dr. med. Dennis Nowak
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie DGPF: Dr. med. Friederike Siedentopf
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG: Dr. med. Friederike Siedentopf
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie DGHNO: Dr. med. Astrid Marek
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie DGRh: Prof. Dr. med. Wolfgang Eich
- Deutsche Gesellschaft für Urologie DGU / AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin: Dr. med. Dirk Rösing
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten DGVS: Prof. Dr. med. Hubert Mönnikes
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde DGZMK / AK Psychologie und Psychosomatik: PD Dr. med. dent. Anne Wolowski
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie DGOOC: Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie DGK: Prof. Dr. med. Karl-Heinz Ladwig
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft DDG: Prof. Dr. med. Uwe Gieler
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGN: Prof. Dr. med. Marianne Dieterich
- Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie DGAKI: Prof. Dr. med. Uwe Gieler
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie DGPT: Prof. Dr. med. Gerd Rudolf
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin DGKJ: Dr. med. Kirsten Mönkemöller
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung DPV: Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention DGSMP: Dr. med. Wolfgang Deetjen
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie DGMP: Dr. med. Heide Glaesmer
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen DAG SHG: Dipl.-Psych. Jürgen Matzat
- Deutsche Schmerzgesellschaft DGSS*1

Steuerungsgruppe Redaktion:

PD Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle, Dr. med. Rainer Schaefer, PD Dr. med. Winfried Häuser, Prof. Dr. med. Markus Herrmann, Dr. med. Joram Ronel, Dipl.-Psych. Heribert Sattel, Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Weitere Autoren und Berater:

Prof. Dr. med. Gudrun Schneider, Dr. med. Michael Noll-Hussong, PD Dr. med. Claas Lahmann, PD Dr. med. Martin Sack, RA Emil Brodski, Prof. Dr. med. Ina Kopp

Externe Experten:

Dr. med. Nina Sauer, Prof. Dr. med. Antonius Schneider, Dr. med. Bernhard Arnold

*1 Die DGSS war an der Entwicklung der Leitlinie in Person einiger DGSS-Mitglieder und Schmerzexperten mit Mandaten anderer Fachgesellschaften beteiligt, aber nicht mit einem eigenen Mandatsträger vertreten.
Nach ihrer Fertigstellung erfolgte die ausdrückliche Zustimmung zur Leitlinie durch den DGSS-Vorstand.

eKASTEN 2

Suchwortliste*¹ (3)

Ebene 1: Klinisches Bild

a) nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden:

(somatoform disorder OR somatic* 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 sensitivity* OR idiopathic environmental intolerance* OR electromagnetic hypersensitivity OR electrohypersensitivity OR electrosensitivity* 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 glossopy* 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 differenzialdiagnostisch bedeutsam ist:
(OR hypochondria* OR illness phobia* OR health anxiet*)

Ebene 2: Versorgungsebene/Setting und 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*)

eKASTEN 2 – FORTSETZUNG**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*)

e) Anamnese/Diagnose/Differenzialdiagnose/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*)

f) Überweisung:

(referral and consultation* OR hospitalization OR disease management *OR patient care OR referral OR consult*)

g) Praxisorganisation und Austausch mit anderen Behndlern:

(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*)

h) allgemeine Therapie (inklusive Pharmakotherapie):

(therapy OR therapeutic* OR complementary therapies* OR treatment outcome* OR counseling OR education OR long term care)

i) spezielle Fachpsychotherapie:

(psychotherapy OR psychopharmacology OR psychotherap* OR drug therapy*)

j) Epidemiologie:

(epidemiology OR public health* OR demography OR socioeconomic OR population OR gender* OR cultur*)

k) 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)

l) 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*)

m) 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*)

*1 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.

eKASTEN 3**Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Evidenz (3)****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 Fallkontrollstudien
- Studien zur Ätiologie und Pathophysiologie: prospektive Kohortenstudien oder systematische Übersichtsarbeiten von Querschnittstudien (Level 3 Fallkontrollstudien, ökologische Studien, Fallserien)
- Studienpublikationen in Englisch und Deutsch

Ausschlusskriterien:

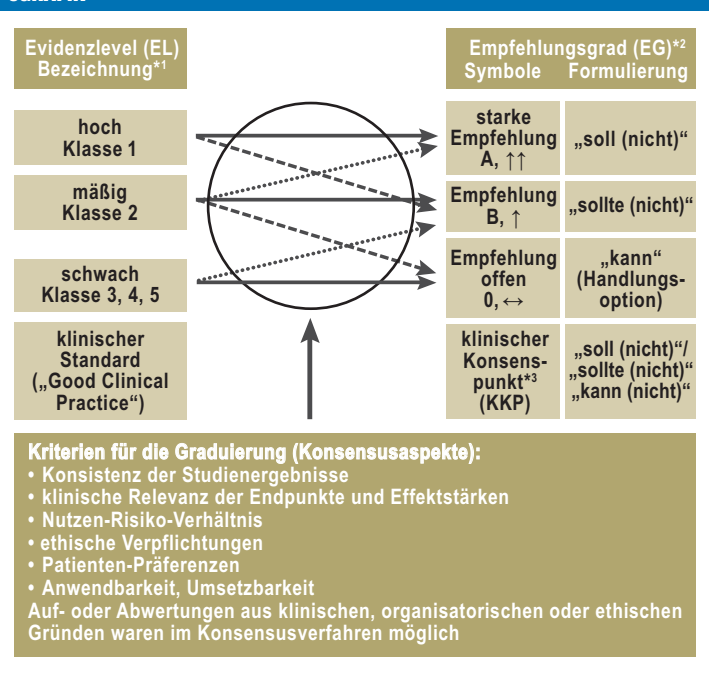
- Studie zu einer nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerde ohne eine definierte diagnostische Beschreibung beziehungsweise Beschreibung einer solchen als Folge einer definierten Organpathologie
- experimentelle Studien (Dauer < 1 Woche und/oder ein- beziehungsweise zweimalige Anwendung eines Verfahrens, zum Beispiel experimentelle Studien zu Medikamenten oder Hypnose)
- Therapiestudien ohne Randomisierung beziehungsweise ohne Kontrollgruppen
- Bei Studien zur Pathophysiologie: Fallkontrollstudien, ökologische Studien, Fallserien
- keine vollständige Publikation (zum Beispiel Abstract)
- Fallberichte, Leserbriefe, Doppelpublikation

eKASTEN 4

Begriffsbestimmung: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

- „Nicht-spezifisch“: betont die fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden zu einer spezifischen Erkrankung; soll vorschnelle Etikettierung als „Krankheit“ und damit Medikalisierung verhindern.
- „Funktionell“: nimmt an, dass überwiegend die Funktion des betroffenen Organ(system)s gestört ist; die einzelnen somatischen Fächer definieren für spezielle Beschwerden verschiedene funktionelle somatische Syndrome (zum Beispiel Reizdarm-, Fibromyalgiesyndrom).
- „Somatoforme Störung“ im engeren Sinn: liegt vor, wenn nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden mindestens ein halbes Jahr persistieren und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen. Soweit somatische Störungen vorliegen, erklären sie weder Art und Ausmaß der Symptome noch Leiden und innerliche Beteiligung des Patienten. Die ICD-10-Kriterien wurden wegen Inkonsistenzen, begrenzter Validität, Nichterfassens des Schweregradspektrums und fehlender psychobehavioraler Positivkriterien kritisiert (e98, e99). Die revidierte Begriffsbestimmung betont die mit dem Schweregrad der Körperbeschwerden zunehmende Assoziation mit psychosozialen Belastungen (e100).

eGRAFIK



Zusammenhang von Evidenzlevel (EL) und Empfehlungsgrad (EG) (nach e4);

*¹ Evidenzlevel nach Oxford Centre of Evidence-based Medicine (eTabelle 2);
 *² Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien;
 *³ Klinischer Konsenspunkt analog zur Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (e5)

eTABELLE 1

**Globalbeurteilung der methodischen Studienqualität (orientiert am „summary assessment of risk bias“ der Cochrane Collaboration [e1])
Relevanz für die Leitlinie (3)**

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 aufgrund mangelhafter Beschreibung nicht mit hinreichender Gewissheit beurteilt werden	Risiko für methodische Mängel; wahrscheinlicher Einfluss auf Studienergebnisse
nicht relevant	mehrere Bereiche weisen mehr als leichte methodische Mängel auf oder solche können aufgrund mangelhafter Beschreibung nicht mit hinreichender Gewissheit ausgeschlossen werden	hohes Risiko für methodische Mängel; anzunehmender Einfluss auf Studienergebnisse

eTABELLE 2

Evidenzlevels (EL) gemäß der Kriterien des Oxford Centre for Evidence-based Medicine (e2)

Evidenzlevel	Studien zur Diagnose	Studien zur Therapie/Ätiologie/Prävention
1a	systematische Übersicht über Level 1 diagnostische Studien oder diagnostische Entscheidungsregel, begründet auf 1b-Studien, validiert in verschiedenen klinischen Zentren	systematische Übersicht über randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
1b	Validierungs-Kohortenstudie mit gutem Referenzstandard oder diagnostische Entscheidungsregel, validiert in einem Zentrum	ein RCT (mit engem Konfidenzintervall)
1c	absolute SpPins und SnNouts* ¹	Alle-oder-Keiner-Prinzip* ²
2a 2b 2c	systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität Outcome-Studien, ökologische Studien	
3a 3b	systematische Übersicht über Level 3 diagnostische Studien nicht-konsequente Studie; oder ohne Konsistenz der angewendeten Referenzstandards	systematische Übersicht über Fallkontrollstudien eine Fallkontrollstudie
4	Fallkontrollstudie, schlechte oder nicht unabhängige Referenzstandards	Fallserien oder Kohorten-/Fallkontrollstudien minderer Qualität
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen/Laborforschung	

*¹ „absolute SpPin“, Spezifität des Tests ist so hoch, dass ein positives Ergebnis die Diagnose sicher einschließt;

„absolute SnNout“, Sensitivität des Tests ist so hoch, dass ein negatives Ergebnis die Diagnose ausschließt.

*² dramatische Effekte: trifft zu, wenn alle Patienten starben, bevor die Therapie verfügbar war und nach Einführung der Therapie einige überleben oder wenn einige Patienten starben, bevor die Therapie verfügbar war und keiner nach Einführung der Therapie stirbt

eTABELLE 3

Graduierung der Konsensstärken (e3)

Konsensstärke	Zustimmung von ... % der Teilnehmer* ¹
starker Konsens	> 95 %
Konsens	> 75–95 %
mehrheitliche Zustimmung	50–75 %
kein Konsens	< 50 %

*¹ ein Minderheitenvotum mit Begründung war möglich, wurde jedoch nicht in Anspruch genommen