

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

## **Somatoforme Störungen im hausärztlichen Setting - Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Diagnostik**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin an der Medizinischen  
Fakultät der Universität Hamburg.

Vorgelegt von:

Katharina Schicke

aus Kiel

Hamburg 2022

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 05.10.2023**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: PD Dr. Sarah Biedermann**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Bernd Löwe**

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	I
Abbildungsverzeichnis .....	II
Tabellenverzeichnis .....	III
1 Einleitung .....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Somatoforme Störungen.....	3
2.1.1 Definition .....	3
2.1.2 Klassifikation.....	3
2.1.3 Prävalenz.....	6
2.1.4 Soziodemografische Patientencharakteristika .....	7
2.2 Komorbiditäten: Depressive Störungen und Angststörungen .....	7
2.3 Die Rolle des Hausarztes.....	9
2.4 Bedeutung einer korrekten Diagnosestellung somatoformer Störungen.....	10
2.5 Hürden in der Diagnostik einer somatoformen Störung .....	11
2.6 Zusammenfassung und Ziele der vorliegenden Arbeit .....	13
3 Material und Methoden.....	15
3.1 Studiendesign und -ablauf.....	15
3.2 Probandenscreening.....	16
3.2.1 Ablauf des Probandenscreenings.....	16
3.2.2 Messinstrumente des Probandenscreenings – PHQ Fragebögen .....	18
3.3 Telefoninterview .....	20
3.3.1 Ablauf der Telefoninterviews .....	20
3.3.2 Messinstrumente des Telefoninterviews - CIDI Interview .....	21
3.4 Weitere Messinstrumente .....	23
3.4.1 Eingangsbefragung der Hausärzte .....	23
3.4.2 Checklisten.....	23
3.5 Statische Analysen .....	24
3.5.1 Umgang mit fehlenden Werten .....	25

4	Ergebnisse .....	26
4.1	Stichprobenumfang .....	26
4.2	Charakteristika der Studienpopulation .....	28
4.3	Charakteristika der Hausärzte .....	29
4.4	Ergebnisse des Probandenscreenings (PHQ) .....	30
4.5	Ergebnisse des Telefoninterviews (CIDI).....	32
4.5.1	Häufigkeiten .....	32
4.5.2	Körperbeschwerden der Patienten mit somatoformer Störung .....	34
4.5.3	Diagnostische Übereinstimmung von Hausarzt und CIDI.....	37
4.6	Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Diagnostik somatoformer Störungen .....	42
4.6.1	Arzt-Patienten-Kommunikation .....	42
4.6.2	Weiterbildungsgrad des Hausarztes .....	46
4.6.3	Weitere mögliche Einflussfaktoren .....	46
5	Diskussion.....	48
5.1	Fragestellung 1: Häufigkeiten im hausärztlichen Setting .....	48
5.2	Fragestellung 2: Diagnostische Übereinstimmung .....	50
5.3	Fragestellung 3: Einflussfaktoren auf die Diagnostik somatoformer Störungen.....	53
5.4	Methodische Stärken und Limitationen der Studie .....	58
6	Zusammenfassung.....	62
7	Summary .....	64
8	Literaturverzeichnis.....	66
9	Danksagung.....	75
10	Lebenslauf.....	76
11	Eidesstattliche Erklärung.....	77
12	Anhang .....	78
	Anhang A: Eingangsbefragung der Hausärzte .....	78
	Anhang B: Patienteninformation .....	80

Anhang C:	Einverständniserklärung.....	83
Anhang D:	Screening-Fragebögen .....	86
Anhang E:	Checkliste.....	97
Anhang F:	Weitere Tabellen .....	101

## Abkürzungsverzeichnis

<b>CIDI</b>	Composite International Diagnostic Interview
<b>BMBF</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>DIA-X</b>	Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
<b>DIS</b>	Diagnostic Interview Schedule
<b>DSM-IV/-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4./ 5. Ausgabe
<b>GAD-7</b>	Generalized Anxiety Disorder 7
<b>HRQoL</b>	Health-Related Quality of Life
<b>ICD-10/-11</b>	International Classification of Diseases, Version 10/11
<b>M</b>	Mittelwert
<b>MUPS</b>	Medically Unexplained Physical Symptoms
<b>PHQ</b>	Patient Health Questionnaire
<b>PHQ-D</b>	Patient Health Questionnaire: deutsche Version
<b>PHQ-9</b>	Patient Health Questionnaire: Erfassung depressiver Symptomatik
<b>PHQ-15</b>	Patient Health Questionnaire: Erfassung somatoformer Symptomatik Hamburger Netz psychische Gesundheit
<b>Psychenet</b>	
<b>SCID</b>	Structured Clinical Interview for DSM-IV
<b>SD</b>	Standartabweichung
<b>SF-20</b>	20-Item Short Form Health Survey
<b>Sofu-Net</b>	Netzwerk für somatoforme und funktionelle Störungen
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>STATA</b>	Statistik Software (Stata Corp.)
<b>UKE</b>	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
<b>WHO</b>	World Health Organization

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flussdiagramm zur Entstehung der Stichprobe.....	27
Abbildung 2: Schweregrade somatoformer, depressiver und ängstlicher Symptome aller gescreenter Probanden.....	31
Abbildung 3: Häufigkeiten der Komorbiditäten depressive Störung und Angststörung bei aktuell vorliegender somatoformer Störung.....	34
Abbildung 4: Körperbeschwerden der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung.....	36

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Leitlinien für somatoforme Störungen im ICD-10 und DSM-IV . 4	
Tabelle 2: Übersicht Subkategorien somatoformer Störungen im ICD-10 und DSM-IV ..... 5	
Tabelle 3: Prävalenzen psychischer Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung ..... 7	
Tabelle 4: Prävalenz häufiger Komorbiditäten bei somatoformen Störungen ..... 8	
Tabelle 5: Übersicht über das Studiendesigns ..... 16	
Tabelle 6: Auswertung des Cohen-Kappa-Koeffizienten..... 24	
Tabelle 7: Charakteristika der Studienpopulation ..... 28	
Tabelle 8: Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte ..... 29	
Tabelle 9: Häufigkeit von somatoformen Störungen, depressiven Störungen und Angststörungen..... 33	
Tabelle 10: Diagnostische Übereinstimmung bei somatoformen Störungen ..... 37	
Tabelle 11: Diagnostische Übereinstimmung bei depressiver Störung..... 38	
Tabelle 12: Diagnostische Übereinstimmung bei Angststörungen ..... 38	
Tabelle 13: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitig vorliegender depressiver Störung ..... 40	
Tabelle 14: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitig vorliegender Angststörung ..... 41	
Tabelle 15: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitig vorliegender depressiver Störung und Angststörung..... 41	
Tabelle 16: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen in Abhängigkeit vom Kommunikationsverhalten der Patienten ..... 42	
Tabelle 17: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen in Abhängigkeit vom Kommunikationsverhalten der Patienten: Ergänzende Auswertung mittels Exaktem Fisher-Test..... 43	
Tabelle 18: Einstellung der Hausärzte zu somatoformen Beschwerden ..... 45	
Tabelle 19: Prädiktoren auf Seiten der Patienten für das Diagnostizieren einer somatoformen Störung ..... 46	

Tabelle 20: Prädiktoren auf Seiten der Hausärzte für die Diagnose einer somatoformen Störung.....	47
Tabelle 21 Schweregrade somatoformer Symptome entsprechend des PHQ-15 .....	101
Tabelle 22 Schweregrade depressiver Symptome entsprechend des PHQ-9 .....	101
Tabelle 23 Schweregrade ängstlicher Symptome entsprechend des GAD-7 .....	101
Tabelle 24 Körperbeschwerden der Patienten mit somatoformer Störung.....	102
Tabelle 26 ICD-10 Unterdiagnosen bei aktuell vorliegender somatoformer Störung.....	103

# 1 Einleitung

Somatoforme Störungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von 12,9% in der Allgemeinbevölkerung eine der häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Jacobi et al. 2004, Ronel 2008, Jacobi et al. 2014). Primäre Anlaufstelle für die Betroffenen ist der Hausarzt<sup>1</sup> (Hartz et al. 2000, Löwe et al. 2000). Ihm kommt daher als Bindeglied zwischen richtiger Diagnose und anschließender Therapie eine große Bedeutung zu. Nur bei frühzeitiger Krankheitserkennung und korrekter Diagnosestellung, kann den Patienten eine adäquate Behandlung zuteilwerden. Somatoforme Störungen gelten aber als unterdiagnostiziert und in der Folge als unzureichend oder falsch behandelt (Fink et al. 1999, Steinbrecher et al. 2011). Der Leidensdruck der Patienten ist hoch und die verringerte Lebensqualität alarmierend (Hiller et al. 2006, Löwe et al. 2008). Viele Krankheitstage und damit verbundene Gesundheitskosten verdeutlichen auch die gesundheitsökonomische Relevanz des Themas (Barsky et al. 2005).

In vorangegangenen Studien konnte bereits gezeigt werden, dass die erschwerte oder fehlende Diagnosestellung einer somatoformen Störung multifaktoriell bedingt ist (Murray et al. 2016). Sie wird unter anderem durch das Kommunikationsverhalten von Arzt und Patient, der persönlichen Einstellung und Weiterbildung des Hausarztes bezüglich somatoformer Störungen aber durch die erschwerte Einordnung der Symptome in geltende Klassifikationssysteme beeinflusst (vgl. Kapitel 2.5).

Somatoforme Störungen treten oft in Kombination mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auf. Angststörungen und depressive Störungen sind dabei die häufigsten Komorbiditäten (Löwe et al. 2000, Löwe et al. 2008, Steinbrecher et al. 2011).

In der hier vorliegenden Arbeit erfolgt daher die Bestimmung der Häufigkeiten somatoformer Störungen sowie der häufigen Komorbiditäten Angststörung und depressiver Störung im hausärztlichen Setting. Es soll zudem untersucht werden, ob das Diagnostizieren einer somatoformen Störung bei gleichzeitigem Vorliegen einer depressiven Störung und/oder Angststörung erleichtert ist. Ergänzend erfolgt eine Betrachtung der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation, der Weiterbildung des Hausarztes in psychosomatischer Grundversorgung sowie weiterer möglicher Einflussfaktoren auf die Diagnostik somatoformer Störungen.

Die hier vorliegenden Daten können helfen, die frühzeitige Krankheitserkennung in der Primärversorgung der Patienten zu verbessern. Der Vorteil dieser Arbeit ist die Verwendung des strukturierten Telefoninterviews *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) in Ergänzung zur Selbstbeurteilung der Patienten durch Module des Gesundheitsfragebogens *Patient Health Questionnaire* (PHQ) sowie die Erhebung weiterer Informationen über die Patienten durch den Hausarzt. Die im CIDI Interview ermittelten ICD-10 Diagnosen gelten dabei stets als Referenz für die Untersuchung der diagnostischen Übereinstimmung.

---

<sup>1</sup> Soweit nicht anderweitig definiert, sind im Folgenden mit der männlichen Form ausdrücklich alle Geschlechter gemeint.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Somatoforme Störungen

#### 2.1.1 Definition

Eine somatoforme Störung ist durch das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer körperlicher Symptome ungeklärter Ursache gekennzeichnet. Die vorliegenden Symptome sind durch organische Ursachen nicht hinreichend erklärbar. (Pschyrembel 2012). In einer Studie von Hanel et al. (2009) waren dies am häufigsten Abgeschlagenheit (77%), Rückenschmerzen (70%), Schlafstörungen (64,9%) und Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (61,3%) gemessen mit dem PHQ-15 Selbstbeurteilungs-Fragebogen.

Leitsymptome einer somatoformen Störung sind also eine funktionelle Störung und Schmerzen in diversen Organsystemen sowie chronische Erschöpfung oder anhaltende Müdigkeit. Der Begriff *funktionell* weist dabei auf die Funktionsstörung eines Organs- oder eines Organsystems hin (Schaefer et al. 2012).

Es ist zu beachten, dass unter dem Begriff *medizinisch nicht erklärbare Symptome* (MUPS) ebenfalls körperliche Symptome, die nicht hinreichend durch eine organische Ursache zu erklären sind, verstanden werden. Diese sind aber im Gegensatz zu einer somatoformen Störung von kürzerer Dauer und werden in keinem Klassifikationssystem als eigenständige Diagnose erfasst (Rief 2007).

#### 2.1.2 Klassifikation

Es stehen zwei Klassifikationssysteme zur diagnostischen Einordnung von psychiatrischen Erkrankungen zur Verfügung:

Das ist zum einen das fünfte Kapitel der international weit verbreiteten *International Classification of Diseases* (ICD) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation 2013, Dilling et al. 2019). Die Aufnahme der Kategorie Somatoforme Störung in das ICD erfolgte erst 1991 (Ronel 2008). Eine alternative Klassifikation findet sich im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der American-Psychiatric-Association (American-Psychiatric-Association 2000), worin die Kategorie der Somatoformen Störungen bereits seit 1980 verankert ist (Ronel 2008). Während das DSM in Deutschland

vor allem in der Forschung zur Anwendung kommt, wird das ICD seit dem Jahr 2000 in Deutschland zur Verschlüsselung von Diagnosen im stationären und ambulanten Bereich verwendet und ist auch im hausärztlichen Setting verbindlich zur Abrechnung der Behandlungskosten mit den Krankenkassen. Die aktuell gültige Version ist das ICD-10.

Tabelle 1: Diagnostische Leitlinien für somatoforme Störungen im ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Mindestens 2 Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde	Viele, über Jahre anhaltende körperliche Beschwerden mit Beginn vor dem 30. Lebensjahr, die zum Aufsuchen einer Behandlung oder funktionellen Beeinträchtigungen führen
Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist	Jedes der folgenden Kriterien muss im Verlauf erfüllt gewesen sein: Vier Schmerzsymptome Zwei Gastrointestinale Symptome Ein sexuelles Symptom Ein pseudoneurologisches Problem
Ein gewisser Grad an Beeinträchtigung sozialer und familiärer Funktionen durch die Art der Symptome und das sich daraus ergebende Verhalten	Entweder 1. oder 2.: 1. Durchgeführte Untersuchungen liefern keine vollständige Erklärung der Symptome durch körperliche Ursachen oder die Wirkung einer Substanz 2. Falls eine körperliche Ursache gefunden wird, so kann diese nicht hinreichend das Ausmaß der Beschwerden und der funktionellen Beeinträchtigung erklären
Ausschluss bewusster Simulation	Ausschluss einer bewussten Vortäuschung oder absichtlichen Erzeugung der Symptome

Quelle: American Psychiatric Association 2000, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation 2013

Wie

Tabelle 1 zu entnehmen ist, ist eine somatoforme Störung entsprechend des ICD-10 durch das wiederholte Auftreten multipler körperlicher Symptome ungeklärter Ursache über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren, die mit einer funktionellen Einschränkung einhergehen, charakterisiert. Die Patienten fordern hartnäckig medizinische Untersuchungen ein. Die durchgeführten ärztlichen Untersuchungen liefern allerdings unauffällige Ergebnisse. Lassen sich organische Probleme finden, erklären diese nicht hinreichend die vorliegenden Symptome (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation 2013). Im DSM-IV, welches bis Mai 2013 und damit während der Datenerhebung der vorliegenden Arbeit gültig gewesen ist, finden sich ähnliche Kriterien. Allerdings wird hier der Beginn der Symptome vor dem 30. Lebensjahr gefordert und im Verlauf müssen vier

Schmerzsymptome, zwei gastrointestinale Symptome, ein sexuelles Problem und ein pseudoneurologisches Symptom vorgelegen haben. Der Ausschluss bewusster Simulation wird in beiden Klassifikationssystemen gefordert.

Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV werden Subkategorien unterschieden (vgl. Tabelle 2), unterschiedlich schwere Ausprägungsformen der somatoformen Störung werden in beiden Klassifikationssystemen nicht berücksichtigt. In der Literatur wird beschrieben, dass neben einer nicht eindeutigen Definition und der Forderung nach Ausschluss einer somatischen Ursache der Beschwerden, diese fehlende Schweregradeinteilung ebenfalls ein Grund für die erschwerte Anwendbarkeit beider Klassifikationssysteme im klinischen und im wissenschaftlichen Setting ist (Ronel 2008). Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung als Vollbild somatoformer Störungen sind nur selten erfüllt, sodass gerade Patienten mit leichten Symptomen in die Sammelkategorie *Undifferenzierte Somatisierungsstörung* einzuordnen sind (Creed et al. 2004).

Tabelle 2: Übersicht Subkategorien somatoformer Störungen im ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Somatisierungsstörung (F45.0)	Somatisierungsstörung (300.81)
Undifferenzierte Schmerzstörung (F45.1)	Undifferenzierte somatoforme Störung (300.82)
Hypochondrische Störung (F45.2)	Konversionsstörung (300.11)
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	Schmerzstörung (300.xx)
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	Hypochondrie (300.7)
Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)	Körperdysmorphie Störung (300.7)
Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (F45.9)	Nicht näher bezeichnete Somatoforme Störung (300.82)

Quelle: American Psychiatric Association 2000, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation 2013

In der seit Mai 2013 gültigen Neuauflage des DSM, dem DSM-V, wurden die Subkategorien Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, Schmerzstörung sowie die hypochondrische Störung zusammengefasst und in der deutschen Version als *Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen* benannt (Hiller et al. 2014). Neu ist, dass im Sinne einer positiven Diagnose auch psychologische Faktoren die zusätzlich zu den Körperbeschwerden bestehen, Berücksichtigung finden um die subjektive Belastung durch die körperlichen Symptome zu erfassen. Hierzu gehören anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der Symptome sowie damit verbunden große Ängste über den Gesundheitszustand und eine zeitintensive Beschäftigung mit den Gesundheitsorgen. Die

zuvor geforderte eindeutige Differenzierung von medizinisch erklärbaren und nicht erklärbaren Körperbeschwerden wurde abgeschafft (American Psychiatric Association 2013, Voigt et al. 2013, Hiller et al. 2014). Es konnte bereits eine verbesserte klinische Anwendbarkeit und eine höhere prädiktive Validität des DSM-V gezeigt werden (Voigt et al. 2013). Auch in der Neuauflage des ICD, dem ICD-11, welches ab Januar 2022 gültig sein soll, werden ähnliche Neuerungen der Kriterien, welche die Diagnose vereinfachen sollen, berücksichtigt (Lahmann 2010).

### **2.1.3 Prävalenz**

Die Angaben zur Prävalenz somatoformer Störungen in der Literatur variieren in Abhängigkeit von den angewandten Untersuchungsmethoden und den verwendeten Diagnosekriterien (ICD-10 oder DSM-IV) stark (Lahmann 2010). Bei Erhebung der Prävalenz mit Hilfe von Symptomchecklisten findet sich eine Prävalenz von 18,4% (Hanel et al. 2009), bei Verwendung von diagnostischen Interviews zeigt sich hingegen eine deutlich höhere Prävalenz von 35,9% (Toft et al. 2005). Im Rahmen des deutschen Bundesgesundheits surveys, der entsprechend der Kriterien des DSM-IV erhoben wurde, konnte eine 12-Monatsprävalenz von 3,5% in der Allgemeinbevölkerung für irgendeine somatoforme Störung dokumentiert werden (Jacobi et al. 2014). Frauen sind dabei mit einer 12-Monatsprävalenz von 5,2% deutlich häufiger betroffen als Männer (1,7%) (Jacobi et al. 2014). Im vorherigen Bundesgesundheits survey, der in den Jahren 1998/1999 erhoben wurde, wurde eine 12-Monatsprävalenz von 11% dokumentiert (Jacobi et al. 2004). Die Lebenszeitprävalenz somatoformer Störungen liegt laut Ronel et al. (2008) bei 12,9%. In einer Befragung der deutschen Allgemeinbevölkerung wurden alle 53 Symptome entsprechend den Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV, die mit einer somatoformen Störung assoziiert sind, erfragt. Es konnte gezeigt werden, dass 81,6% an mindestens einem Körpersymptom litten, welches zu einer leichten Beeinträchtigung führte und 22,1% an einem Körpersymptom, welches zu einer schweren Beeinträchtigung führte (Hiller et al. 2006).

Betrachtet man das Vorkommen somatoformer Störungen im hausärztlichen Setting, finden sich deutlich höhere Prävalenzen für somatoforme Störungen verglichen mit der deutschen Allgemeinbevölkerung (vgl. Tabelle 3). Steinbrecher et al. (2011) fanden eine 12-Monatsprävalenz von 22,9% für Somatisierungsstörungen, 11,4% für Angststörungen und 12,4% für depressive Störungen. In einem Review von Murray et al. (2013) werden für

Somatisierungsstörungen im hausärztlichen Setting sogar Prävalenzen von 16,1% bis 57,5% beschrieben. In der Metaanalyse von Haller et al. aus dem Jahr 2015 wurden nur Studien berücksichtigt, in denen die Diagnosekriterien nach ICD-10 oder DSM-IV sowie standardisierte Fragebögen angewendet wurden, dennoch fand sich eine große Inhomogenität der Studien und beschriebenen Prävalenzen für Somatisierungsstörungen im primärärztlichen Setting von 26,2% bis 34,8%. Bei 40,2% bis 49% der Patienten fand sich mindestens ein medizinisch ungeklärtes Symptom.

Tabelle 3: Prävalenzen psychischer Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung

<b>12 Monats Prävalenzen in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland</b>	
<b>Somatoforme Störungen</b>	22,9%
<b>Depressive Störungen</b>	12,4%
<b>Angststörungen</b>	11,4%
<b>Psychische Erkrankungen insgesamt</b>	37,1%

Quelle: Steinbrecher et al. 2011

#### **2.1.4 Soziodemografische Patientencharakteristika**

In mehreren Studien konnten Patientencharakteristika identifiziert werden, die mit dem Auftreten einer somatoformen Störung assoziiert sind. Dazu gehört das weibliche Geschlecht, höheres Alter (über 45 Jahre), niedriger Bildungsstand, geringes Haushaltseinkommen, Wohnort in ländlichen Regionen, Nicht-Muttersprachler (Hiller et al. 2006, Steinbrecher et al. 2011). Laut Steinbrecher et al. (2011) sind Frauen sogar fünffach häufiger betroffen als Männer. In einer in England durchgeführten Studie konnte weiterhin gezeigt werden, dass sowohl für die Entstehung medizinisch ungeklärter Symptome als auch für die Entwicklung einer großen Anzahl multipler somatischer Beschwerden (medizinisch geklärt und ungeklärt) die gleichen Prädiktoren zu identifizieren sind. Dazu zählen der Familienstand verwitwet, geschieden oder getrennt, weniger als zwölf Jahre Schulbildung, seelischer Missbrauch in der Kindheit, schwere körperliche Grunderkrankung oder Verletzung, Angststörungen und depressive Störungen (Creed et al. 2012).

## **2.2 Komorbiditäten: Depressive Störungen und Angststörungen**

Entsprechend des Bundesgesundheits surveys, dessen Daten von 2008 bis 2012 erhoben wurden, sind Angststörungen mit einer 12-Monatsprävalenz von 15,3% die häufigsten

psychischen Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung, gefolgt von depressiven Störungen mit einer 12-Monatsprävalenz von 9,3% (Jacobi et al. 2014). Hierbei sind ebenso wie bei der somatoformen Störung Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer (12-Monatsprävalenz: Angststörungen w: 21,3%, m: 9,3%; depressive Störungen w: 12,4%, m: 6,1%) (Jacobi et al. 2014).

Bei 40-50% der Patienten, die von einer psychischen Störung betroffen sind, liegt eine weitere psychiatrische Diagnose vor (Jacobi et al. 2014). Auch somatoforme Störungen präsentieren sich häufiger in Kombination mit depressiven Störungen und Angststörungen denn als solitäre Störungen. Nach einer US-amerikanischen Studie von B. Löwe et al. aus den Jahren 2004 und 2005 haben 54% aller Patienten mit einer diagnostizierten somatoformen Störung gleichzeitig auch eine Angststörung, eine depressive Störung oder beides. Bei einer diagnostizierten Angststörung liegt in 57% der Fälle zusätzlich eine depressive Störung, eine somatoforme Störung oder beides vor. Auch bei einer diagnostizierten depressiven Störung treten in 75% der Fälle eine Angststörung, eine somatoforme Störung oder beide zusammen als Komorbiditäten auf (Löwe et al. 2008).

Für deutsche Hausarztpraxen im Speziellen konnten Steinbrecher et al. (2011) zeigen, dass in 43,2% der Fälle eine somatoforme Störung in Kombination mit wenigstens einer weiteren psychischen Erkrankung vorliegt. Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, waren auch hier die häufigsten Komorbiditäten Angststörungen und affektive Störungen. In 8,3% der Fälle lag sowohl zusätzlich eine affektive als auch eine Angststörung vor. Die Anzahl der Komorbiditäten korreliert dabei mit dem Schweregrad der vorliegenden somatoformen Störung gemessen an der Anzahl der im PHQ-15 genannten Körperbeschwerden (Steinbrecher et al. 2011).

Tabelle 4: Prävalenz häufiger Komorbiditäten bei somatoformen Störungen

<b>Somatoforme Störung</b>	
<b>+ Depressive Störung</b>	27,7%
<b>+ Angststörung</b>	20,3%
<b>+ Depressive Störung und Angststörung</b>	8,3%

Quelle: Steinbrecher et al. 2011

Sowohl bei den somatoformen Störungen, als auch depressiven Störungen und Angststörungen ist der Leidensdruck der Patienten sehr hoch und es kommt zu einer Minderung der gesundheitsassoziierten Lebensqualität (HRQoL: Health-Related Quality of Life). In einer Arbeit von Löwe et al. (2008) wurde die gesundheitsassoziierte Lebensqualität

mittels des 20-Item Short Form Health Surveys (SF-20) entsprechend der subjektiven Selbsteinschätzung der Patienten gemessen. Die ermittelten Skalenwerte sind ein Maß für die vom Patienten erlebte Beeinträchtigung verschiedener Funktionsbereiche durch ihre Gesundheit (Skalenwert 0 = maximale Beeinträchtigung, Skalenwert 100 = keine Beeinträchtigung). Betrachtet man beispielhaft die körperliche Funktionsfähigkeit der Patienten, ergaben sich deutlich reduzierte Skalenwerte von 53,6 bei Patienten mit somatoformer Störung, 51,8 bei Patienten mit depressiver Störung und 62,5 bei Patienten mit Angststörungen im Vergleich zu einem Skalenwert von 80,7 in der Referenzgruppe. Auch die soziale Funktionsfähigkeit war bei Patienten mit einer somatoformen Störung (Skalenwert 53,1) genauso wie bei depressiven Patienten (Skalenwert 45,5) und bei Patienten mit einer Angststörung (Skalenwert 56,4) verglichen mit der Referenzgruppe (Skalenwert 87,3) deutlich eingeschränkt (Löwe et al. 2008).

### **2.3 Die Rolle des Hausarztes**

Auf der Suche nach einer organischen Ursache für die Beschwerden, unter denen die Patienten mit einer somatoformen Störung leiden, ist der Hausarzt oft die erste Anlaufstelle (Hartz et al. 2000, Löwe et al. 2000). Bei vielen Patienten mit einer somatoformen Störung bestehen zusätzlich somatische Krankheiten, die ebenfalls in das Behandlungsspektrum des Hausarztes gehören. Am häufigsten sind das Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (42,4%), des muskuloskelettalen Systems (29,1%), der Atmungsorgane (20,%), endokrinologische und metabolische Störungen (17,6%) sowie Erkrankungen des Verdauungstraktes (13,3%). Dabei ist es oft schwer für den Hausarzt eindeutig zu differenzieren, welche Symptome eher organischen oder psychosozialen Ursprungs sind (Fink et al. 2005). In jedem Fall führen die Beschwerden aber zu einem häufigen Arzt-Patienten Kontakt (Hanel et al. 2009). Die fünf häufigsten Symptome, die von Patienten mit diagnostizierter somatoformer Störung beschrieben werden, sind Abgeschlagenheit (77%), Rückenschmerzen (70%), Schlafstörungen (64,9%), Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (61,3%), Brustschmerzen (56,4%) (Hanel et al. 2009).

Weiterhin konnten Hanel et al. (2009) zeigen, dass die Anzahl der komorbide vorliegenden psychiatrischen Störungen mit der Häufigkeit der Arztbesuche korreliert. 47,2% der Patienten mit einer somatoformen Störung bei gleichzeitig bestehender Angststörung und depressiver Störung suchen mindestens einmal im Monat ihren Hausarzt auf. Im Vergleich dazu konsultierten nur 23,5% der Patienten mit einer isolierten somatoformen Störung ihren

Hausarzt in der gleichen Häufigkeit und von den Patienten, bei denen keine psychische Erkrankung vorliegt, tun dies lediglich 7,8% (Hanel et al. 2009).

## **2.4 Bedeutung einer korrekten Diagnosestellung somatoformer Störungen**

Somatoforme Störungen gelten als unterdiagnostiziert (Nimnuan et al. 2000, Schaefert et al. 2010). Die Diagnose wird oft verspätet oder gar nicht gestellt (Levenson 2011). Laut Steinbrecher et al. (2011) wurde bei nur 33% bis 60% der Patienten vom Hausarzt die korrekte Diagnose einer Somatisierungsstörung gestellt und eine entsprechende Therapie eingeleitet. Im Durchschnitt vergehen 6 Jahre bis zum Beginn einer adäquaten Therapie (Henningsen et al. 2005, Rief et al. 2006).

Eine adäquat gestellte Diagnose und der Beginn einer Therapie ist von großer Bedeutung, da die Patienten mit einer somatoformen Störung eine deutlich reduzierte gesundheitsassoziierte Lebensqualität (Löwe et al. 2008, Zonneveld et al. 2013) und ein hohes Risiko für suizidale Handlungen haben (Wiborg et al. 2013). Weiterhin ist auch die gesundheitsökonomische Relevanz der somatoformen Störung sowie der ebenfalls untersuchten Komorbiditäten depressive Störungen und Angststörungen zu beachten. Eine Studie von Grabe et al. (2009) konnte zeigen, dass Patienten mit einer Somatisierungsstörung 49,2% höhere Gesundheitskosten verursachen als nicht betroffene. Bei Patienten mit einer depressiven Störung sind die Kosten um 40,9% höher und bei Patienten mit einer Angststörung um 24%. Liegen diese psychiatrischen Krankheiten komorbide vor, entstehen sogar durchschnittlich über 50% höheren Gesamtkosten in einem Zeitraum von 5 Jahren (Grabe et al. 2009). Weiterhin haben die Betroffenen mit einer Somatisierungsstörung und gleichzeitig bestehender depressiver Störung 16,2% mehr ambulante Arztkontakte, bei gleichzeitig vorliegender Angststörung sind es 18,4% mehr Arztkontakte (Grabe et al. 2009). Auch kommt es bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung zu deutlich mehr krankheitsbedingten Fehltagen. Im Mittel sind das 13,5 zusätzliche krankheitsbedingte Fehltag pro Jahr im Vergleich zu einem gesunden Arbeitnehmer. Bei depressiven Störungen sind es im Mittel 17,8 Tage sowie 11,4 Tage zusätzliche Tage bei einer Angststörung (Löwe et al. 2008).

Mit der kognitiven Verhaltenstherapie gibt es eine effiziente Therapieform somatoformer Störungen (Kroenke 2007), die die Beschwerden der Patienten signifikant verbessert und zu einer Reduktion der verursachten Gesundheitskosten führt (Looper et al. 2002, Hiller et al. 2003, Kroenke 2007, Sumathipala 2007). Dies verdeutlicht, dass eine korrekte Diagnosestellung durch den Hausarzt, der für viele Betroffene die erste Anlaufstelle ist, von großer Relevanz ist, vgl. Kapitel 2.3 (Hartz et al. 2000, Löwe et al. 2000). Um eine stufenweise Behandlung entsprechend des Krankheitsverlaufs zu ermöglichen, kommt dem Hausarzt auch im weiteren Verlauf als Koordinator der Zusammenarbeit von Ärzten und Therapeuten eine wichtige Rolle zu.

## **2.5 Hürden in der Diagnostik einer somatoformen Störung**

Gründe für die mangelhafte oder oft verspäte Diagnostik gibt es sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Arztes (Murray et al. 2016). So konnten Murray et al. (2016) zeigen, dass Patienten ihre Beschwerden beim Hausarzt oft nur ungenau, unvollständig und unsortiert vorbringen. Insbesondere psychische und private Probleme werden nur teilweise oder gar nicht kommuniziert. Ursächlich ist zum einen fehlendes Vertrauen in den Arzt und dessen Behandlungsmöglichkeiten, aber auch die Angst davor, dass solche Gespräche aus zeitlichen Gründen in der Sprechstunde unerwünscht sind. Viele halten das hausärztliche Setting auf Grund negativer Erfahrungen bei vorherigen Konsultationen für ungeeignet (Murray et al. 2016). Erschwerend kommt hinzu, dass viele Patienten an das biomedizinische Modell zur Krankheitsentstehung glauben. Demnach entstehen Krankheiten durch biochemisch oder physikalisch nachweisbare Ursachen und sind nicht durch psychosoziale Faktoren beeinflusst. (Ring et al. 2004). Die Patienten sind überzeugt davon, dass es eine somatische Ursache ihrer Beschwerden gibt (Dwamena et al. 2009) und erwarten eine ausführliche Diagnostik mit konsekutiven Interventionen (Perron 2006).

Von Seiten des Arztes ist die dem Patienten entgegengebrachte Empathie wichtige Voraussetzung für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Kommunikation (Lühmann 2016), welche aber häufig unzureichend ist (Ring 2005). Dies hält die Patienten in der Folge wiederum davon ab, psychische Probleme überhaupt mit dem Hausarzt zu besprechen. Der Blick vieler Ärzte wird insbesondere bei Patienten mit ausgeprägten körperlichen Symptomen und starkem Leidensdruck in Richtung einer somatischen Erkrankung gelenkt, sodass Ziel ihres Handelns ist, eine solche auszuschließen aus Angst davor etwas zu

übersehen (van Staden 2006). Andernfalls riskiert der Hausarzt, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, die vorgetragenen Beschwerden und deren Krankheitswert nicht ernst zu nehmen (van Staden 2006). Hinzu kommt oft eine fehlende Wachsamkeit des Arztes für mögliche psychosoziale Ursachen der vorgetragenen Beschwerden (Wainwright 2006). Sowie die Schwierigkeit den möglichen psychischen Ursprung der vorgetragenen somatischen Beschwerden dem Patienten so nahezubringen, dass dieser die Erklärung akzeptieren kann (Dowrick et al. 2004, Dowrick et al. 2004, T.C. Olde Hartman 2009). Die Folge ist eine ausführliche somatische Diagnostik, verbunden mit einem Ärztemarathon für die Patienten. Darüber hinaus haben viele Ärzte das Gefühl, dass von ihnen erwartet wird, eine Intervention einzuleiten. Problematisch daran ist, dass bei ausbleibendem Erfolg von Diagnostik und möglicherweise unnötiger Interventionen die Frustration des Patienten noch größer wird (Murray et al. 2013).

Murray et al. (2016) konstatieren in ihrem Review, dass ein weiterer Hinderungsgrund für die korrekte Diagnosestellung sei, dass viele Ärzte den Umgang mit Patienten mit einer Somatisierungsstörung als belastend (Raine 2004) und frustrierend (Woivalin et al. 2004) empfinden und ihnen die Arbeit mit diesen Patienten wenig Freude bereite (Bowen et al. 2005). Präsentieren die Patienten sehr viele verschiedene Symptome, so lasse dies viele Ärzte an der Echtheit, der vorgebrachten Beschwerden zweifeln (Jobst 2006). Ob eine verbesserte Weiterbildung der Hausärzte in Hinblick auf Diagnostik und Therapie psychosomatischer Krankheitsbilder erforderlich ist oder vielmehr ein generelles Umdenken in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient in der hausärztlichen Versorgung, bleibt laut Murray et al. (2013) zu untersuchen.

Zudem erschwert die Anwendung geltender Diagnosekriterien für psychische Erkrankungen die korrekte diagnostische Einordnung im hausärztlichen Setting. Entsprechend des Reviews von Murray et al. (2016) werden die Klassifikationssysteme von Hausärzten als schwierig anzuwenden, nicht eindeutig, überlappend oder zu eingeschränkt empfunden. 10 bis 15% der Patienten in der primärärztlichen Versorgung, präsentieren medizinisch ungeklärte Symptome, die zwar mit einer funktionellen Einschränkung einhergehen, aber nicht den Diagnosekriterien einer somatoformen Störung genügen (Jackson et al. 2008). In einer Multicenter Studie von Hanel et al. (2009) konnte aber gezeigt werden, dass im primärärztlichen Setting eben diese milden Ausprägungsformen sowohl bei Somatisierungsstörungen als auch bei depressiven Störungen und Angsterkrankungen häufig anzutreffen sind. Die aktuell gültigen diagnostischen Instrumente (ICD-10 und DSM-IV)

bieten den Hausärzten nur unzureichende Möglichkeiten, eine Klassifikation der Symptome vorzunehmen (Hanel et al. 2009). Im ICD-10 werden zwar verschiedene Unterformen der somatoformen Störung unterschieden (vgl. Tabelle 2), verschiedene Schweregrade allerdings nicht. Laut § 295 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB-V §295) sind Ärzte in der ambulanten Versorgung in Deutschland aber verpflichtet, ihre Behandlungsdiagnosen dem ICD-10 entsprechend zu kodieren als Voraussetzung der Leistungsabrechnung (Bundesministerium für Gesundheit 2017).

## **2.6 Zusammenfassung und Ziele der vorliegenden Arbeit**

Vorangegangenen Studien ist zu entnehmen, dass Somatisierungsstörungen, Angststörungen sowie depressive Störungen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern gehören (Jacobi et al. 2004, Jacobi et al. 2014) und häufiger in Kombination denn als solitäre Störung auftreten (Löwe et al. 2008). Sie sind häufiger Vorstellungsgrund beim Hausarzt (Hartz et al. 2000). Dem Hausarzt kommt daher eine zentrale Rolle bei der Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu. Bisher erfolgt die Diagnosestellung jedoch oft spät oder gar nicht (Levenson 2011, Steinbrecher et al. 2011), sodass keine adäquate Therapie eingeleitet werden kann (Henningsen et al. 2005, Rief et al. 2006) und ein schlechtes Outcome mit Reduktion der gesundheitsassoziierten Lebensqualität die Folge sind (Löwe et al. 2008, Zonneveld et al. 2013).

Es konnte bereits in vorangegangenen Arbeiten gezeigt werden, dass die Hürden für die Diagnosestellung einer somatoformen Störung multifaktoriell bedingt sind und auf Seiten der Ärzte und der Patienten zu finden sind (Murray et al. 2013, Murray et al. 2016). Dazu zählen unter anderem Schwierigkeiten in der Arzt-Patienteninteraktion (Salmon et al. 2004, Nordin et al. 2006, T.C. Olde Hartman 2009, Murray et al. 2016) und ein oft nur bedingter Zugang für eine mögliche psychosoziale Komponente der Beschwerden (Ring et al. 2004, Dwamena et al. 2009), aber auch strukturelle Probleme wie der Zeitmangel (Dowrick et al. 2008) in der hausärztlichen Praxis und Schwierigkeiten bei der Einordnung der präsentierten Symptome in die gültigen Klassifikationssysteme (Jackson et al. 2008, Hanel et al. 2009, Murray et al. 2016).

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel Einflussfaktoren bei der Diagnostik somatoformer Störungen speziell im primärärztlichen Setting aufzuzeigen. Dafür werden zunächst die Häufigkeiten somatoformer Störungen, der häufigen Komorbiditäten depressive Störungen

und Angststörungen sowie deren kombiniertes Auftreten in der hausärztlichen Praxis bestimmt. Weiterhin wird die diagnostische Übereinstimmung zwischen der Diagnose des Hausarztes und der in einem CIDI-Interview ermittelten Diagnose für somatoforme Störungen, Angststörungen und depressive Störungen nach ICD-10 Kriterien ermittelt. Anhand dessen soll untersucht werden, ob das Erkennen von Somatisierungsstörungen durch den Hausarzt bei gleichzeitigem Vorliegen einer Angststörung und/oder depressiver Störung erleichtert ist. Weiterhin sollen die Arzt-Patienten-Kommunikation (Gesprächsverhalten der Patienten, Einstellung der Hausärzte gegenüber Patienten mit somatoformen/ funktionellen Beschwerden), die Weiterbildung der Hausärzte in psychosomatischer Grundversorgung sowie weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Diagnostik somatoformer Störungen durch den Hausarzt untersucht werden.

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Studiendesign und -ablauf

Das Projekt *Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Störungen* (Sofu-Net) ist ein Teilprojekt des *Hamburger Netzes psychische Gesundheit* (Psychenet) (Haerter 2015, Shedden-Mora et al. 2016). Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes, ist eine verbesserte Prävention, Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen.

Sofu-Net ist ein koordiniertes gestuftes Netzwerk welches unter Verwendung geeigneter Screening-Instrumente und eines gestuften Behandlungsmodells die Versorgungssituation von Patienten mit somatoformen bzw. funktionellen Störungen in Hamburg verbessern soll (Löwe et al. 2017). Konkret bedeutet dies nach Shedden-Mora et. al 2015, dass eine Chronifizierung der Erkrankung, unnötiges Leiden der Patienten und daraus resultierende Gesundheitskosten durch eine schnelle, effektive Behandlung der Patienten verhindert werden sollen. Das Netzwerk wurde zwischen 41 Hausärzten aus 20 Arztpraxen, 35 niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und acht psychosomatischen Kliniken etabliert. Die Netzwerkteilnehmer wurden über einen Verteiler der Hamburger Ärztekammer rekrutiert und in einem dreistündigen Netzwerktreffen über den Aufbau und die Bestandteile des Netzwerkes sowie gültige Leitlinien zum Umgang mit Patienten mit somatoformen Beschwerden aufgeklärt. (Shedden-Mora et al. 2015). Zudem wurden in einer Eingangsbefragung Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte erfragt.

Die Querschnittsstudie war in zwei Phasen aufgeteilt und hatte eine Laufzeit von insgesamt vier Jahren (2011-2014), siehe Tabelle 5. In Phase I (2011-2013) erfolgte der Aufbau des Gesundheitsnetzes Sofu-Net. Mittels einer Prä-Post-Studie wurde zunächst der Ist-Zustand vor der Etablierung des Gesundheitsnetzwerkes erhoben (Prä-Datenerhebung) und ein Jahr später die Versorgung im Sofu-Net überprüft (Post-Datenerhebung). Die Studienteilnehmer hierfür wurden in den teilnehmenden Hamburger Hausarztpraxen rekrutiert. Mit Hilfe eines Screening-Fragebogens wurden potentielle Studienteilnehmer detektiert und bei erfolgtem Einverständnis im Anschluss möglichst zeitnah ein strukturiertes diagnostisches CIDI-Interview durchgeführt (vgl. auch Kapitel 3.2 und 3.3). Zum Vergleich der im CIDI-Interview ermittelten Diagnosen mit der Diagnose des Hausarztes, wurde für jeden Interviewteilnehmer durch den Hausarzt zusätzlich ein Fragebogen (Checkliste) ausgefüllt. Für jeden ausgefüllten Fragebogen erhielt der Hausarzt 15€, weitere finanzielle Vorteile für

die teilnehmenden Ärzte gab es nicht. In der anschließenden Phase II in den Jahren 2013 und 2014 wurde mit einer Beobachter-verblindeten Kontrollstudie die Versorgung im Sofu-Net mit der Regelversorgung in einer Kontrollregion verglichen um die Wirksamkeit des Gesundheitsnetzes Sofu-Net zu evaluieren.

Tabelle 5: Übersicht über das Studiendesigns

<b>Phase I (09/2011 – 04/2013)</b>		<b>Phase II (08/2013 – 12/2014)</b>
<b>Machbarkeitsstudie</b> Ziel: Evaluation des Gesundheitsnetzwerks		<b>Kontrollstudie</b> Ziel: Nachweis der Wirksamkeit
<b>Prä-Studie:</b> Ist-Zustand Erhebung	<b>Post-Studie:</b> Versorgung im Sofu-Net	<b>Beobachter-verblindeter Vergleich:</b> Versorgung im Sofunet ↔ Regelversorgung in Kontrollregion

Quelle: modifiziert nach Shedden Mora et al. 2015

Die Daten, der vorliegenden Arbeit, wurden im Rahmen der Post-Datenerhebung der Phase I gesammelt, die im Zeitraum von September 2012 bis April 2013 durchgeführt wurde.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer auf ihre ethische Unbedenklichkeit geprüft und im ISRCTN-Studienregister angemeldet (ISRCTN55870770).

## 3.2 Probandenscreening

### 3.2.1 Ablauf des Probandenscreenings

An jeweils zwei bis vier Tagen wurden alle Patienten, die sich während der Sprechzeit im Wartezimmer der teilnehmenden Praxis befanden, von Studienmitarbeitern angesprochen und gebeten am Screening teilzunehmen.

Es galten folgende Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Probandenscreening:

- Alter < 18 Jahre
- schwere körperlichen Erkrankung
- schwere intellektuelle Defizite
- mangelhafte Deutschkenntnissen/ Verständnisschwierigkeiten in Schrift und Wort

Die Patienten wurden über die Ziele der Studie sowie den Umgang mit den Daten im Sinne des Datenschutzes aufgeklärt und der Screening-Fragebogen ausgehändigt. Personenbezogene Daten wie Namen und Adressen der Patienten wurden im Screening nicht erhoben.

Als Screening-Instrument wurden drei Gesundheitsfragebögen verwendet, die Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer Somatisierungsstörung, Angststörung sowie depressive Störungen lieferten. Der PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) für die Erfassung somatoformer Symptome, der PHQ-9 für depressive Symptome und der GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) für ängstliche Symptome. Bei schweren somatoformen Symptomen (Cut-Off von  $\geq 15$ , PHQ-15) oder mittelschweren somatoformen Symptomen (Cut-Off von  $\geq 10$ , PHQ-15) und gleichzeitig bestehender mittelgradig ausgeprägter Angstsymptomatik (Cut-Off von  $\geq 10$ , GAD-7) oder depressiver Symptomatik (Cut-Off von  $\geq 10$ , PHQ-9), waren die Kriterien für die Studienteilnahme erfüllt.

Die Fragebögen wurden persönlich von den Studienmitarbeitern entgegengenommen. Die Auswertung erfolgte noch vor Ort. Dadurch war es möglich die Patienten trotz des anonymisierten Screening-Fragebogens zuzuordnen und anzusprechen. Bei positivem Screening-Ergebnis wurden die Patienten in einem separaten Zimmer mündlich und schriftlich über die Teilnahme an einem anschließenden Telefoninterview zur Verifizierung der Diagnosen und Ermittlung weiterer Daten aufgeklärt. Bei erfolgter Einwilligung in die weitere Studienteilnahme unterzeichneten die Probanden eine Einverständniserklärung. Die Daten wurden von nun an pseudonymisiert und unter einer zufällig im Rahmen des Screenings zugeteilten sechsstelligen Patienten-ID verwaltet. Es erfolgte keine detaillierte Ergebnisweitergabe der Screeningergebnisse an den Hausarzt. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen mit personenbezogenen Daten wurden im Sinne des Datenschutzes strikt getrennt verwahrt. Die Gründe für eine Nicht-Teilnahme am Screening oder am Telefoninterview wurden von den Studienmitarbeitern dokumentiert.

### 3.2.2 Messinstrumente des Probandenscreenings – PHQ Fragebögen

Der Screening-Fragebogen umfasste insgesamt sechs Seiten. Auf den ersten beiden Seiten erfolgte die Erfassung von somatoformen, depressiven und ängstlichen Symptomen als Hinweis auf das Vorliegen einer somatoformen Störung, einer depressiven Störung bzw. Angststörung anhand von Selbstbeurteilungsfragebögen. Hierfür wurden verschiedene Module des *Patient Health Questionnaire* (PHQ) eingesetzt. Bei der verwendeten deutschsprachigen Version des PHQ: *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D*, handelt es sich um einen standardisierten Selbstbeurteilungsfragebogen zur Diagnostik der häufigsten psychischen Erkrankungen im hausärztlichen Setting. Die Auswertung des PHQ erfolgt kontinuierlich. Das heißt, ein Modul enthält mehrere Items mit Antwortmöglichkeiten, denen ein eindeutiger numerischer Wert zugeordnet ist. Die errechneten Summenwerte für die einzelnen Module korrelieren mit dem Schweregrad der vorliegenden Symptome. Ergänzend zur Diagnostik ist daher mit dem PHQ eine Verlaufsbeurteilung möglich. (Löwe et al. 2002).

Im speziellen Fall wurden folgende gut validierte Module der Kompletversion eingesetzt (Kroenke et al. 2010):

- **PHQ-15:** Somatoforme Symptome  
(Somatisierungsstörung)
- **PHQ-9:** Depressive Symptome  
(Major Depression und andere depressive Störungen)
- **GAD-7:** Ängstliche Symptome  
(Panikstörungen und andere Angststörungen)

Der PHQ-15 erfasst 15 körperliche Symptome, anhand dessen das Risiko für das Vorliegen einer somatoformen Störung abgeschätzt werden kann (Korber et al. 2011). Es wird das Auftreten und die Schwere der körperlichen Symptome innerhalb der letzten vier Wochen anhand einer 3-Punkte Likert Skala erfragt (nicht beeinträchtigt = 0, wenig beeinträchtigt = 1, stark beeinträchtigt = 2). Die möglichen Summenwerte von 0 – 30 korrelieren bei Cut-Off Werten von 5, 10 und 15 mit einer leichten, mittleren und schweren Somatisierung (Kroenke et al. 2010).

Der PHQ-9 misst mit seinen 9 Items Symptome einer depressiven Störung bezogen auf die letzten zwei Wochen mittels einer 4-Punkte Likert Skala (von überhaupt nicht beeinträchtigt = 0 bis beinahe jeden Tag beeinträchtigt = 3). Mit einem Cut-Off von 5, 10, 15, und 20

ermöglicht der ermittelte Summenwert eine dimensionale Auswertung mit Bestimmung des Schweregrades entsprechend keiner oder minimaler, milder, mittelgradiger und schwerer depressiver Symptomatik (Kroenke et al. 2010).

Das Modul GAD-7 ist eine Weiterentwicklung des ursprünglichen Moduls für *andere Angststörungen* aus dem PHQ. Es setzt sich aus 7 Items zusammen, die Symptome einer generellen Angststörung in den letzten zwei Wochen anhand einer 4-Punkte Likert Skala erfassen (von überhaupt nicht beeinträchtigt = 0 bis beinahe jeden Tag beeinträchtigt = 3). Eine Einteilung in eine milde, mittelgradig und schwer ausgeprägte Angstsymptomatik kann anhand der Cut-Off Werte von 5, 10 und 15 erfolgen (Kroenke et al. 2010). Kroenke et al. (2007) zeigten, dass der Fragebogen zusätzlich eine hohe Spezifität und Sensitivität für die Erfassung von Hinweisen auf eine Panikstörungen, soziale Phobien und Posttraumatische Belastungsstörungen bietet (Kroenke et al. 2007).

Auf den folgenden Seiten des Screening-Fragebogens wurden zusätzlich soziodemografische Daten der Patienten erhoben. Basierend auf den Demografischen Standards des Statistischen Bundesamtes (Hoffmeyer-Zlotnik et al. 2010) wurde das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Nationalität und der höchste Schul- bzw. Hochschulabschluss erfragt. Weiterhin wurde anhand einer sechsstufigen Likert Skala erfragt, wie häufig die Patienten mit ihrem Hausarzt über psychische oder private Probleme sprachen. Die Skala reichte von 1 = nie bis 6 = immer. Die im Rahmen dessen erhobenen Daten wurden in der vorliegenden Arbeit zur Bestimmung der Patientencharakteristika und den Auswertungen zur Arzt-Patientenkommunikation herangezogen.

Darüber hinaus wurden noch die Häufigkeit der hausärztlichen Konsultationen in den letzten sechs Monaten sowie eine aktuell bestehende psychotherapeutische Behandlung bzw. das Bemühen um eine solche innerhalb des letzten Jahres und damit verbundene Wartezeiten auf Erstgespräche/Therapiebeginn erfragt. Zum Schluss wurden noch die Informationsquellen der Patienten bezüglich Gesundheitsthemen erfasst. (vgl. Anhang D:)

## 3.3 Telefoninterview

### 3.3.1 Ablauf der Telefoninterviews

Parallel zur Screening-Phase sowie im Anschluss erfolgte die weitergehende Diagnostik der screening-positiven Patienten mittels eines Telefoninterviews. Unter Verwendung des computergestützten *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) erfolgte dabei die diagnostische Einordnung der untersuchten Symptome nach den Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV. Ergänzend zum CIDI wurden im Rahmen des Telefoninterviews noch weitere Daten erhoben.

Das Interview wurde von zuvor geschulten Interviewern durchgeführt und die durchschnittliche Dauer des Interviews lag bei etwa 1,5 Stunden. Um möglichst viele Interviews realisieren zu können, wurden Probanden, die bis dato nicht erreicht worden waren, abschließend noch jeweils fünf Mal zu unterschiedlichen Zeitpunkten an unterschiedlichen Wochentagen angerufen. Einige Interviews konnten nach einer Unterbrechung auf Wunsch des Patienten zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden, einige konnten nicht komplett realisiert werden. Bei nicht Vorhandensein eines Telefons, einer gravierenden Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes bis hin zum Tod des Patienten, erfolgte ein nachträglicher Ausschluss aus der Studie.

Dem Probanden wurden die Fragen wörtlich vorgelesen. Eine Umformulierung oder weitere Erklärung der Fragen durch den Interviewer waren auch bei Verständnisschwierigkeiten auf Seiten des Probanden ausgeschlossen. In diesem Fall erfolgte allein eine Wiederholung der Frage. Die Mehrzahl der Fragen waren mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Gab der Computer zur Beantwortung einer Frage mehrere Antwortmöglichkeiten vor, so wurden diese vom Untersucher vorgelesen. War dem Probanden die Beantwortung einer Frage nicht möglich oder lehnte er sie ab, so konnte auch „Weiß nicht“ oder „Antwort verweigert“ als Antwortoption ausgewählt werden. Die Dateneingabe erfolgte in die Maske des Programmteils Diax-In, der den Untersucher durch das Interview führte. Durch Eingabe der probandenspezifischen ID zu Beginn des Interviews war eine eindeutige Zuordnung der Daten gewährleistet. Nach Beendigung des Interviews wurden die Ergebnisse der Befragung in einer Diax-Out Datei, ebenfalls mit der Patienten ID versehen, gespeichert. Der Programmteil Diax-Out erstellte aus den Ergebnissen eine word.txt-Datei, die die ICD-10

und DSM-IV basierten Diagnosen beinhaltet. Eine Weiterleitung der Ergebnisse an den behandelnden Hausarzt des Probanden unterblieb aus Datenschutzgründen.

Anschließend an diesen computergestützten Anteil des Telefoninterviews folgte noch ein auf Papier gedruckter Teil, der handschriftlich von den Interviewern ausgefüllt wurde. In dieser *Telefonischen Befragung im Rahmen des Gesundheitsnetzes somatoforme Störungen* wurden soziodemografische Daten, Angaben zur Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung und Versorgungsleistungen, sowie die gesundheitsassoziierte Lebensqualität mittels *Short Form 12* (SF-12) erfasst. Zudem wurden mit dem *Whiteley-7* diagnostische Hinweise einer Hypochondrie und mit dem *Brief Illness Perception Questionnaire* (IQP-B) die subjektive Krankheitswahrnehmung der Probanden erfragt.

Für die Analysen der hier vorliegenden Arbeit waren vor allem, die diagnostischen Ergebnisse des CIDI Interviews von großer Relevanz.

### **3.3.2 Messinstrumente des Telefoninterviews - CIDI Interview**

Zur Überprüfung und diagnostischen Klassifikation des im Screening ermittelten hohen Risikos für das Vorliegen somatoformer, depressiver und ängstlicher Störungen wurde im Rahmen des Telefoninterviews das CIDI angewandt (Kessler et al. 2004).

Das modular aufgebaute, vollstandardisierte Interview erlaubt eine Beurteilung psychischer Krankheiten gemäß den Kriterien des ICD-10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation 2013, Dilling et al. 2019) und des DSM-IV (American Psychiatric Association 2000). Das CIDI ist eine Weiterentwicklung des ersten durch Laien umsetzbaren Interviews *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) aus dem Jahre 1981. Das DIS wurde ursprünglich zur Erhebung epidemiologischer Daten in Amerika entwickelt und basierte auf dem DSM. Die World Health Organisation (WHO) entwickelte das Interview zu Beginn der 80er Jahre weiter. Die entstandene Version erlaubte von nun an eine Diagnostik auf Grundlage des ICD-10 sowie des DSM-IV und damit den Einsatz in international vergleichenden Studien. (Kessler et al. 2004, Kessler et al. 2013). Die Interrater-Reliabilität liegt für alle Störungen, die mit dem Test erfasst werden können, bei einem Kappa-Wert von über 0.5 (Wittchen 1994). Für somatoforme Störungen im Speziellen bei 0,68. Damit liegt eine moderate Übereinstimmung verschiedener Untersucher vor. Das zunächst als Paper Pencil Version geschaffene Instrument war im Jahr 1990 zum ersten Mal als computergestützte Version verfügbar. In der vorliegenden Studie wurde die deutsche PC-Version des CIDI verwendet, das *Diagnostische Expertensystem für Psychische Störungen* (DIA-X) (Wittchen et al. 1997).

Sowohl die zu stellenden Fragen, die Dateneingabe, die computergestützte Auswertung als auch die Codierung nach ICD-10 und DSM-IV sind nach Wittchen et al. (1994) als standardisiert anzusehen. Verglichen mit anderen diagnostischen Interview-Instrumenten wie zum Beispiel dem *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) (Wittchen et al. 1997), welches besonders im klinischen Alltag Einsatz Verwendung findet, eignet sich das CIDI besonders für die Verwendung in der Forschung.

In der Studie wurden die CIDI-Sektionen für *Somatisierungsstörungen, Phobien und andere Angststörungen, Depressive Störungen und Dysthymie* sowie *Posttraumatische Belastungsstörungen* bezogen auf die gesamte Lebenszeit erfragt, wobei letztere Sektion für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit keine Relevanz hatte. Für somatoforme Störungen wurden folgende diagnostische Unterkategorien erfasst: Somatisierungsstörung (F 45.0), Undifferenzierte somatoforme Störung (F 45.1) und anhaltende Schmerzstörung (F 45.4). Für depressive Störungen wurden leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden, rezidivierende depressive Episoden und anhaltende affektive Störungen erfasst (F32 bis F34). Angststörungen beinhalten die Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische

Phobien, phobische Angststörung, Panikstörung und die generalisierte Angststörung (F40 bis F41).

Für die Abfrage der CIDI-Sektion für Somatoforme Störungen erhielten die Patienten bereits während der Screening Phase in den Hausarztpraxen einen Symptomfragebogen und wurden gebeten auf diesem bereits im Vorfeld des Telefoninterviews zu markieren, unter welchen Symptomen sie jemals gelitten haben. Im Interview wurde dann die Ursache der Symptome erfragt und wenn keine somatische, ärztlich gestellte Diagnose benannt werden konnte als *unklar* bzw. *somatoform* kodiert.

In der vorliegenden Arbeit wurden die entsprechend den Kriterien des ICD-10 im CIDI-Interview gestellten Diagnosen verwendet und dienten als Referenzdiagnose für die weiteren Auswertungen.

### **3.4 Weitere Messinstrumente**

#### **3.4.1 Eingangsbefragung der Hausärzte**

Im Rahmen der Prä-Datenerhebung wurde zu Beginn eine schriftliche Befragung der teilnehmenden Ärzte durchgeführt, anhand dessen für die vorliegende Arbeit unter anderem die Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte bestimmt wurden. Neben Geschlecht und Alter wurde die Art der Facharztausbildung und die Form der Praxis (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis), in der die Ärzte tätig sind, erfasst. Eine Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung und/oder Psychotherapie wurden als für die Studie relevante Zusatzqualifikationen ebenfalls erfragt. Die Meinung der Hausärzte zum Umgang mit somatoformen/funktionellen Beschwerden im hausärztlichen Setting und deren Behandlung wurde unter Verwendung einer 6-Punkte Likert Skala, modifiziert nach Reid et al. (2001), evaluiert. Die Antwortskala reichte von 0 („Ich stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („Ich stimme ganz und gar zu“). Dies wurde in der vorliegenden Arbeit zur Analyse des Kommunikationsverhaltens zwischen Arzt und Patient herangezogen.

#### **3.4.2 Checklisten**

Die teilnehmenden Hausärzte füllten zu jedem screening-positiven Patienten eine sechs Fragen umfassende Checkliste (vgl. Anhang E) aus. Dabei wurden der aktuelle Grund der

Vorstellung des Patienten in der Praxis mittels Freitext und ICD-10 Diagnose sowie alle bereits in der Vorgeschichte bekannten somatischen und psychischen Erkrankungen erfragt. Weiterhin wurde erfasst, ob sich die Beschwerden des Patienten hinreichend durch somatische Ursachen erklären lassen, ob eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen wurde und ob der Patient Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka oder Schmerzmittel einnimmt. In Gemeinschaftspraxen war die Liste bevorzugt von dem Arzt auszufüllen, bei dem der Patient bisher am häufigsten in Behandlung war.

### 3.5 Statische Analysen

Zur statistischen Auswertung wurden die Statistikprogramme SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 21 für Windows) und STATA 13.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA) herangezogen. Um die umfangreichen Studienergebnisse zu strukturieren, erstellten wir deskriptive Statistiken zur Darstellung von Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerten und Standardabweichungen.

Mit Hilfe des Cohens Kappa Koeffizienten wurde das Maß der Übereinstimmung der Diagnosen des Hausarztes mit den im CIDI Interview gestellten Diagnosen bezüglich somatoformer Störungen, depressiver Störungen und Angststörungen ermittelt. Der Kappa Koeffizient ermöglicht die Berechnung des zufallskorrigierten Anteils der Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Bewertungen zum selben Sachverhalt. Im vorliegenden Fall gilt es, die Beurteilung durch unterschiedliche Bewerter zu evaluieren, auch Interrater Reliabilität genannt.

Tabelle 6: Auswertung des Cohen-Kappa-Koeffizienten

Cohen-Kappa-Koeffizient	Übereinstimmung
$\leq 0,2$	schwach
0,21 - 0,40	leicht
0,41 - 0,60	mittelmäßig
0,61 - 0,80	gut
0,81 - 1,00	sehr gut

Quelle: Altmann 1991

Tabelle 6 zeigt Richtwerte zur Interpretation (Altmann 1991). Der maximal erreichbare Wert  $\kappa = 1$  gibt an, dass vollständige Konkordanz zwischen der ärztlichen Diagnose und dem Interviewergebnis vorliegt. Bei  $\kappa = 0$  ist davon auszugehen, dass der Grad an Übereinstimmung nicht mehr als zufallsbedingt ist (Grouven et al. 2007).

Zur Überprüfung der diagnostischen Übereinstimmung der im CIDI gestellten Diagnose mit der Diagnose des Hausarztes in Abhängigkeit vom Kommunikationsverhalten der Patienten verwendeten wir den Exakten Fisher-Test. Der Vorteil dieses Tests ist, dass er auch bei kleinen Stichproben und sehr gering erwarteten Häufigkeiten eingesetzt werden kann (Jung 2014). Getestet wurde mit einem Signifikanzlevel von  $\alpha = 0,5$ .

Weiterhin wurden zwei multiple logistische Regressionsanalysen zur Identifizierung möglicher Prädiktoren für die Diagnosestellung einer somatoformen Störung durch den Hausarzt erstellt. Hierfür wurden die im CIDI-Interview gestellten Diagnosen als Referenz verwendet. Zum einen erfolgte eine Analyse der patientenbezogenen Prädiktoren (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Schweregrad somatoformer Symptome, Anzahl der Hausarztconsultationen in den letzten sechs Monaten). In einer zweiten Analyse wurden mögliche Prädiktoren auf Seiten der Hausärzte untersucht (Alter, Geschlecht, Facharztweiterbildung, Tätigkeitsjahre in der Niederlassung, Art der Praxisniederlassung).

### **3.5.1 Umgang mit fehlenden Werten**

Einzelne fehlende Antworten der PHQ Screening Fragebögen wurden bei der Berechnung der Summenwerte 0 gesetzt, wenn die verbleibenden Items gewissenhaft beantwortet wurden. Es wurde angenommen, dass lediglich vergessen wurde „trifft nicht zu“ (Summenwert = 0) anzukreuzen. Unvollständige Checklisten und CIDI Interviews wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

## 4 Ergebnisse

Anmerkung: Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden veröffentlicht in *Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety* (Piontek et al. 2018).

### 4.1 Stichprobenumfang

Ziel war es, möglichst viele Patienten, die an den Datenerhebungstagen in den Praxen waren und den Einschlusskriterien entsprachen, für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Das nachfolgende Flussdiagramm liefert einen Überblick über die Ausschöpfung der Studie. Von 2383 Patienten, die sich an den Erhebungstagen in den Praxen befanden, waren unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien (Alter < 18 Jahren, schweres körperliches Defizit, schweres kognitives Defizit, unzureichende Deutschkenntnisse) 2200 für das Screening geeignet. Davon nahmen 1826 Personen am Screening teil, das wie in Kapitel 3.2 beschrieben, durchgeführt wurde. Von diesen hatten 269 (14,7%) ein screening-positives Ergebnis und somit ein hohes Risiko für eine somatoforme Störung. Im Anschluss konnte das CIDI gestützte Telefoninterview bei 131 (48,7%) der screening-positiven Studienteilnehmer vollständig realisiert werden. Nach Abzug der unvollständigen Telefoninterviews ergab sich somit eine Gesamtstichprobe von  $n = 120$ . Aufgrund fehlender Checklisten bei acht Probanden, wurden diese für die Analysen zur diagnostischen Übereinstimmung zwischen Hausarzt und CIDI-Interview ausgeschlossen, sodass hierfür eine finale Fallzahl von  $n = 112$  zugrunde gelegt wurde. Weitere Abweichungen von der Gesamtzahl in einzelnen Analysen, sind durch fehlende Variablen zu erklären.

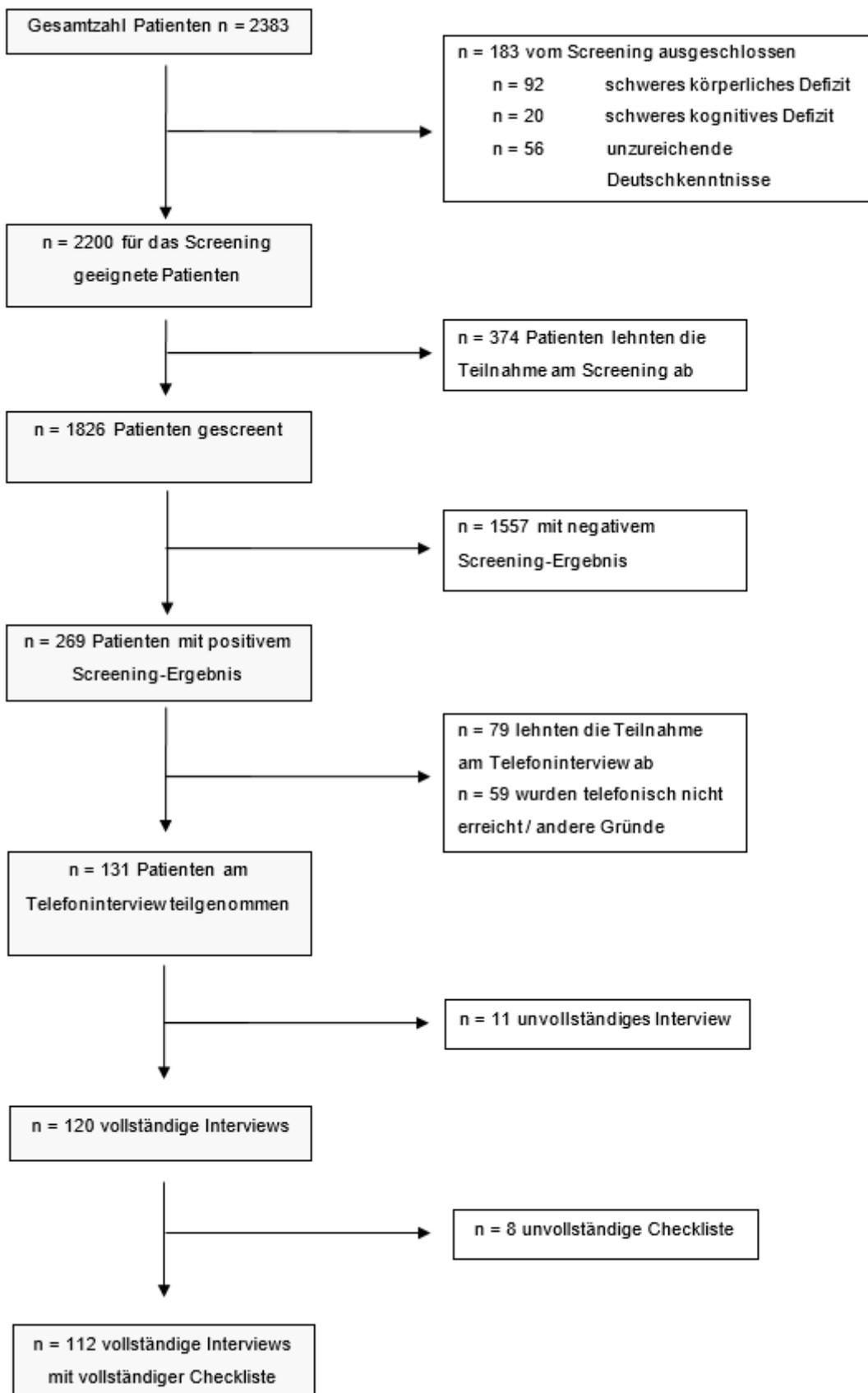


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Entstehung der Stichprobe

## 4.2 Charakteristika der Studienpopulation

In Tabelle 7 sind die Charakteristika der Gesamt Studienpopulation den Charakteristika der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung gegenüber gestellt. Die Daten von Tabelle 7 wurden den Screening Fragebögen entnommen.

Tabelle 7: Charakteristika der Studienpopulation

	<b>Gesamte Studienpopulation</b>	<b>Charakteristika der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung nach CIDI</b>
	<b>n = 120</b>	<b>n = 71</b>
<b>Alter in Jahren, M (SD)</b>	46,9 (15,8)	46,2 (15,9)
<b>Alter zu Beginn der Symptomatik, M (SD)</b>	26 (15,2)	26,4 (15,1)
<b>Geschlecht weiblich, n (% Frauen)</b>	95 (79,2)	58 (81,7)
<b>Anzahl der Körperbeschwerden, M (SD) *</b>	9,6 (1,9)	10,1 (1,9)
<b>Familienstand</b>		
Ledig, n (%)	41 (34,5%)	22 (31,4%)
Verheiratet, n (%)	46 (38,7%)	31 (42,9%)
Getrennt lebend/geschieden/verwitwet n (%)	32 (26,9%)	18 (25,7%)
<b>Schulbildung</b>		
<10 Jahre, n (%)	30 (24,6%)	20 (28,2%)
10 Jahre, n (%)	39 (32,2%)	23 (32,4%)
>10 Jahre, n (%)	52 (43,2%)	28 (39,4%)
<b>Aktuell in psychotherapeutischer Behandlung, n (%)</b>	28 (23,1%)	14 (20,3%)

*Anmerkungen.* \*Anzahl der Körperbeschwerden innerhalb der letzten 4 Wochen, im PHQ-15 ermittelt.

Der Vergleich der Charakteristika der Gesamtstudienpopulation n = 120 (100%) mit der Gruppe der Patienten, bei denen aktuell (innerhalb der letzten sechs Monate) eine somatoforme Störung vorlag n = 71 (86,7%) erbrachte nur geringe Unterschiede der untersuchten soziodemografischen Merkmale (vgl.

Tabelle 7). So waren 79,2% der gesamten Studienpopulation und 81,8% der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung weiblich. Das durchschnittliche Alter bei Symptombeginn der Patienten mit somatoformer Störung (M = 26,4 Jahre) zeigte keine wesentliche Abweichung von der Gesamtpopulation (M = 26 Jahre). Bei den Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung lagen im Mittel 10,1 verschiedene Körperbeschwerden vor, in der Gesamtpopulation waren es 9,6. Von den Patienten mit somatoformer Störung waren 38,7% verheiratet, in der Gesamtpopulation waren es 42,9%. Weiterhin besuchten mit einem Anteil von 39,4% weniger Patienten mit somatoformer Störung >10 Jahre eine Schule als die Gesamtpopulation (43,2%). Zum Zeitpunkt des Telefoninterviews befanden sich 23,1% der Gesamtpopulation und mit 20,3% ein im Vergleich dazu geringerer Anteil der Patienten mit somatoformer Störung in einer psychotherapeutischen Behandlung.

### 4.3 Charakteristika der Hausärzte

Es nahmen 22 (53,7%) Ärztinnen und 19 (46,3%) Ärzte an der Studie teil (vgl. Tabelle 8). Von diesen haben 12 (29,3%) die Facharztweiterbildung für Innere Medizin absolviert und 24 (58,5%) die Weiterbildung für Allgemeinmedizin. Weitere 5 (12,2%) haben eine andere Facharztweiterbildung absolviert. Im Durchschnitt waren die teilnehmenden Ärzte zu Beginn der Prä-Datenerhebung 10,5 Jahre (SD = 5,6) in der hausärztlichen Versorgung tätig und 35 (85,4%) von ihnen hatten eine Weiterbildung in *Psychosomatischer Grundversorgung* absolviert.

Tabelle 8: Charakteristika der teilnehmenden Hausärzte

<b>Charakteristika der Hausärzte n = 41</b>	
<b>Geschlecht, n (%)</b>	weiblich: 22 (53,7%) männlich: 19 (46,3%)
<b>Alter, M (SD)</b>	49,3 Jahre (7,7)
<b>Art der Facharztweiterbildung, n (%)</b>	Allgemeinmedizin: 24 (58,5%) Innere Medizin: 12 (29,3%) Andere: 5 (12,2%)
<b>Tätigkeitsjahre in hausärztlicher Versorgung, M (SD)</b>	10,5 Jahre (24,4)
<b>Art der Niederlassung, n (%)</b>	Einzelpraxis 10 (24,4%) Gemeinschaftspraxis 31 (75,6%)
<b>Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung, n (%)</b>	35 (85,4%)

#### **4.4 Ergebnisse des Probandenscreenings (PHQ)**

Die für das Screening verwendeten Fragebögen erfassen das Vorliegen und den Schweregrad somatoformer (PHQ-15), depressiver (PHQ-9) bzw. ängstlicher Symptome (GAD-7) innerhalb der letzten vier bzw. zwei Wochen und dienen als Hinweis auf das Vorliegen einer somatoformen Störung, einer depressiven Störung bzw. einer Angststörung (vgl. Kapitel 3.2.2). In dieser Arbeit wurde das Vorliegen schwerer somatischer Symptome oder das Vorliegen mittelgradiger somatischer Symptome bei gleichzeitigem Vorliegen mittelgradiger depressiver und/oder ängstlicher Symptome als screening-positiv und somit als hohes Risiko für eine somatoforme Störung gewertet. Es ergab sich ein prozentualer Anteil von Patienten mit einem hohen Risiko für eine somatoforme Störung von 14,7%, welche in den weiteren Studienverlauf eingeschlossen wurden (vgl. Abbildung 1)

Die nachfolgende Auswertung liefert einen Überblick, über die im Screening ermittelte Häufigkeitsverteilung der Schweregrade der untersuchten Symptome bei allen gescreenten Probanden (n=1826).

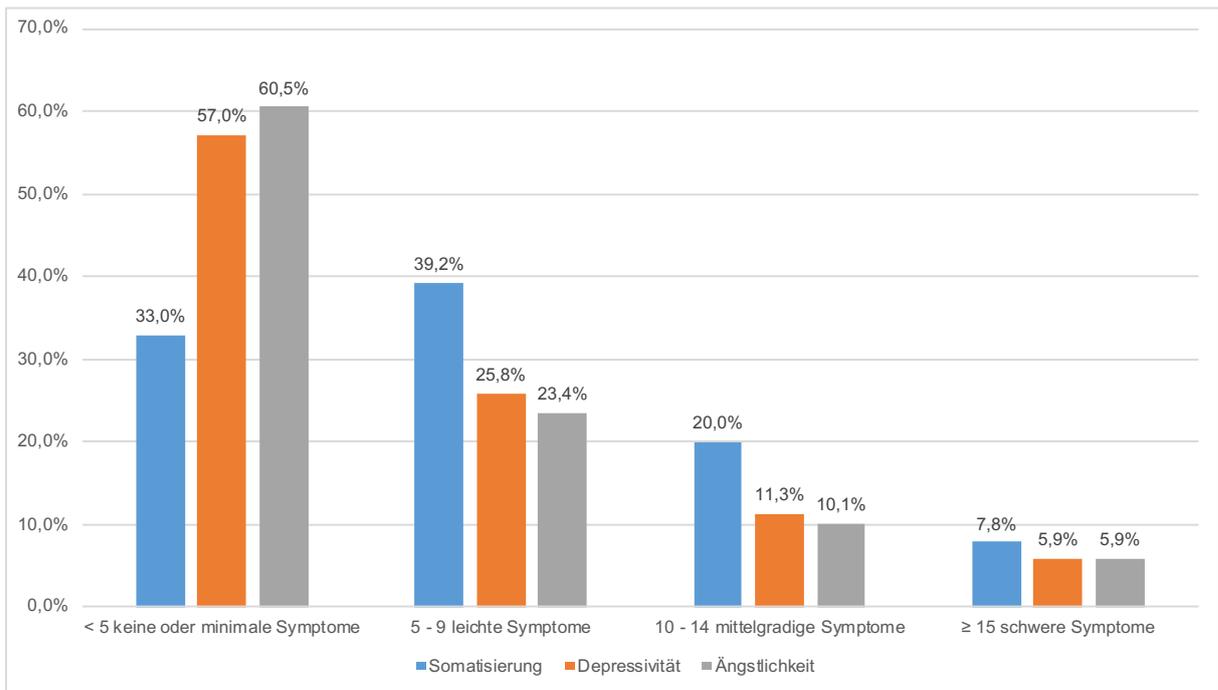


Abbildung 2: Schweregrade somatoformer, depressiver und ängstlicher Symptome aller gescreenter Probanden

*Anmerkung.* Bezogen auf alle gescreenten Probanden, n = 1826 entsprechend des PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7. Für eine übersichtlichere grafische Darstellung der drei untersuchten Symptome wurden die Schweregrade des PHQ-9 mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik (Cut Off Wert 15) und schwere depressive Symptomatik (Cut Off Wert 20) unter schwere Symptome zusammengefasst.

Abbildung 2 ist zu entnehmen, dass Symptome einer Somatisierung mit einem Anteil von 39,2% am häufigsten in leichter Form vorlagen. Bei 20,0% bzw. 7,8% fanden sich mittelgradig bis schwer ausgeprägte Symptome. Keine oder minimale Symptome einer Somatisierung fanden sich bei 33,0%. Die Auswertung des PHQ-9 und GAD-7 als Screening-Instrument für die untersuchen Komorbiditäten Angststörung und depressive Störung haben ergeben, dass über die Hälfte der Probanden keine oder minimale depressive (57,0%) bzw. ängstliche Symptome (60,5%) präsentierten. Bei 25,8% fanden sich leichtgradige, bei 11,3% mittelgradige und bei 5,9% schwere depressive Symptome. Für ängstliche Symptome ergab sich eine ähnliche Häufigkeitsverteilung. So präsentierten 23,4% leichtgradige, 10,1% mittelgradige und 5,9% schwere ängstliche Symptome. (vgl. ebenfalls Tabelle 21 bis Tabelle 23 im Anhang).

Die 143 (7,8%) Patienten mit schweren somatoformen Symptomen waren entsprechend den Einschlusskriterien der Studie direkt als screening-positiv zu werten. Von weiteren 365

(20,0%) Patienten mit mittelschwer ausgeprägten somatoformen Symptomen konnten 126 bei gleichzeitigem Vorliegen mittelschwerer depressiver oder ängstlicher Symptome ebenfalls als screening-positiv eingeordnet werden und erfüllten somit die Kriterien zur Teilnahme am Telefoninterview (vgl. Kapitel 3.2).

## **4.5 Ergebnisse des Telefoninterviews (CIDI)**

### **4.5.1 Häufigkeiten**

#### **4.5.1.1 Häufigkeiten somatoformer Störungen und der untersuchten Komorbiditäten depressive Störungen und Angststörungen**

Von den insgesamt  $n = 269$  positiv gescreenten Patienten, die somit die Kriterien zur weiteren Teilnahme an der Studie erfüllten, konnte bei  $n = 120$  (Gesamtstichprobe) das CIDI-Interview vollständig realisiert werden und die Daten für die folgenden Auswertungen herangezogen werden. Im Rahmen des CIDI-Interviews konnte bei  $n = 71$  anschließend die Diagnose einer aktuell vorliegenden somatoformen Störung (innerhalb der letzten 6 Monate) gestellt werden (vgl. Tabelle 9). Dies entspricht einer relativen Häufigkeit von 59,2%. Entsprechend den ICD-10 Subkategorien war mit einer Häufigkeit von 71,8% die anhaltende Schmerzstörung (F 45.4) die häufigste Unterform. Bei 26,8% handelte es sich um eine undifferenzierte somatoforme Störung (F 45.1) und bei 1,4% waren die Kriterien für mehr als eine Subkategorie erfüllt. Für die übrigen Subkategorien F45.2, F45.3, F45.8 und F45.9 waren bei keinem Probanden die diagnostischen Kriterien erfüllt (vgl. Tabelle 25 im Anhang).

Bei 33 Probanden (27,5%) der Gesamtstichprobe bestand vor mehr als sechs Monaten eine somatoforme Störung. Aufgrund des im Rahmen der Studie festgelegten Zeitraumes von 6 Monaten für das aktuelle Vorliegen einer Störung wurden diese jedoch von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Bei 16 Probanden (13,3%) konnte keine somatoforme Störung diagnostiziert werden, auch nicht zu einem früheren Zeitpunkt (vgl. Tabelle 9)

Tabelle 9: Häufigkeit von somatoformen Störungen, depressiven Störungen und Angststörungen

<b>Gesamt n=120 (100%)</b>	<b>innerhalb der letzten 6 Monate</b>	<b>vor mehr als 6 Monaten</b>	<b>nie</b>	<b>Summe</b>
<b>Somatoforme Störung</b>	71(59,2%)	33(27,5%)	16(13,3%)	120 (100%)
<b>Depressive Störung</b>	54(45,0%)	31(25,8%)	35(29,2%)	120 (100%)
<b>Angststörung</b>	50(41,7%)	21(17,5%)	49(40,8%)	120 (100%)

*Anmerkung.* Diagnosen im CIDI Interview ermittelt, multiple Diagnosen möglich.

Die untersuchten Komorbiditäten depressive Störungen und Angststörungen konnten bei 45,0% bzw. 41,7% der Gesamtstichprobe als aktuell vorliegend diagnostiziert werden. Bei 25,8% bzw. 17,5% der Probanden bestand eine depressive Störung bzw. Angststörung vor mehr als 6 Monaten und bei 29,2% bzw. 40,8% der Probanden waren die Diagnosekriterien für eine depressive Störung bzw. Angststörung zu keinem Zeitpunkt erfüllt.

#### **4.5.1.2 Weitere Diagnosen bei Vorliegen einer somatoformen Störung**

Von den n = 71 Patienten bei denen aktuell eine somatoforme Störung vorlag, konnte bei insgesamt 46 (64,8%) Patienten zusätzlich eine weitere, gleichzeitig vorliegende, Diagnose gestellt werden. Bei 25 Patienten (35,2%) lag die somatoforme Störung solitär vor. Abbildung 3 ist zu entnehmen, dass 14 (19,7%) der Patienten mit einer somatoformen Störung zusätzlich unter einer depressiven Störung litten, 9 (12,7%) litten zusätzlich unter einer Angststörung und bei 23 (32,4%) lag sowohl eine depressive Störung als auch eine Angststörung gleichzeitig komorbide vor (vgl. Anmerkung. Daten im CIDI Interview ermittelt.

im Anhang).

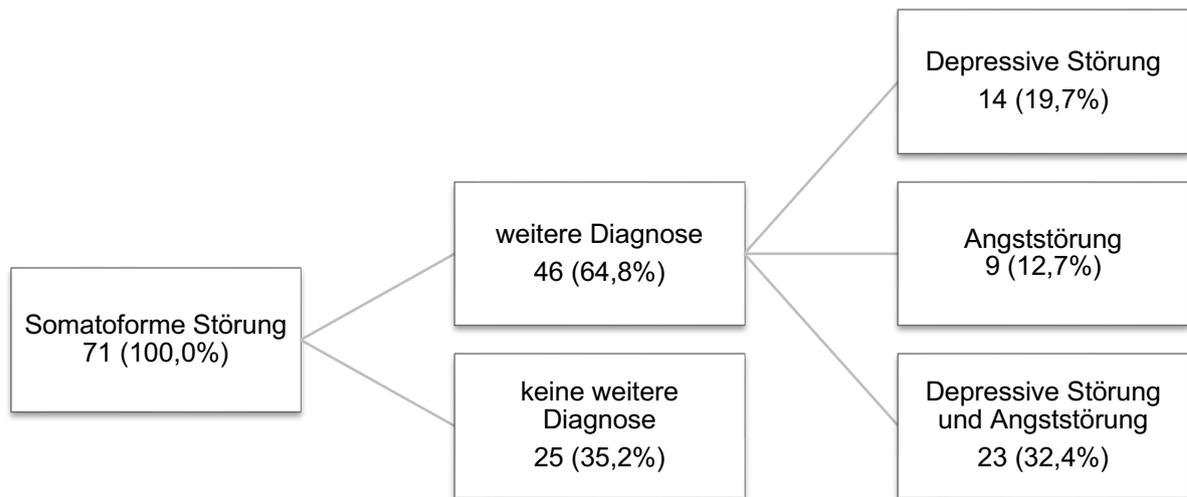


Abbildung 3: Häufigkeiten der Komorbiditäten depressive Störung und Angststörung bei aktuell vorliegender somatoformer Störung

#### 4.5.2 Körperbeschwerden der Patienten mit somatoformer Störung

Im Rahmen des Probandenscreenings wurden mit dem PHQ-15 Fragebogen innerhalb der letzten vier Wochen aufgetretene Körperbeschwerden sowie eine damit verbundene subjektive Beeinträchtigung erfragt. Abbildung 4 ist zu entnehmen, welche Körperbeschwerden dies bei den Patienten waren, bei denen im CIDI Interview die Diagnose einer aktuell bestehenden somatoformen Störung (n = 71) gestellt werden konnte (vgl. auch

Tabelle 24 im Anhang).

<b>Körperbeschwerden der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung</b>								
<b>Gesamt n=71 (100%)</b>								
	<b>nicht beeinträchtigt</b>		<b>wenig beeinträchtigt</b>		<b>stark beeinträchtigt</b>		<b>keine Angabe</b>	
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
<b>Bauchschmerzen</b>	24	(33,8%)	24	(33,8%)	18	(25,4%)	5	(7,0%)
<b>Rückenschmerzen</b>	5	(7,0%)	26	(36,6%)	38	(53,5%)	2	(2,8%)
<b>Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken</b>	13	(18,3%)	16	(22,5%)	40	(56,3%)	2	(2,8%)
<b>Menstruationsbeschwe- rden oder andere Probleme bei der Menstruation</b>	38	(53,5%)	12	(16,9%)	11	(15,5%)	1	(1,4%)
<b>Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr</b>	44	(62,0%)	11	(15,5%)	8	(11,3%)	8	(11,3%)
<b>Kopfschmerzen</b>	9	(12,7%)	30	(42,3%)	29	(40,8%)	3	(4,2%)
<b>Schmerzen im Brustbereich</b>	31	(43,7%)	24	(33,8%)	11	(15,5%)	5	(7,0%)
<b>Schwindel</b>	17	(23,9%)	30	(42,3%)	23	(32,4%)	1	(1,4%)
<b>Ohnmachtsanfälle</b>	52	(73,2%)	11	(15,5%)	1	(1,4%)	7	(9,9%)
<b>Herzklopfen oder Herzrasen</b>	13	(18,3%)	34	(47,9%)	23	(32,4%)	1	(1,4%)
<b>Kurzatmigkeit</b>	18	(25,4%)	29	(40,8%)	22	(31,0%)	2	(2,8%)
<b>Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall</b>	16	(22,5%)	28	(39,4%)	26	(36,6%)	1	(1,4%)
<b>Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerd- en</b>	15	(21,1%)	24	(33,8%)	30	(42,3%)	2	(2,8%)
<b>Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf</b>	6	(8,5%)	16	(22,5%)	49	(69,0%)	0	(0,0%)
<b>Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben</b>	0	(0,0%)	18	(25,4%)	52	(73,2%)	1	(1,4%)

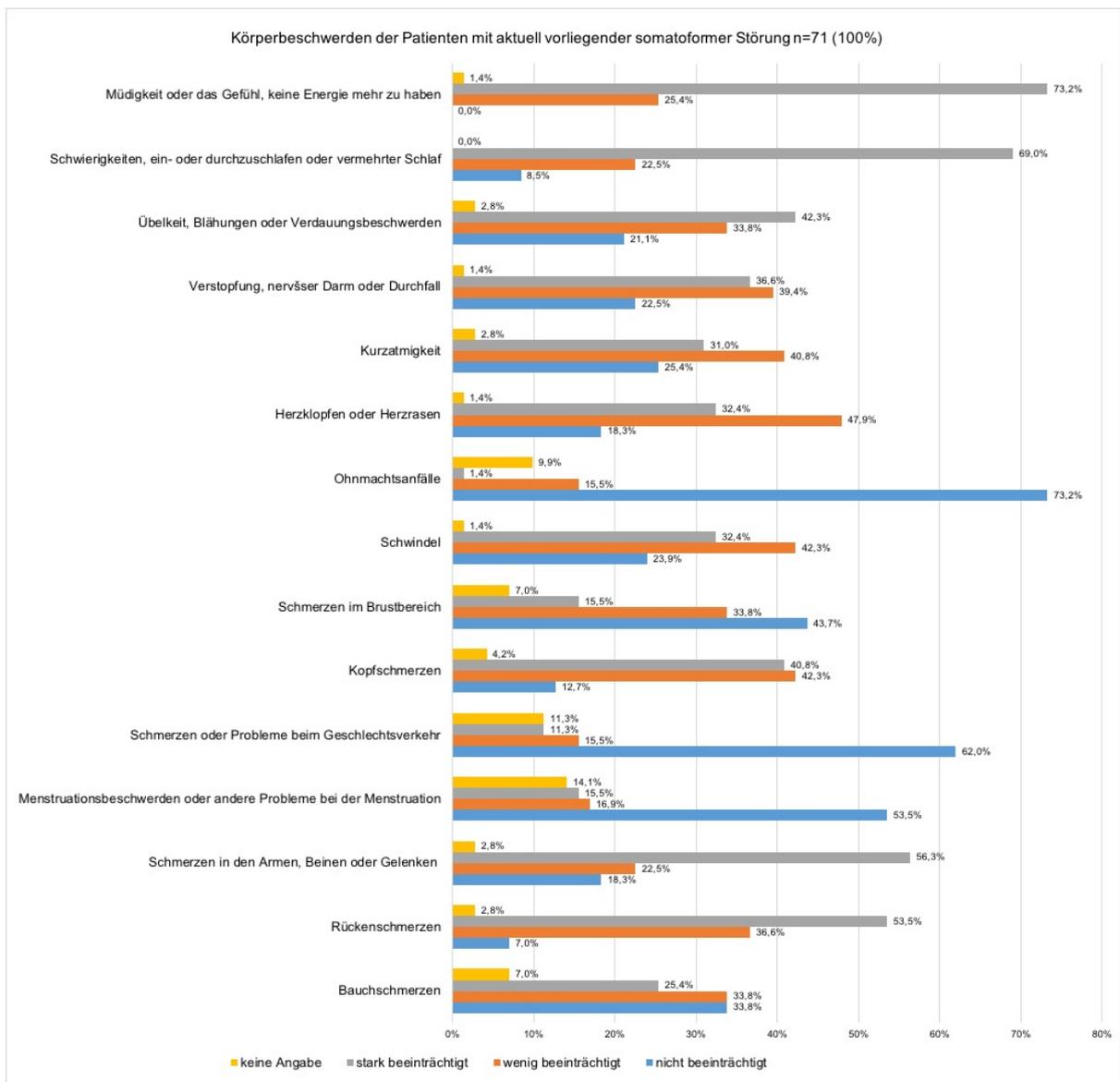


Abbildung 4: Körperbeschwerden der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung

Dabei sind die häufigsten Beschwerden, durch die die Probanden sich stark beeinträchtigt fühlten, *Müdigkeit oder das Gefühl keine Energie mehr zu haben* (73,2%), *Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf* (69,0%), sowie *Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken* (56,3%) und *Rückenschmerzen* (53,5%). Weiterhin gaben 42% der Patienten an, sich durch *Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden* stark beeinträchtigt zu fühlen. Bei 40,8% führten *Kopfschmerzen* zu einer starken Beeinträchtigung. Hingegen fühlte sich ein Großteil der Probanden durch Beschwerden wie *Ohnmachtsanfälle* (73,2%), *Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr* (62,0%), *Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme bei der Menstruation* (53,5%) nicht beeinträchtigt.

### 4.5.3 Diagnostische Übereinstimmung von Hausarzt und CIDI

#### 4.5.3.1 Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen, depressive Störungen und Angststörungen

Für die Auswertungen zur diagnostischen Übereinstimmung wurden die, von den Hausärzten gestellten Diagnosen, den im CIDI-Interview nach ICD-10 Kriterien ermittelten Diagnosen bezüglich somatoformer, depressiver und ängstlicher Störungen gegenübergestellt. Aufgrund fehlender Checklisten, und damit fehlenden Angaben zur Diagnose des Hausarztes, mussten von der Gesamtstichprobe  $n = 8$  Datensätze ausgeschlossen werden, sodass sich eine Fallzahl von  $n = 112$  für die folgenden Analysen ergab. Auch hier galt ein Vorliegen der somatoformen Störung innerhalb der letzten 6 Monate als *aktuell vorliegend*.

Tabelle 10: Diagnostische Übereinstimmung bei somatoformen Störungen

		Somatoforme Störung im CIDI diagnostiziert		
		Ja n (%)	Nein n (%)	Gesamt n (%)
Somatoforme Störung vom Hausarzt diagnostiziert	Ja n (%)	21 (18,8%)	8 (7,1%)	29 (25,9%)
	Nein n (%)	44 (39,3%)	39 (34,8%)	83 (74,1%)
	Gesamt n (%)	65 (58,0%)	47 (42,0%)	112 (100,0%)
Prozentuale Übereinstimmung: 53,6%				
Kappa Koeffizient: 0,14				

Tabelle 11: Diagnostische Übereinstimmung bei depressiver Störung

				<b>Depressive Störung im CIDI diagnostiziert</b>		
				<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Gesamt</b>
				n (%)	n (%)	n (%)
<b>Depressive Störung vom Hausarzt diagnostiziert</b>	<b>Ja</b>			24 (21,4%)	14 (12,5%)	38 (33,9%)
	n (%)					
	<b>Nein</b>			26 (23,2%)	48 (42,9%)	74 (66,1%)
	n (%)					
	<b>Gesamt</b>			50 (44,6%)	62 (55,4%)	112 (100,0%)
	n (%)					
<b>Prozentuale Übereinstimmung: 64,3%</b>						
<b>Kappa Koeffizient: 0,25</b>						

Tabelle 12: Diagnostische Übereinstimmung bei Angststörungen

				<b>Angststörung im CIDI diagnostiziert</b>		
				<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Gesamt</b>
				n (%)	n (%)	n (%)
<b>Angststörung vom Hausarzt diagnostiziert</b>	<b>Ja</b>			12 (10,7%)	5 (4,5%)	17 (15,2%)
	n (%)					
	<b>Nein</b>			36 (32,1%)	59 (52,7%)	95 (84,8%)
	n (%)					
	<b>Gesamt</b>			48 (42,8%)	64 (57,2%)	112 (100,0%)
	n (%)					
<b>Prozentuale Übereinstimmung: 63,4%</b>						
<b>Kappa Koeffizient: 0,17</b>						

Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass in insgesamt 53,6% der Fälle (richtig positiv 18,8% plus richtig negativ 34,8%) die Diagnose des Hausarztes und des CIDI Interviews bezüglich des Vorliegens bzw. nicht Vorliegens einer somatoformen Störung überein stimmte. Bei einem ermittelten Cohen-Kappa-Koeffizienten von 0,14 kann von einer schwachen diagnostischen Übereinstimmung ausgegangen werden (vgl. Tabelle 6) Von den n = 65 Patienten, bei denen im CIDI-Interview eine somatoforme Störung diagnostiziert wurde, erkannte der Hausarzt 32,3% richtig. Bei 8 Patienten (7,1%) stellte der Hausarzt die Diagnose einer somatoformen Störung, wohingegen im CIDI keine somatoforme Störung detektiert wurde.

In der Checkliste wurde erfasst, ob die Hausärzte die körperlichen Symptome der Patienten als hinreichend somatisch erklärt sahen oder nicht und somit eine funktionelle Genese vermuteten. So gaben die Hausärzte bei mehr als der Hälfte der Patienten (54,6%), bei denen sie die somatoforme Störung entgegen des CIDI nicht diagnostizierten an, dass die körperlichen Symptome nicht hinreichend durch organische Ursachen erklärt seien.

Betrachtet man die untersuchten Komorbiditäten depressive Störung und Angststörung (vgl. Tabelle 11, Tabelle 12) so ergibt sich im Vergleich zur somatoformen Störung eine höhere prozentuale diagnostische Übereinstimmung zwischen Hausarzt und CIDI. Diese liegt bei 64,3% (richtig positiv 21,4% plus richtig negativ 42,9%) für das Vorliegen bzw. nicht Vorliegen einer depressiven Störung. Mit einem Kappa Koeffizienten von 0,25 liegt eine leichte diagnostische Übereinstimmung vor. Der Hausarzt erkannte 48,0% der Patienten, die laut CIDI eine depressive Störung haben. Für das Vorliegen einer Angststörung stimmte die Diagnose in 63,4% der Fälle überein (richtig positiv 10,7% plus richtig negativ 52,7%). Der ermittelte Kappa Koeffizient von 0,17 zeigt ebenfalls eine schwache diagnostische Übereinstimmung. Von den 48 Patienten, bei denen im CIDI die Diagnose einer Angststörung gestellt werden konnte, stellte der Hausarzt bei 12 Patienten ebenfalls diese Diagnose (25,0%).

#### **4.5.3.2 Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitigem Vorliegen von Angststörungen und depressiven Störungen**

Im Folgenden wurde ergänzend untersucht, ob der Hausarzt eine somatoforme Störung bei gleichzeitigem Vorliegen einer weiteren Diagnose: depressive Störung, Angststörung oder

beides, besser identifiziert hat. Als Referenz dienten auch hier die im CIDI gestellten Diagnosen.

Tabelle 13: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitig vorliegender depressiver Störung

		<b>Im CIDI somatoforme Störung und gleichzeitig vorliegende depressive Störung diagnostiziert</b>		
		<b>Ja</b> n (%)	<b>Nein</b> n (%)	<b>Gesamt</b> n (%)
<b>Somatoforme Störung vom Hausarzt diagnostiziert</b>	<b>Ja</b> n (%)	13 (23,2%)	3 (5,4%)	16 (28,6%)
	<b>Nein</b> n (%)	21 (37,5%)	19 (33,9%)	40 (71,4%)
	<b>Gesamt</b> n (%)	34 (60,7%)	22 (39,3%)	56 (100,0%)
<b>Prozentuale Übereinstimmung: 57,1%</b>				
<b>Kappa Koeffizient: 0,21</b>				

Bei gleichzeitig bestehender depressiver Störung stimmte die Diagnose des Hausarztes bezüglich des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens einer somatoformen Störung in insgesamt 57,1% der Fälle überein (vgl. Tabelle 13). Somit ergibt sich bei einem Kappa Wert von 0,21 eine leichte diagnostische Übereinstimmung. Von 34 (60,7%) Patienten, bei denen im CIDI die Diagnose einer somatoformen Störung bei gleichzeitig vorliegender depressiver Störung gestellt wurde, identifizierte der Hausarzt bei 13 (54,2%) Patienten die somatoforme Störung.

Tabelle 14: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitig vorliegender Angststörung

		<b>Im CIDI somatoforme Störung und gleichzeitig vorliegende Angststörung diagnostiziert</b>		
		<b>Ja</b> n (%)	<b>Nein</b> n (%)	<b>Gesamt</b> n (%)
<b>Somatoforme Störung vom Hausarzt diagnostiziert</b>	<b>Ja</b> n (%)	12 (25,5%)	1 (2,1%)	13 (27,7%)
	<b>Nein</b> n (%)	18 (38,3%)	16 (34,0%)	34 (72,3%)
	<b>Gesamt</b> n (%)	30 (63,8%)	17 (36,2%)	47 (100,0%)
<b>Prozentuale Übereinstimmung: 59,6%</b>				
<b>Kappa Koeffizient: 0,28</b>				

Tabelle 14 ist zu entnehmen, dass sich bei Vorliegen einer Angststörung zusätzlich zur Somatoformen Störung eine diagnostische Übereinstimmung von insgesamt 59,6% ergibt. Der Kappa Wert liegt bei 0,28 sodass es sich ebenfalls um eine leichte diagnostische Übereinstimmung handelt. Der Hausarzt diagnostizierte bei 19,0% der Patienten mit gleichzeitig vorliegender Angststörung die somatoforme Störung korrekt.

Tabelle 15: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitig vorliegender depressiver Störung und Angststörung

		<b>Im CIDI somatoforme Störung sowie gleichzeitig vorliegende depressive Störung und Angststörung diagnostiziert</b>		
		<b>Ja</b> n (%)	<b>Nein</b> n (%)	<b>Gesamt</b> n (%)
<b>Somatoforme Störung vom Hausarzt diagnostiziert</b>	<b>Ja</b> n (%)	9 (28,1%)	0 (0,0%)	9 (28,1%)
	<b>Nein</b> n (%)	12 (37,5%)	11 (34,4%)	23 (71,9%)
	<b>Gesamt</b> n (%)	21 (65,6%)	11 (34,4%)	32 (100,0%)
<b>Prozentuale Übereinstimmung: 62,5%</b>				
<b>Kappa Koeffizient: 0,34</b>				

Lag sowohl eine depressive Störung als auch eine Angststörung zusätzlich zur somatoformen Störung vor, stimmte die Diagnose des Hausarztes in 62,5% der Fälle überein wie Tabelle 15 zu entnehmen ist. Bei einem Kappa Wert von 0,34 liegt somit eine leichte diagnostische Übereinstimmung vor. Von 21 Patienten, die laut CIDI an einer somatoformen Störung bei gleichzeitig bestehender depressiver Störung sowie Angststörung litten, diagnostizierte der Hausarzt bei 42,9% eine somatoforme Störung.

## 4.6 Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Diagnostik somatoformer Störungen

### 4.6.1 Arzt-Patienten-Kommunikation

**Patienten:** Im Screening-Fragebogen wurde erfasst, wie häufig die Patienten mit ihrem Hausarzt über psychische oder private Probleme sprechen. Mit der Auswertung in Tabelle 16 wurde der Einfluss dieses Kommunikationsverhalten auf das Erkennen einer somatoformen Störung durch den Hausarzt untersucht. Nach Ausschluss unvollständiger Datensätze ergab sich für die folgende Analyse eine Stichprobengröße von  $n = 110$ .

Tabelle 16: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen in Abhängigkeit vom Kommunikationsverhalten der Patienten

	Häufigkeit der Kommunikation der Patienten mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme				Gesamt
	Nie/ sehr selten	manchmal	oft	sehr oft/ immer	
<b>Diagnostische Übereinstimmung von Hausarzt und CIDI für somatoforme Störung, n (%)</b>	8 (14%)	24 (41%)	11 (19%)	16 (27%)	59 (100%)
<b>Keine diagnostische Übereinstimmung von Hausarzt und CIDI für somatoforme Störung, n (%)</b>	10 (20%)	25 (49%)	9 (18%)	7 (14%)	51 (100%)
<b>Gesamt, n</b>	18	49	20	23	110

Von den 59 Patienten, bei denen die Diagnose des Hausarztes mit der CIDI-Diagnose für das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen einer somatoformen Störung übereinstimmte, gaben 46%

(n=27) an, *oft*, *sehr oft* oder *immer* mit ihrem Hausarzt über private und psychische Probleme zu sprechen. Im Gegensatz dazu gaben nur 14% (n=8) von ihnen an, *nie* private und psychische Probleme mit ihrem Hausarzt zu besprechen. Die verbleibenden 41% (n=24) Patienten, bei denen eine diagnostische Übereinstimmung vorlag, gaben an *manchmal* mit ihrem Hausarzt über psychische Probleme zu sprechen. Von den Patienten, bei denen keine diagnostische Übereinstimmung vorlag, sprachen im Vergleich dazu 32% (n=16) *oft*, *sehr oft* oder *immer* mit ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme, 20% (n=10) von ihnen taten dies hingegen *nie*.

Aufgrund der kleinen Häufigkeiten dieser Auswertung ( Tabelle 16) wurden die Ergebnisse ergänzend in einer Vier-Felder Tafel (Tabelle 17) zusammengefasst und mit dem Exakten Fisher-Test getestet:

Tabelle 17: Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen in Abhängigkeit vom Kommunikationsverhalten der Patienten: Ergänzende Auswertung mittels Exaktem Fisher-Test

	Häufigkeit der Kommunikation der Patienten mit dem Hausarzt bezüglich psychischer Beschwerden und privater Probleme		
	Nie/sehr selten/manchmal	oft/sehr oft/immer	Gesamt
<b>Diagnostische Übereinstimmung von Hausarzt und CIDI für somatoforme Störung, n (%)</b>	35 (69%)	16 (31%)	51 (100%)
<b>Keine diagnostische Übereinstimmung von Hausarzt und CIDI für somatoforme Störung, n (%)</b>	32 (54%)	27 (46%)	59 (100%)
<b>Gesamt, n</b>	67	43	110
<b>Exakter Fisher-Test p = 0,17006</b>			

Anmerkung: Für die Auswertung mit dem Exakten Fisher-Test wurden die Antwortkategorien nie/sehr selten und manchmal sowie oft und sehr oft/immer in einer Vier-Felder-Tafel zusammengefasst.

Das Ergebnis des Exakten Fisher-Tests ist mit einem Wert von  $p = 0,17006$  nicht signifikant (vgl. Tabelle 17). Das heißt, es konnte anhand der hier vorliegenden Daten kein signifikanter Einfluss des Kommunikationsverhaltens der Patienten (gemessen an der Häufigkeit der Kommunikation über psychische Probleme) auf das Erkennen einer somatoformen Störung durch den Hausarzt gezeigt werden.

**Hausärzte:** In der Eingangsbefragung der Hausärzte wurde deren Einstellung bzw. Haltung gegenüber Patienten mit somatoformen und funktionellen Beschwerden erfragt und in

Tabelle 18 deskriptiv ausgewertet. So empfindet die Mehrzahl der Hausärzte den Umgang mit Patienten mit somatoformen/funktionellen Beschwerden als schwierig. Ein Großteil der Hausärzte war der Meinung, dass Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder psychologische Psychotherapeuten die richtige Adresse für die Behandlung der Patienten seien. Für die Hypothese, dass Patienten mit somatoformen Störungen am besten in der Hausarztpraxis behandelbar seien, gab es weder eine klare Zustimmung noch eine eindeutige Ablehnung. Weiterhin fand die Hypothese, dass bei Patienten mit somatoformen/funktionellen Beschwerden eine noch nicht gefundene körperliche Ursache zu Grunde liegt, von der Mehrheit der Hausärzte keine Zustimmung.

Tabelle 18: Einstellung der Hausärzte zu somatoformen Beschwerden

Fragestellung:	„stimme überhaupt nicht zu“					M (SD)	
	0	1	2	3	4		5
„Zum Abschluss sind wir noch an Ihrer Meinung in Bezug auf somatoforme bzw. funktionelle Beschwerden interessiert“							
<b>Antwortmöglichkeiten:</b>							
<b>(Grad der Zustimmung)</b>							
Patienten mit somatoformen/funktionellen Syndromen sind am besten in der Hausarztpraxis behandelbar.	0 (0%)	4 (10,0%)	11 (27,5%)	14 (35,0%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	2,88 (1,1)
Bei Patienten mit somatoformen/funktionellen Syndromen liegt eigentlich eine körperliche Ursache vor, die aber noch nicht gefunden wurde.	24 (60,0%)	11 (27,5%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)	0 (0%)	0,65 (1,1)
Es gibt wirksame Behandlungsmethoden für Patienten, die unter somatoformen/funktionellen Syndromen leiden	0 (0%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	7 (17,5%)	14 (35,0%)	15 (37,5%)	3,95 (1,1)
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind die richtige Adresse für die Behandlung von Patienten mit somatoformen/funktionellen Syndromen	0 (0%)	1 (2,5%)	7 (17,5%)	5 (12,5%)	17 (42,5%)	10 (25,0%)	3,7 (1,1)
Psychologische Psychotherapeuten sind die richtige Adresse für die Behandlung von Patienten mit somatoformen/funktionellen Syndromen.	0 (0%)	3 (7,7%)	4 (10,3%)	13 (33,3%)	16 (41,0%)	3 (7,7%)	3,31 (1,0)
Den Kontakt/Umgang mit Patienten mit somatoformen/funktionellen Syndromen empfinde ich als schwierig.	2 (5,0%)	8 (20,0%)	5 (12,5%)	11 (27,5%)	8 (20,0%)	6 (15,0%)	2,83 (1,5)

Anmerkung: n = 40 (bzw. n = 39) aufgrund unvollständiger Fragebogen

#### 4.6.2 Weiterbildungsgrad des Hausarztes

Von insgesamt n = 41 teilnehmenden Hausärzten hatten lediglich n = 6 keine Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung, vgl. Tabelle 8. Eine Auswertung des Einflusses dieser Weiterbildung auf die Erkennungsrate somatoformer Störungen durch den Hausarzt war daher aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht sinnvoll möglich.

#### 4.6.3 Weitere mögliche Einflussfaktoren

Zur übersichtlicheren Identifizierung weiterer möglicher Einflussfaktoren bzw. Prädiktoren für das Erkennen einer somatoformen Störung durch den Hausarzt, wurden zudem zwei multiple logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Hierbei wurde ebenfalls die im CIDI Interview gestellte Diagnose als Referenz verwendet.

Tabelle 19: Prädiktoren auf Seiten der Patienten für das Diagnostizieren einer somatoformen Störung

Prädiktoren auf Seiten der Patienten	OR (95% KI)	P Wert
Alter	1,00 (0,97; 1,05)	0,75
Weibliches Geschlecht	0,42 (0,10; 1,67)	0,22
Familienstand: verheiratet	1,52 (0,75; 3,10)	0,25
Mindestens 10 Jahre Schulbildung	1,45 (0,71; 2,96)	0,31
Symptomschwere somatoformer Symptome (im PHQ-15 im Screening-Fragebogen erfasst)	1,22 (1,03; 1,44)	0,04

*Anmerkung.* Ergebnisse der multiplen logistischen Regressionsanalyse. Diskrepanz zu n = 120 ergibt sich aus fehlenden Werten. OR = Odds Ratio. 95% KI = 95%iges Konfidenzintervall. PHQ-15 = Patient Health Questionnaire.

Als Prädiktor für eine korrekte Diagnosestellung einer somatoformen Störung durch den Hausarzt konnte auf Seiten der Patienten in der multiplen logistischen Regressionsanalyse der Schweregrad der somatoformen Symptome identifiziert werden. Wie Tabelle 19 zu entnehmen ist, stieg mit jedem Punkt mehr im PHQ-15 Fragebogen als Maß für die Symptomschwere, die Wahrscheinlichkeit, dass eine somatoforme Störung diagnostiziert wurde, um den Faktor 1,2 (OR=1,22; 95% KI=1,03;1,44 p=0,04). Für die weiteren untersuchten soziodemografischen Charakteristika der Patienten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Schulbildung) als mögliche Prädiktoren für die diagnostische Übereinstimmung ergaben sich in dieser Analyse keine weiteren signifikanten Ergebnisse (p < 0,05).

Tabelle 20: Prädiktoren auf Seiten der Hausärzte für die Diagnose einer somatoformen Störung

<b>Prädiktoren auf Seiten der Hausärzte</b>	<b>OR (95% KI)</b>	<b>P Wert</b>
Alter	0,9 (0,81; 1,00)	0,06
Weibliches Geschlecht	2,26 (0,74; 6,85)	0,15
Facharztweiterbildung Innere Medizin	5,95 (1,70; 20,80)	< 0,01
Tätigkeitsjahre in hausärztlicher Versorgung	1,06 (0,93; 1,21)	0,38
Niederlassung in Einzelpraxis	2,92 (1,02; 8,38)	< 0,05

*Anmerkung.* Ergebnisse einer multiplen logistischen Regressionsanalyse. Diskrepanz zu n = 120 ergibt sich aus fehlenden Werten. OR = Odds Ratio. 95% KI = 95%iges Konfidenzintervall.

Bei Betrachtung der Charakteristika der Hausärzte mittels multipler Regressionsanalyse konnten die Facharztweiterbildung in Innerer Medizin, Niederlassung in Einzelpraxis und ein jüngeres Alter der Hausärzte als signifikante Prädiktoren für das Erkennen einer somatoformen Störung identifiziert werden, wie in Tabelle 20 dargestellt. Hausärzte mit einer Facharztweiterbildung in Innerer Medizin diagnostizierten Patienten mit einer somatoformen Störung mit einer sechsfach höheren Wahrscheinlichkeit richtig (OR=5,95; 95% KI=1,70-20,80 p<0,01). Die Niederlassung in einer Einzelpraxis war mit einer dreifach höheren Wahrscheinlichkeit, dass die Diagnose durch den Hausarzt gestellt wurde, verbunden (OR=2,92; 95% KI=1,02-8,38). Weiterhin ergab die Betrachtung des Alters der Hausärzte, dass ein jüngeres Alter mit einer erhöhten Diagnosewahrscheinlichkeit verbunden war, wenn auch das Ergebnis nur grenzwertig signifikant war mit einem p-Wert von 0,06 (OR=0,9; 95% KI=0,81-1,00).

## **5 Diskussion**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diskutiert und unter Berücksichtigung der Fragestellungen in Bezug zur aktuellen Literatur gesetzt werden, sowie Anregungen für weitere Untersuchungen gesammelt werden. Zum Schluss erfolgt eine kritische Betrachtung der Stärken und Schwächen der Studie.

### **5.1 Fragestellung 1: Häufigkeiten im hausärztlichen Setting**

Fragestellung 1 beschäftigte sich mit den Häufigkeiten somatoformer Störungen und den ebenfalls untersuchten Komorbiditäten depressive Störungen und Angststörungen im hausärztlichen Setting. Zudem wurden die Häufigkeiten des gleichzeitigen Auftretens einer depressiven Störung oder Angststörung bei einer somatoformen Störung ermittelt.

#### **Häufigkeit somatoformer Störungen**

Die verwendeten Fragebögen PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 dienten als Screening-Instrument für somatoforme, depressive und ängstliche Störungen. Sie liefern einen Überblick über das Auftreten und den Schweregrad somatoformer, depressiver und ängstlicher Symptome innerhalb der letzten vier bzw. der letzten zwei Wochen entsprechend den DSM-IV Kriterien. In der vorliegenden Studie wurde das Vorliegen schwererer somatischer Symptome oder das Vorliegen mittelgradiger somatischer Symptome bei gleichzeitig bestehenden mittelgradigen depressiven und/oder ängstlichen Symptomen als screening-positiv und somit als hohes Risiko für eine somatoforme Störung gewertet. Demzufolge lag der Anteil von Risikopatienten für eine somatoforme Störung im Patientenkollektiv der teilnehmenden Hausarztpraxen bei 14,7%. In der Literatur finden sich aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsmethoden und Diagnosekriterien (ICD-10 und DSM-IV) teilweise stark variierende Angaben zur Prävalenz somatoformer Störungen (Lahmann 2010). Für die primärärztliche Versorgung im Speziellen werden in einer Metaanalyse von Haller et al. (2015) Prävalenzen von 26,2% bis 34,8% beschrieben bei einer großen Inhomogenität der Studien. In einem Review von Murray et al. (2013) wird sogar eine Schwankung der Prävalenzen in der hausärztlichen Versorgung von 16,1% bis 57,5% beschrieben. In der vorliegenden Arbeit erfolgte eine Überprüfung des im Screening erfassten hohen Risikos bezüglich des Vorliegens einer Somatisierungsstörung dann innerhalb dieses vorselektierten Patientenkollektivs mittels CIDI-Interview entsprechend den diagnostischen Kriterien des ICD-10. Folglich ergaben sich, bei den Probanden, die am

Telefoninterview teilnahmen, recht hohe Prävalenzraten für Somatisierungsstörungen. Bei 59,2% der Probanden konnte die Diagnose einer aktuell, das heißt innerhalb der letzten sechs Monate, bestehenden somatoformen Störung gestellt werden.

Zudem konnten anhand der im Screening gewonnenen Daten (PHQ-15) rückblickend für die Patienten, bei denen im CIDI Interview dann die Diagnose einer somatoformen Störung gestellt werden konnte, die Art der Körperbeschwerden unter denen die Patienten am häufigsten litten, ermittelt werden. Dies waren *Müdigkeit oder das Gefühl keine Energie mehr zu haben* (73%), *Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf* (69%), *Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken* (56%), *Rückenschmerzen* (54%). In einer Studie von Hanel et al. (2009) finden sich hierzu korrespondierende Ergebnisse: Abgeschlagenheit (77%), Rückenschmerzen (70%), Schlafstörungen (64,9%), Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (61,3%) waren die häufigsten beklagten Symptome von Patienten mit einer Somatisierungsstörung.

### **Häufigkeiten von depressiven Störungen und Angststörungen**

Für die ebenfalls untersuchten Komorbiditäten depressive Störungen und Angststörungen wird in der Literatur eine Prävalenz von 12,4% bzw. 11,4% im hausärztlichen Setting beschrieben (Steinbrecher et al. 2011). Aufgrund des Studiendesigns mit einem Fokus auf der Detektion von Probanden mit einem hohen Risiko für somatoforme Störungen, ließen sich anhand der Screening-Daten für depressive Störungen und Angststörungen keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit dieser im Gesamtpatientenkollektiv der Arztpraxen ziehen. Die Diagnose einer Angststörung oder depressiven Störung wurde erst im CIDI Interview innerhalb des bereits vorselektierten Patientenkollektivs gestellt, sodass sich für diese beiden Krankheitsbilder große Häufigkeiten ergaben. So konnten depressive Störungen und Angststörungen bei 45,0% bzw. 41,7% der Probanden diagnostiziert werden.

### **Häufigkeit gleichzeitigen Auftretens einer depressiven Störung und Angststörung bei Patienten mit einer somatoformen Störung**

Bereits in vorangegangenen Studien konnte gezeigt werden (de Waal et al. 2004, Mergl et al. 2007, Löwe et al. 2008), dass somatoforme Störungen häufiger gleichzeitig mit den hier ebenfalls untersuchten Komorbiditäten depressive Störungen und Angststörungen auftreten, denn als solitäre Störung. Laut Löwe et al. (2008) liegen bei 54% der Patienten mit einer somatoformen Störung ebenfalls eine depressive Störung, eine Angststörung oder beides vor. Auch in einer Studie von Steinbrecher et al. (2011) konnte gezeigt werden, dass bei

43,2% der Patienten mit einer Somatisierungsstörung mindestens eine weitere psychische Erkrankung bestand, am häufigsten waren dies auch hier depressive Störungen und Angststörungen. In der hier vorliegenden Arbeit fand sich ein noch höherer Anteil, so konnte bei 64,8% der Patienten mit einer somatoformen Störung mindestens eine weitere Diagnose gestellt werden. Mit einem Anteil von 32,4% waren dies am häufigsten eine depressive Störung und eine Angststörung in Kombination. 19,7% der Patienten mit einer somatoformen Störung präsentierten zusätzlich nur eine depressive Störung und 12,7% zusätzlich nur eine Angststörung. Es ist zu beachten, dass aufgrund des vorgeschalteten Screenings im CIDI Interview ein vorselektiertes Patientenkollektiv betrachtet wurde und die großen Häufigkeiten dadurch mitbedingt wurden.

## **5.2 Fragestellung 2: Diagnostische Übereinstimmung**

Für die zweite Fragestellung wurde die diagnostische Übereinstimmung der hausärztlich gestellten Diagnose mit der im CIDI ermittelten Diagnose ermittelt und untersucht, ob bei gleichzeitigem Vorliegen einer depressiven Störung oder Angststörung die Diagnostik einer somatoformen Störung durch den Hausarzt erleichtert ist.

### **Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen**

Insgesamt konnte nur eine schwache bis leichte diagnostische Übereinstimmung zwischen der Diagnose des Hausarztes und der im CIDI gestellten Diagnose bezüglich somatoformer, depressiver und ängstlicher Störungen gezeigt werden, wobei das CIDI stets als Referenz galt. Da die Hausärzte alle Teilnehmer des Sofu-Net waren und im Rahmen dessen an Netzwerktreffen und Qualitätszirkeln teilgenommen haben, in denen unter anderem Informationen über somatoforme Störungen und deren Diagnostik vermittelt wurden, war anzunehmen, dass die Hausärzte besonders wachsam gegenüber somatoformen Störungen sein würden. Weiterhin waren die Hausärzte im Rahmen des Netzwerks angehalten, die PHQ Screening-Fragebögen zur erleichterten Detektion somatoformer Störungen auch im normalen Praxisalltag zu verwenden.

Die teilnehmenden Hausärzte stellten bei 32,3% Prozent der Patienten mit entsprechend des CIDI Interviews aktuell bestehender somatoformer Störung ebenfalls diese Diagnose. Betrachtet man ergänzend auch die Probanden, bei denen sowohl der Hausarzt, als auch das CIDI-Interview keine somatoforme Störung diagnostizierten, so ergibt sich insgesamt eine relative diagnostische Übereinstimmung von 53,6%. Die in vorausgegangenen Studien dokumentierten diagnostischen Übereinstimmungsgraden bei somatoformen Störungen liegen

zwischen 18,0% und 56,0%, wobei zu beachten ist, dass die untersuchten Studienpopulationen und die verwendeten Methoden stark variierten und in der Mehrzahl der Studien nicht das CIDI als Referenz diente (Pols et al. 2008, Hanel et al. 2009, Norton et al. 2009). Das Stellen der korrekten Diagnose durch den Hausarzt ist im Praxisalltag an die korrekte Einordnung der Beschwerden in die geltenden Klassifikationssysteme gebunden. So konnte in vorherigen Studien bereits gezeigt werden, dass diese oft schwierig anzuwenden sind und nur wenig spezielle Informationen über die Krankheiten im hausärztlichen Setting enthalten (Murray et al. 2016). Vor allem leichte Symptome sind schwierig einzuordnen und die geltenden Kriterien sind teilweise zu restriktiv um die präsentierten Beschwerden richtig einzuordnen (Murray et al. 2016). Auch in der hier vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein höherer Schweregrad der Symptome zwar mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer korrekten Diagnose einhergeht (vgl. Tabelle 19), aber gerade die leichten Ausprägungsformen die häufigsten sind (vgl. Abbildung 2).

Zudem ergaben unsere Analysen, dass die Hausärzte bei 54,6% der Patienten, bei denen sie im Gegensatz zum CIDI nicht die Diagnose einer somatoformen Störung stellten, die körperlichen Beschwerden des Patienten als nicht hinreichend durch eine somatische Ursache erklärt sahen und daher eine funktionelle Komponente der Beschwerden zumindest anzunehmen war. Dies zeigte, dass die Hausärzte durchaus wachsam gegenüber somatoformen Symptomen ihrer Patienten waren, auch wenn sie diese nicht in Form einer Diagnose benannt haben.

## **Diagnostische Übereinstimmung für somatoforme Störungen bei gleichzeitigem Vorliegen einer depressiven Störung und/oder Angststörung**

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer weiteren psychischen Erkrankung waren die Erkennungsraten einer somatoformen Störung durch den Hausarzt höher. So stellte er bei 38,2% der Probanden, die entsprechend des CIDI eine somatoforme Störung und gleichzeitig eine depressive Störung aufwiesen, die Diagnose einer somatoformen Störung. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Angststörung stellte der Hausarzt bei 40% der Probanden die korrekte Diagnose einer somatoformen Störung. Lagen sowohl eine depressive als auch eine Angststörung komorbide vor, war die diagnostische Übereinstimmung am höchsten. Hier erkannte der Hausarzt 42,8% der Probanden, die laut CIDI-Interview eine somatoforme Störung hatten. Aufgrund der kleinen Fallzahlen, und der insgesamt nur geringen diagnostischen Übereinstimmung bei Kappa Werten zwischen 0,21 und 0,3 sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig, um die These einer verbesserten diagnostischen Übereinstimmung bezüglich somatoformer Störungen bei gleichzeitigem Vorliegen einer depressiven Störung oder Angststörung zu stützen. In der Literatur finden sich diesbezüglich bisher nur sehr wenige vergleichbaren Daten. In einer von Becker 2004 in Saudi Arabien durchgeführten Studie, in der Ergebnisse des PHQ als Referenz dienten, konnte gezeigt werden, dass bei gleichzeitigem Vorliegen einer depressiven Störung der Hausarzt deutlich häufiger eine somatoforme Störung erkannte (Becker 2004), bei einer am Kappa Wert gemessenen ebenfalls nur geringen diagnostischen Übereinstimmung (Kappa-Wert 0,27).

Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Hausarztconsultationen von Patienten mit einer somatoformen Störung mit dem Vorliegen weiterer psychischer Krankheiten korreliert: Patienten mit einer somatoformen Störung, einer depressiven Störung und einer Angststörung konsultieren ihren Hausarzt doppelt so oft wie Patienten mit einer isolierten somatoformen Störung (Hanel et al. 2009). Eine Beeinflussung der leicht besseren diagnostischen Übereinstimmung bei bestehenden Komorbiditäten durch den häufigeren Kontakt zum Hausarzt ist also ebenfalls zu diskutieren.

Weiterhin konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass die diagnostische Übereinstimmung zwischen Hausarzt und CIDI Diagnose bezüglich depressiver Störungen am höchsten war. So stellte der Hausarzt bei 48% der Probanden mit einer depressiven Störung laut CIDI ebenfalls diese Diagnose. Vorherigen Untersuchungen zufolge sind depressive Störungen bei Hausärzten ein bekannteres und greifbareres Krankheitsbild als andere psychische Erkrankungen, sodass diese auch häufiger diagnostiziert werden (Nuyen

et al. 2005). Betrachtet man ergänzend hierzu isoliert die diagnostische Übereinstimmung bei Angststörungen, war diese am geringsten. Der Hausarzt stellte nur bei 25% der Patienten mit einer Angststörung laut CIDI Interview ebenfalls diese Diagnose. Hierbei ist kritisch zu beachten, dass im Rahmen der Studie auch sehr leichte Formen einer Angststörung, die spezifischen isolierten Phobien (F40.2), zu denen beispielsweise die Angst vor Höhe, Tieren und dem Fliegen gehören, erfasst wurden. Es ist zu vermuten, dass diese Symptome nicht, bzw. nur bedingt, in der hausärztlichen Praxis präsentiert werden oder der Hausarzt keinen Zusammenhang mit einer schweren psychischen Erkrankung sieht.

### **5.3 Fragestellung 3: Einflussfaktoren auf die Diagnostik somatoformer Störungen**

Zuletzt wurde der Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation, die Weiterbildung der Hausärzte in psychosomatischer Grundversorgung sowie weitere mögliche Faktoren auf Seiten der Patienten und der Hausärzte für eine erleichterte Diagnostik somatoformer Störungen untersucht.

#### **Arzt-Patienten-Kommunikation**

Im Rahmen des Screenings wurde die Häufigkeit der Kommunikation der Patienten mit dem Hausarzt bezüglich psychischer Beschwerden und privater Probleme ermittelt und als Hinweis auf das Kommunikationsverhalten der Patienten bezüglich psychosozialer Probleme gewertet. Hierbei ergab sich, dass fast die Hälfte der Patienten (46%), bei denen der Hausarzt das Vorliegen bzw. nicht Vorliegen einer Somatoformen Störung richtig erkannte, *oft*, *sehr oft* oder *immer* mit ihrem Hausarzt über private und psychische Probleme sprechen und nur 14% dies *nie* tun. Allerdings ergab eine aufgrund kleiner Fallzahlen erfolgte ergänzende Testung der Daten mit dem Exakten Fisher-Test, dass das Ergebnis statistisch nicht signifikant war (vgl. Tabelle 17). Mögliche Fehlerquelle könnte die große Anzahl an Auswahlmöglichkeiten/Variablen im Fragebogen (*nie*, *manchmal*, *oft*, *sehr oft*, *immer*) sein, die den Probanden zur Verfügung standen. Ebenso ist aber auch denkbar, dass die Formulierung der Frage zu viel Interpretationsspielraum ließ: „Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme?“. Weitere Aspekte, beispielsweise ob der Hausarzt von den Patienten überhaupt als geeigneter Ansprechpartner gesehen wurde, wurden in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht. In der Literatur konnte aber bereits in mehreren Studien das Kommunikationsverhalten der Patienten als Hürde zur

korrekten Diagnosestellung durch den Hausarzt aufgezeigt werden (Murray et al. 2016). So glauben viele Patienten, dass der Hausarzt nicht der richtige Ansprechpartner sei und das hausärztliche Setting nicht der richtige Rahmen für die Diskussion psychosozialer Probleme (Wileman et al. 2002, Peters et al. 2009). Hinzu kommt die Angst davor, dass Gespräche über psychosoziale Themen aus zeitlichen Gründen in der Sprechstunde unerwünscht sind (Murray et al. 2016). Salmon et al. (2004) konnten zeigen, dass insbesondere bei Vorliegen einer somatoformen Störung bzw. medizinisch ungeklärten Symptomen selten über psychosoziale Probleme gesprochen wird, die Kommunikation aber essentiell für eine korrekte Diagnostik ist (Salmon et al. 2004). Ein direkter Einfluss des Kommunikationsverhaltens der Patienten auf die diagnostische Übereinstimmung bezüglich somatoformer Störungen ist also anzunehmen und sollte weiter untersucht werden.

Zudem erfolgte eine Erfassung der Einstellung der Hausärzte gegenüber Patienten mit somatoformen bzw. funktionellen Beschwerden. Hierbei konnte gezeigt werden, dass die Mehrzahl der Hausärzte den Umgang mit Patienten mit somatoformen/funktionellen Beschwerden als schwierig empfindet (vgl. Tabelle 18). Dies kann als Hinweis auf eine schwierige Arzt-Patienten-Interaktion gewertet werden. Es ist jedoch kritisch festzustellen, dass im Rahmen der vorliegenden Studie das Kommunikationsverhalten des Arztes nicht explizit untersucht wurde. In vorherigen Arbeiten konnte das Kommunikationsverhalten des Arztes bereits als Prädiktor für die korrekte Diagnostik einer somatoformen Störung identifiziert werden (Murray et al. 2016). So beeinträchtigt mangelnde Empathie des Hausarztes bei psychischen Problemen eine offene Arzt-Patienten-Kommunikation (Nordin et al. 2006). Zurückhaltung oder Ablehnung seitens des Hausarztes bei durch den Patienten angesprochenen psychosozialen Problemen verhindern ein offenes Gespräch, obwohl für das korrekte Stellen einer Diagnose neben diagnostischen Tests eine ausführliche Anamnese essentiell ist (Ring 2005, Kroenke 2014). Als strukturelles Problem kommt zudem der Zeitmangel im hausärztlichen Setting hinzu, der ebenfalls zu einer eher oberflächlichen Anamnese beiträgt und den Patienten das Gefühl gibt, nicht zu Wort kommen zu können (Dowrick et al. 2008). Vielen Hausärzten fällt es schwer, den Patienten den möglichen psychischen Ursprung ihrer somatischen Symptome, für die es keine eindeutige organische Ursache gibt, verständlich nahe zu bringen (Dowrick et al. 2004, T.C. Olde Hartman 2009). Eine verbesserte und vor allem gezielte Arzt-Patienten-Kommunikation kann also das Erkennen und Diagnostizieren einer somatoformen Störung erleichtern und somit den Beginn einer spezifischen Therapie ermöglichen (Lühmann 2016).

Die Teilnahme der Hausärzte an Netzwerken wie dem SofuNet-Projekt kann dazu beitragen, sie für psychische Störungen und insbesondere Störungen aus dem somatoformen

Störungskreis zu sensibilisieren. Auch im Rahmen der ärztlichen Ausbildung hat Kommunikationstraining in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert gewonnen und der Nutzen verschiedener Trainingsmethoden wird untersucht (Shield et al. 2011, Kaplan-Liss et al. 2018). Mit Änderung der Approbationsordnung im Jahr 2012 ist die Gesprächsführung in Deutschland nun auch offiziell Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der Abschlussprüfung (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 34 2012). Auch für die psychosomatische Medizin im Speziellen, gibt es verschiedene Ansätze durch gezieltes Training bereits Medizinstudenten den Umgang mit Patienten, die psychosomatische Symptome präsentieren, näher zu bringen und im späteren Arbeitsalltag der werdenden Ärzte eine gesteigerte Wachsamkeit gegenüber diesen zu erreichen. Die Gesprächsführung und die Bedeutung der Arzt-Patienten-Interaktion sind dabei stets ein zentraler Bestandteil. (Fritzsche et al. 2008, Himmelbauer et al. 2018). Der langfristige Einfluss dessen auf die Diagnostik und den frühzeitigen Beginn einer Therapie insbesondere somatoformer Störungen bleibt zu untersuchen.

### **Weiterbildung des Hausarztes**

In der vorliegenden Studie waren die Fallzahlen (35 Ärzte mit Weiterbildung gegenüber nur 6 ohne Weiterbildung) zu gering, um eine valide Aussage zum Einfluss des Weiterbildungsgrades auf die Diagnostik somatoformer Störungen treffen zu können. Mit ursächlich hierfür ist, dass eine 80-stündige Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung zum Erlangen der Facharztanerkennung in der Allgemeinmedizin ohnehin vorgeschrieben ist (Ärzttekammer Hamburg 2015). Auch wurden ausschließlich Hausärzte untersucht, die am Sofu-Net-Projekt teilgenommen haben, sodass eine generelle Sensibilisierung dieser Hausärzte gegenüber psychischer Probleme anzunehmen war.

In der Literatur findet sich diesbezüglich nur wenig. Eine Studie aus Österreich konnte zeigen, dass mit zunehmendem Weiterbildungsgrad der Hausärzte in Psychosomatischer Medizin, auch häufiger eine weiterführende Diagnostik und der Beginn einer entsprechenden Behandlung bei Symptomen mit möglichem psychosomatischen Ursprung erfolgte (Fazekas et al. 2009). Dass für die in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte grundsätzlich ein Training bezüglich des Umgangs mit Patienten mit Symptomen ohne eindeutige somatische Ursache wichtig und relevant für den Praxisalltag ist, konnten Rief et al. (2006) bereits zeigen. Dies verdeutlicht den Bedarf an entsprechenden Trainings. Es bleibt jedoch zu untersuchen, ob die bisher in Deutschland verpflichtende Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung ausreichend ist, oder ob weitere Schulungen notwendig sind, um die Ärzte für das Erkennen und diagnostische Einordnen somatoformer

Symptome und psychischer Störungen im Allgemeinen weiter zu sensibilisieren. Vor allem die Umsetzbarkeit im Praxisalltag unter Berücksichtigung der knappen zeitlichen Ressourcen, die ohnehin das Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflussen und ein möglichst effizientes Vorgehen notwendig machen (Mauksch et al. 2008), sollte kritisch bedacht werden.

### **Untersuchung weiterer Einflussfaktoren für eine erleichterte Diagnostik somatoformer Störungen**

In der ergänzenden multiplen Regressionsanalyse wurden zusätzlich Charakteristika auf Seiten der Patienten und der Hausärzte bezüglich ihres Einflusses auf die Diagnose einer somatoformen Störung durch den Hausarzt untersucht. Hierbei konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender Symptomschwere, die diagnostische Übereinstimmung, also die Wahrscheinlichkeit, dass eine somatoforme Störung vom Hausarzt korrekt diagnostiziert wurde, signifikant erhöht war. Sie stieg mit jedem Punkt mehr im PHQ-15 Fragebogen als Maß für die Symptomschwere um den Faktor 1,2 (vgl. Tabelle 19). Es ist anzunehmen, dass Patienten mit schweren Symptomen, diese auffälliger und häufiger gegenüber ihrem Hausarzt präsentieren, sodass eher der Verdacht einer somatoformen Störung entsteht. Ähnliches ist auch in der Literatur zu finden: So werden meist nur die schweren Fälle richtig erkannt und diagnostiziert (Schaefer et al. 2010). In der vorliegenden Arbeit konnte jedoch gezeigt werden, dass die leichten Ausprägungsformen deutlich häufiger vorkommen, als die schweren. So präsentierten 39,2% der Probanden leichte Symptome einer somatoformen Störung, 20,0% mittelgradige und lediglich 7,8% präsentierten schwer ausgeprägte Symptome (vgl. Abbildung 2). Auch in einer Multicenter Studie von Hanel et al. (2009) konnte gezeigt werden, dass insbesondere in der hausärztlichen Versorgung milde Ausprägungsformen somatoformer Störungen häufig anzutreffen sind. Laut Jackson et al. (2008) präsentieren 10 bis 15% der Patienten in der hausärztlichen Praxis medizinisch ungeklärte Symptome, die oft mit relevanten funktionellen Einschränkung einhergehen, aber nicht den im ICD 10 geforderten Diagnosekriterien einer somatoformen Störung genügen, sodass es für die Hausärzte häufig schwer ist, diese korrekt zu klassifizieren und eine adäquate Behandlung zu veranlassen (Jackson et al. 2008, Murray et al. 2016).

Die zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie aktuell gültigen diagnostischen Instrumente (ICD-10 und DSM-IV) bieten den Hausärzten teilweise nur unzureichende Möglichkeiten, eine entsprechende Klassifikation der Störungen aus dem somatoformen Kreis vorzunehmen (Hanel et al. 2009). Im ICD-10 werden zwar verschiedene Unterformen der somatoformen

Störung unterschieden (vgl. Tabelle 2), verschiedene Schweregrade allerdings nicht. Sowohl im DSM-IV als auch im ICD 10 wird eine bestimmte Anzahl körperlicher Symptome aus unterschiedlichen Organsystemen ebenso wie der Ausschluss einer organischen Ursache der Erkrankung gefordert (American Psychiatric Association 2000, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation 2013). In der Neuauflage des DSM, dem DSM-5, finden hingegen psychologische Aspekte bei der Diagnostik einer somatoformen Störung Berücksichtigung und es wird keine bestimmte Anzahl an Körperbeschwerden und deren vollständige organische Unerklärbarkeit mehr gefordert (Ehret et al. 2013). Der Begriff *Somatische Belastungsstörung* ersetzt im DSM-5 die *Somatisierungsstörung*. Die *undifferenzierte somatoforme Störung* ersetzt die *Hypochondrie* und die *Schmerzstörung*. Für die *Somatische Belastungsstörung* wird das Vorhandensein somatischer Symptome, die belastend sind oder das Alltagsleben erheblich beeinträchtigen, sowie exzessive dysfunktionale Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen in Bezug auf die somatischen Symptome einhergehend mit massiven Gesundheitssorgen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten gefordert (Ehret et al. 2013). Ziel soll es sein, dem komplexen Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und damit verbundener Psychopathologie gerecht zu werden und somit keine Körper-Seelen Dualismus zu implizieren wie in der vorherigen Klassifikation (Uexküll 2018). In einer Studie von Voigt et al. (2012) konnte aufgrund dessen bereits ein zu erwartender hoher klinischer Nutzen des DSM-5 gezeigt werden. Da in Deutschland jedoch nicht zuletzt für die Abrechnung eine Klassifikation nach ICD notwendig ist, soll an dieser Stelle noch ein kurzer Ausblick auf die geplante Neuauflage des ICD-11, welche im Januar 2022 in Kraft treten soll, erfolgen. Auch hierin entfällt die Forderung nach einem eindeutigen Ausschluss organischer Ursachen der Beschwerden und die damit verbundene, oft stigmatisierende Unterscheidung von organischen oder somatoformen Ursachen körperlicher Beschwerden (Jackson et al. 2006, Gureje et al. 2016). Heißt auch hier sollen der Leidensdruck der Patienten und damit verbundene Folgen im Vordergrund stehen. Im ICD-11 werden die aktuellen Unterkategorien *Somatoformer Störungen* (F45.-) ausgenommen der *Hypochondrischen Störung* (F45.2) mit den *Anderen neurotischen Störungen* (F48.-) unter der vereinfachten Kategorie *Bodily Distress Syndrome* zusammengefasst werden. In diese neue Kategorie einzuordnen sind körperliche Symptome, die für den Patienten sehr belastend sind, unabhängig davon, ob diese ganz oder teilweise medizinisch erklärbar sind, in jedem Fall aber zu einer übermäßigen Beschäftigung mit den Symptomen führen, einhergehend mit häufigen Arztkontakten und wiederholter Forderung nach Untersuchungen. Die körperlichen Symptome, die häufig multiple sind oder im Verlauf variieren, müssen über

mehrere Monate bestehen und zu Funktionsbeeinträchtigungen des täglichen Lebens führen (First et al. 2015, Gureje et al. 2016). Der klinische Nutzen und insbesondere die Anwendbarkeit im Praxisalltag des hausärztlichen Settings mit einer möglicherweise erleichterten diagnostischen Einordnung der Beschwerden, insbesondere auch leichter Ausprägungsformen, bleibt abzuwarten und in den kommenden Jahren zu untersuchen.

Für die ebenfalls untersuchten soziodemografischen Charakteristika der Patienten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Schulbildung) konnte in der multiplen Regressionsanalyse anhand der hier vorliegenden Daten kein signifikanter Einfluss auf die diagnostische Übereinstimmung der Diagnose des Hausarztes mit der CIDI-Diagnose bezüglich somatoformer Störungen gezeigt werden.

Eine ergänzende Betrachtung der Charakteristika der Hausärzte ebenfalls mittels multipler Regressionsanalyse konnte eine Facharztweiterbildung in Innerer Medizin, Niederlassung in Einzelpraxis und ein jüngeres Alter der Hausärzte als signifikante Einflussfaktoren auf die diagnostische Übereinstimmung identifizieren. So ging die Facharztweiterbildung in Innerer Medizin mit einer sechsfach höheren Diagnosewahrscheinlichkeit, die Niederlassung in einer Einzelpraxis mit einer dreifach höheren Diagnosewahrscheinlichkeit und ein jüngeres Alter ebenfalls mit einer erhöhten diagnostischen Übereinstimmung einher, wobei anzumerken ist, dass das Ergebnis bezüglich des Alters der Hausärzte mit einem p-Wert von 0,06 nur grenzwertig signifikant war. Auch in einer Studie von Hartz et al. (2000) konnte gezeigt werden, dass Hausärzte, die angaben sich mit dem Umgang somatoformer Symptome vertraut zu fühlen, häufiger in einer Einzelpraxis oder bereits mindestens fünf Jahre im selben Praxissetting tätig waren. Inwieweit ein konstanteres Setting mit langfristiger Betreuung durch den selben Arzt durch größere Vertrautheit und Offenheit, die Diagnostik somatoformer Störungen erleichtert, könnte Grundlage weitere Untersuchungen sein.

#### **5.4 Methodische Stärken und Limitationen der Studie**

Nachfolgend sollen der Aufbau und die Durchführung der Studie, sowie die anschließend erfolgten Analysen kritisch betrachtet werden.

Eine Besonderheit der Studie ist die Verwendung verschiedener Instrumente zur Datengewinnung. So erfolgte das Screening zur Detektion der Patienten mit einem hohen

Risiko für das Vorliegen einer somatoformen Störung mittels der gut evaluierten PHQ und GAD Selbstbeurteilungs-Fragebögen (PHQ-15: somatoforme Symptome, PHQ-9: depressive Symptome und GAD-7: ängstliche Symptome) (Kroenke et al. 2010). Das anschließende telefonische Interview erfolgte mittels des ebenfalls gut evaluierten strukturierten diagnostischen Interviews CIDI (Kessler et al. 2013). Ergänzend wurden Charakteristika der Hausärzte, sowie demografische Daten der Patienten und Informationen seitens des Hausarztes über die screening-positiven Patienten mittels eines Fragebogens (Checkliste) erfasst.

### **Stichprobenumfang**

Der Anteil weiblicher Probanden ist bereits im Screening deutlich höher gewesen und möglicherweise auf eine höhere Bereitschaft von Frauen an einer solchen Studie teilzunehmen, zurückzuführen. Ein möglicher selektiver Effekt zugunsten des weiblichen Geschlechts im Vergleich zum Gesamtpatientenkollektiv der Hausarztpraxen ist also anzunehmen. Auch wurden Patienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen von der Studienteilnahme ausgeschlossen, sodass auch für Patienten mit einem Migrationshintergrund ein Selektionseffekt anzunehmen ist. Zwar handelt es sich bei den verwendeten Selbstbeurteilungsbögen PHQ-15 (somatoforme Symptome), PHQ-9 (depressive Symptome) und GAD-7 (ängstliche Symptome) um gut validierte Instrumente mit einer guten Testgüte (Kroenke et al. 2010), aber dennoch erfolgte dadurch eine Vor-Selektion des im anschließenden CIDI Interview untersuchten Patientenkollektivs. Eine gesicherte Diagnose entsprechend den geltenden Klassifikationssystemen wurde jedoch erst durch dieses standardisierte, von Experten durchgeführte Interview gestellt (Toft et al. 2005). Aufgrund der großen Stichprobe und begrenzter Ressourcen erfolgte keine ergänzende Untersuchung der screening-negativen Probanden mittels CIDI Interview, also den Probanden mit einem laut PHQ geringen Risiko für eine somatoforme Störung. Auch wurden für diese Patienten keine Checklisten von den Hausärzten ausgefüllt, sodass keine Informationen bezüglich einer möglicherweise hausärztlicherseits vordiagnostizierten somatoformen Störung, trotz screening-negativem Ergebnis, vorlagen.

### **Screening**

Es erforderte den Einsatz von ein bis zwei Studienmitarbeitern zur Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufs, bei dem möglichst alle Patienten, die an den Erhebungstagen in den Praxen waren, angesprochen wurden. Aufgrund eines mitunter sehr hohen Patientenaufkommens war es teilweise dennoch schwierig, dauerhaft einen geregelten

Ablauf des Probandenscreenings zu ermöglichen und keine Patienten zu übersehen. Insgesamt konnte eine gute Teilnehmerrate am Screening und somit große Grundgesamtheit erreicht werden (insgesamt n=1826 Probanden gescreent). Auch wurde versucht, durch Auswahl der Praxen in möglichst vielen verschiedenen Stadtteilen soziodemografische Effekte kleinzuhalten. Es ist jedoch anzumerken, dass alle teilnehmenden Hausärzte ohnehin freiwillig am Sofu-Net teilgenommen haben, sodass dadurch eine erhöhte Wachsamkeit gegenüber somatoformen Störungen als möglicher selektiver Effekt anzunehmen ist. Es erfolgte keine Vergleichserhebung in nicht am Sofu-Net teilnehmenden Praxen.

### **Telefoninterview**

Es konnte mit einem Anteil von 48,7% bei nur knapp der Hälfte der screening-positiven Patienten anschließend das Telefoninterview vollständig realisiert werden. Mögliche Ursache könnte die aufgrund eines sehr umfangreichen Fragenkataloges lange Dauer von bis zu zwei Stunden gewesen sein. Für künftige Untersuchungen sollte eine Kürzung des Interviews bzw. der zusätzlich zum CIDI genutzten Fragebögen erwogen werden. Es zeigte sich jedoch kein Unterschied bezüglich der soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht und PHQ Score) bei den screening-positiven Probanden, die am Interview teilnahmen und den screening-positiven Probanden, die nicht teilnahmen, sodass trotz der geringen Teilnahmequote am Interview ein Selektionsfehler eher unwahrscheinlich ist.

### **Diagnostische Übereinstimmung**

Zur Ermittlung der diagnostischen Übereinstimmung bezüglich somatoformer, ängstlicher und depressiver Störungen wurde die im CIDI-Interview gestellte ICD-Diagnose als Referenz verwendet. Die vom Hausarzt gestellten Diagnosen wurden anhand der Angaben zum Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Checkliste ermittelt. Es wurde hierbei lediglich zwischen *aktuell vorliegend* und *in der Vorgeschichte* differenziert (vgl. Angang E). Es erfolgte keine klare Definition des Zeitraumes. Hingegen erfolgte im CIDI eine klare zeitliche Zuordnung, sodass in der vorliegenden Arbeit für die Auswertungen der CIDI-Diagnosen einheitlich die letzten 6 Monate als *aktueller Zeitraum* definiert wurden. Diese wurden mit den Angaben des Hausarztes bezüglich *aktuell vorliegender* Diagnosen ohne klare zeitliche Zuordnung verglichen. Für künftige Untersuchungen ist eine klare zeitliche Definition zu empfehlen, um die Vergleichbarkeit der Diagnosen noch zu verbessern. In der vorliegenden Arbeit wurde nicht erfasst, wie lange der Hausarzt, der die Checkliste ausfüllte, bereits in derselben Praxis tätig war und wie oft er den betreffenden Patienten bereits behandelt hatte. Da aber ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis wichtige Grundlage

für eine offene Kommunikation auch über psychosoziale Probleme ist, ist es empfehlenswert dies in folgenden Untersuchungen zu ergänzen (Hartz et al. 2000, Nordin et al. 2006). Zur statistischen Auswertung wurde der Kappa-Koeffizient als Maß der diagnostischen Übereinstimmung verwendet. Der Wert Kappa ist von der Prävalenz der untersuchten Merkmale abhängig. Bei unterschiedlichen Randhäufigkeiten, wie im vorliegenden Fall, kann der Maximalwert  $Kappa = 1$  als Maß für die komplette Übereinstimmung der Diagnosen jedoch gar nicht erreicht werden (Grouven et al. 2007).

## 6 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war es, die Häufigkeiten somatoformer Störungen im hausärztlichen Setting zu bestimmen sowie mögliche Einflussfaktoren auf die Diagnostik einer somatoformen Störung durch den Hausarzt zu identifizieren. Hierzu wurden im Speziellen der Einfluss einer gleichzeitig vorliegenden weiteren psychischen Störung (depressive Störung, Angststörung), sowie weitere Charakteristika auf Arzt- und Patientenseite untersucht. Mit einem Screening Fragebogen wurden in Hamburger Hausarztpraxen, die am Gesundheitsnetzwerk Sofu-Net teilnehmen, Patienten mit einem hohen Risiko für das Vorliegen einer somatoformen Störung identifiziert und im Folgenden in einem CIDI Interview ergänzend telefonisch befragt. Die im CIDI Interview ermittelten ICD-10 Diagnosen wurde als Referenz verwendet und die diagnostische Übereinstimmung mit der hausärztlich gestellten Diagnose untersucht.

Im Screening ergab sich bei 269 (14,7%) der insgesamt 1826 untersuchten Patienten, die die Einschlusskriterien für die Studienteilnahme erfüllten, ein hohes Risiko für das Vorliegen einer somatoformen Störung. Aus diesem vorselektierten Patientenkollektiv konnten 120 CIDI-Interviews vollständig realisiert werden und davon bei 71 Patienten (59,2%) eine aktuell vorliegende somatoforme Störung (innerhalb der letzten 6 Monate) nach den Kriterien des ICD-10 diagnostiziert werden. Davon erfüllten 46 Patienten (64,8%) die Kriterien für eine weitere psychiatrische Diagnose, am häufigsten waren dies kombiniert sowohl eine depressive Störung als auch eine Angststörung (32,4%). Der Vergleich mit den Diagnosen des Hausarztes ergab, dass die Diagnose einer somatoformen Störung in nur knapp einem Drittel der Fälle (32,3%) von diesem ebenfalls gestellt wurde. Insgesamt ergab sich eine relative diagnostische Übereinstimmung von 53,6% zwischen der CIDI Diagnose und der hausärztlich gestellten Diagnose bezüglich des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens einer somatoformen Störung. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Angststörung oder einer depressiven Störung konnte eine leicht höhere diagnostische Übereinstimmung von 57,1% bzw. 59,6% gezeigt werden, bei parallelem Auftreten beider untersuchter Komorbiditäten lag diese bei 62,5%. Auf der Patientenseite konnte gezeigt werden, dass ein höherer Schweregrad der somatoformen Symptome das Diagnostizieren einer somatoformen Störung durch den Hausarzt erleichtert, leichte Ausprägungsformen aber häufiger vorkommen. Seitens der Hausärzte fand sich eine höhere diagnostische Übereinstimmung bei einer Facharztweiterbildung in Innerer Medizin, Niederlassung in einer Einzelpraxis sowie ein jüngeres Alter des Arztes.

Die hier vorliegende Arbeit konnte also zeigen, dass Hausärzte eine somatoforme Störung bei gleichzeitigem Vorliegen psychiatrischer Komorbiditäten besser erkennen und diagnostizieren, bei einer insgesamt aber eher geringen diagnostischen Übereinstimmung. Besonders schwer ausgeprägte somatoforme Symptome erleichtern die Diagnostik zwar, leichtere Ausprägungsformen kommen aber vor allem im hausärztlichen Setting häufiger vor. Es gilt in Zukunft, die Hausärzte auch für leichtere Ausprägungsformen bzw. isoliert auftretende somatoforme Symptome durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen und eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation zu sensibilisieren. Denn das frühzeitige Stellen einer korrekten Diagnose ist Voraussetzung für eine adäquate therapeutische Behandlung und trägt somit zu einer verbesserten Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen bei. Inwiefern die diagnostische Einordnung auch durch die geänderten Kriterien in den Neuauflagen der Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-5 erleichtert sein wird, bleibt weiterhin zu beobachten und zu untersuchen.

## 7 Summary

The study's aim was to determine the frequency of somatic symptom disorders in the GP setting as well as to identify the factors influencing the diagnosis of a somatic symptom disorder by the GP. In particular, the influence of the presence of another mental disorder (depression disorder, anxiety disorder), as well as further characteristics, were investigated at the physician and patient level. A screening questionnaire among GP offices in Hamburg that participate in the Sofu-Net health network was used to identify patients with a high risk for the presence of a somatic symptom disorder, who were then additionally surveyed in a CIDI telephone interview. The ICD-10 diagnoses determined through the CIDI interview were used as the reference and the concordance with the GP's diagnosis was investigated.

The screening yielded 269 (14.7%) of a total of 1826 investigated patients who satisfied the inclusion criteria for the study who had an increased risk for the presence of a somatic symptom disorder. From this pre-selected patient collective, 120 CIDI interviews could be concluded in full, and 71 patients (59.2%) were diagnosed with a current somatic symptom disorder (within the past 6 months) according to the criteria of the ICD-10. Of these, 46 patients (64.8%) satisfied the criteria for a further psychiatric diagnosis, most frequently a combination of depressive and anxiety disorder (32.4%). The comparison with the GPs' diagnoses showed that these only made a diagnosis of somatic symptom disorder in about one third of cases (32.3%). Overall, there was a relative concordance of diagnoses of 53.6% between the CIDI diagnosis and the GP diagnosis with regard to the presence or absence of a somatic symptom disorder. With the simultaneous presence of an anxiety disorder or depressive disorder, a slightly higher diagnosis concordance of 57.1% and 59.6%, respectively, was found; when both investigated co-morbidities were present this figure reached 62.5%. On the patient level it could be shown that a higher severity of the somatic symptoms facilitated the diagnosis of a somatic symptom disorder by the GP, but that mild symptoms are more prevalent. On the GP level the diagnosis concordance was higher for internal medicine specialisations, sole practices and younger GPs.

This present study could therefore show that GPs are better at identifying and diagnosing a somatic symptom disorder in the presence of psychiatric co-morbidities, but with a rather low level of diagnosis concordance overall. Particularly severe somatic symptoms facilitate the diagnosis, but milder symptoms are more common, especially in the GP setting. In future, GPs' awareness of milder or isolated somatic symptoms should be increased through

appropriate further training measures and improved doctor-patient communication. Early diagnosis is a precondition for adequate treatment and thus contributes to improved care of patients with somatic symptom disorder. The extent to which diagnostic classification will be facilitated by the modified criteria in the new editions of the classification systems ICD-11 and DSM-5 remains to be observed and investigated.

## 8 Literaturverzeichnis

**Altmann, D.G. (1991):** *Practical Statistics for Medical Research*. Chapman and Hall/CRC, London.

**American Psychiatric Association (2000):** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV 4th ed., text rev.*, Washington, DC.

**American Psychiatric Association (2013):** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5th ed.*, Washington, D.C.

**Ärzttekammer Hamburg (2015):** *Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.02.2005 i.d.F. vom 5. Oktober 2015*, S. 13.

**Barsky, A.J.; Orav, E.J.; Bates, D.W. (2005):** *Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity*. In: *Archives of general psychiatry* 62 (8), S. 903-910.

**Becker, S.M. (2004):** *Detection of somatization and depression in primary care in Saudi Arabia*. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (12), S. 962-966.

**Bowen, J.; Pheby, D.; Charlett, A.; McNulty, C. (2005):** *Chronic Fatigue Syndrome: a survey of GPs' attitudes and knowledge*. In: *Journal of Family Practice* 22 (4), S. 389-393.

**Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 34 (2012):** *Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 17. Juli 2012* ausgegeben zu Bonn am 23. Juli 2012.

**Bundesministerium für Gesundheit (2017):** *Bekanntmachung nach den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 9. November 2017*. In: *Bundesanzeiger (Amtlicher Teil)* 28.11.2017 B4, S.

**Creed, F.; Barsky, A. (2004):** *A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis*. In: *Journal of psychosomatic research* 56 (4), S. 391-408.

**Creed, F.H.; Davies, I.; Jackson, J.; Littlewood, A.; Chew-Graham, C.; Tomenson, B.; Macfarlane, G.; Barsky, A.; Katon, W.; McBeth, J. (2012):** *The epidemiology of multiple somatic symptoms*. In: *Journal of psychosomatic research* 72 (4), S. 311-317.

**de Waal, M.W.; Arnold, I.A.; Eekhof, J.A.; van Hemert, A.M. (2004):** *Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders*. In: *British Journal of Psychiatry* 184, S. 470-476.

**Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (2013):** *ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (WHO-Ausgabe). Band 1 - Systematisches Verzeichnis Version 2013*.

**Dilling, H.; Freyberger, H.J. (2019):** *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 9. aktualisierte Auflage. Hogrefe Verlag (für deutsche Ausgabe), Bern.

**Dowrick, C.; Gask, L.; Hughes, J.G.; Charles-Jones, H.; Hogg, J.A.; Peters, S.; Salmon, P.; Rogers, A.R.; Morriss, R.K. (2008):** *General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study*. In: BMC Family Practice 9, S. 46.

**Dowrick, C.F.; Ring, A.; Humphris, G.M.; Salmon, P. (2004):** *Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology*. In: Br J Gen Pract 54 (500), S. 165-170.

**Dowrick, C.F.; Ring, A.; Humphris, G.M.; Salmon, P. (2004):** *Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology*. In: British Journal of General Practice 54 (500), S. 165-170.

**Dwamena, F.C.; Lyles, J.S.; Frankel, R.M.; Smith, R.C. (2009):** *In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms*. In: BMC Family Practice 10, S. 67.

**Ehret, A.; Berking, M. (2013):** *DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert?* In: Verhaltenstherapie 23 (4), S. 258-266.

**Fazekas, C.; Matzer, F.; Greimel, E.R.; Moser, G.; Stelzig, M.; Langewitz, W.; Loewe, B.; Pieringer, W.; Jandl-Jager, E. (2009):** *Psychosomatic medicine in primary care: influence of training*. In: Wiener klinische Wochenschrift 121 (13-14), S. 446-453.

**Fink, P.; Rosendal, M.; Olesen, F. (2005):** *Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care*. In: Aust N Z J Psychiatry 39 (9), S. 772-781.

**Fink, P.; Sorensen, L.; Engberg, M.; Holm, M.; Munk-Jorgensen, P. (1999):** *Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition*. In: Psychosomatics 40 (4), S. 330-338.

**First, M.B.; Reed, G.M.; Hyman, S.E.; Saxena, S. (2015):** *The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders*. In: World Psychiatry 14 (1), S. 82-90.

**Fritzsche, K.; Engemann, B.; Wirsching, M. (2008):** *Curriculum psychosomatic medicine and psychotherapy in medical education-concept, implementation, evaluation*. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 58 (8), S. 321-325.

**Grabe, H.J.; Baumeister, S.E.; John, U.; Freyberger, H.J.; Volzke, H. (2009):** *Association of mental distress with health care utilization and costs: a 5-year observation in a general population*. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 44 (10), S. 835-844.

**Grouven, U.; Bender, R.; Ziegler, A.; Lange, S. (2007):** *Der Kappa-Koeffizient - Artikel Nr. 23 der Statistik-Serie in der DMW.* In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, S. e65-e68.

**Gureje, O.; Reed, G.M. (2016):** *Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects.* In: World Psychiatry 15 (3), S. 291-292.

**Haerter, M.B., A.; Hillebrandt, B.; Lambert, M. (2015):** *psychenet - Das Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychenet - The Hamburg Network for Mental Health).* In: Psychiatrische Praxis, S. 42 (S01): S44-48.

**Hanel, G.; Henningsen, P.; Herzog, W.; Sauer, N.; Schaefer, R.; Szecsenyi, J.; Lowe, B. (2009):** *Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study.* In: Journal of psychosomatic research 67 (3), S. 189-197.

**Hartz, A.J.; Noyes, R.; Bentler, S.E.; Damiano, P.C.; Willard, J.C.; Momany, E.T. (2000):** *Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients.* In: General hospital psychiatry 22 (3), S. 144-152.

**Henningsen, P.; Jakobsen, T.; Schiltenwolf, M.; Weiss, M.G. (2005):** *Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders.* In: The Journal of nervous and mental disease 193 (2), S. 85-92.

**Hiller, W.; Fichter, M.M.; Rief, W. (2003):** *A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness.* In: Journal of psychosomatic research 54 (4), S. 369-380.

**Hiller, W.; Rief, W. (2014):** *Die Abschaffung der somatoformen Störungen durch DSM-5 – ein akademischer Schildbürgerstreich?* In: Psychotherapeut 59 (6), S. 448–455.

**Hiller, W.; Rief, W.; Brahler, E. (2006):** *Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms.* In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 41 (9), S. 704-712.

**Himmelbauer, M.; Seitz, T.; Seidman, C.; Löffler-Stastka, H. (2018):** *Standardized patients in psychiatry - the best way to learn clinical skills?* In: BMC Medical Education 18 (1), S. 72.

**Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P.; Hanefeld, U.; Herter-Eschweiler, R. (2010):** *Demographische Standards. eine gemeinsame Empfehlung des ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. 5., überarb. u. erw. Aufl. 2010. . Statist. Bundesamt., Wiesbaden Ausgabe 2010.*

**Jackson, J.; Fiddler, M.; Kapur, N.; Wells, A.; Tomenson, B.; Creed, F. (2006):** *Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics.* In: Journal of psychosomatic research 60 (4), S. 357-363.

**Jackson, J.L.; Kroenke, K. (2008):** *Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study.* In: Psychosomatic medicine 70 (4), S. 430-434.

**Jacobi, F.; Hofler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M.A.; Hapke, U.; Maske, U.; Seiffert, I.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.U. (2014):** *Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGSI-MH).* In: International journal of methods in psychiatric research 23 (3), S. 304-319.

**Jacobi, F.; Wittchen, H.U.; Holting, C.; Hofler, M.; Pfister, H.; Muller, N.; Lieb, R. (2004):** *Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS).* In: Psychological medicine 34 (4), S. 597-611.

**Jobst, D. (2006):** *Family doctors — how would they diagnose a somatoform disorder?* In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 82 (5) S. 209–213.

**Jung, S.H. (2014):** *Stratified Fisher's exact test and its sample size calculation.* In: Biometrical Journal 56 (1), S. 129-140.

**Kaplan-Liss, E.; Lantz-Gefroh, V.; Bass, E.; Killebrew, D.; Ponzio, N.M.; Savi, C.; O'Connell, C. (2018):** *Teaching Medical Students to Communicate With Empathy and Clarity Using Improvisation.* In: Academic Medicine 93 (3), S. 440-443.

**Kessler, R.C.; Calabrese, J.R.; Farley, P.A.; Gruber, M.J.; Jewell, M.A.; Katon, W.; Keck, P.E.; Nierenberg, A.A.; Sampson, N.A.; Shear, M.K.; Shillington, A.C.; Stein, M.B.; Thase, M.E.; Wittchen, H.U. (2013):** *Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders.* In: Psychological medicine 43 (8), S. 1625-1637.

**Kessler, R.C.; Üstün, T.B. (2004):** *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI).* In: International journal of methods in psychiatric research 13 (2), S. 93-121.

**Korber, S.; Frieser, D.; Steinbrecher, N.; Hiller, W. (2011):** *Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting.* In: Journal of psychosomatic research 71 (3), S. 142-147.

**Kroenke, K. (2007):** *Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials.* In: Psychosom Med 69 (9), S. 881-888.

**Kroenke, K. (2014):** *A practical and evidence-based approach to common symptoms: a narrative review.* In: Annals of internal medicine 161 (8), S. 579-586.

**Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.; Lowe, B. (2010):** *The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review.* In: General hospital psychiatry 32 (4), S. 345-359.

**Lahmann, C., ; Henningsen, P.; Noll-Hussong, M.; Dinkel, A. (2010):** *Somatoforme Störungen.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 60 (6), S. 227-233.

**Levenson, J.L. (2011):** *The somatoform disorders: 6 characters in search of an author.* In: Psychiatric Clinics of North America 34 (3), S. 515-524.

**Looper, K.J.; Kirmayer, L.J. (2002):** *Behavioral medicine approaches to somatoform disorders.* In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 70 (3), S. 810-827.

**Löwe, B.; Piontek, K.; Daubmann, A.; Harter, M.; Wegscheider, K.; König, H.H.; Shedden-Mora, M. (2017):** *Effectiveness of a Stepped, Collaborative, and Coordinated Health Care Network for Somatoform Disorders (Sofu-Net): A Controlled Cluster Cohort Study.* In: Psychosomatic medicine 79 (9), S. 1016-1024.

**Löwe, B.; Spitzer, R.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2002):** *PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten Manual Komplettversion und Kurzform - Autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)".* Hg. v. Pfizer. Online verfügbar unter [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Manual1.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf).

**Löwe, B.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.; Mussell, M.; Schellberg, D.; Kroenke, K. (2008):** *Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment.* In: General hospital psychiatry 30 (3), S. 191-199.

**Löwe, B.; Wilke, S.; S., Z.; W., H. (2000):** *Somatoforme Störungen: Zur Diagnostik, Ätiologie und Therapie eines heterogenen Störungsbildes.* In: Zeitung für Allgemeinmedizin 2000 76, S. 122 - 126.

**Löwe, B.; Wilke, S.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2000):** *Somatoforme Störungen: Zur Diagnostik, Ätiologie und Therapie eines heterogenen Störungsbildes.* In: Zeitung für Allgemeinmedizin 76, S. S. 122–126.

**Lühmann, D. (2016):** *Gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation - die ewige Herausforderung.* In: Hamburger Ärzteblatt 06/2016, S. S. 12-15.

**Mauksch, L.B.; Dugdale, D.C.; Dodson, S.; Epstein, R. (2008):** *Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review.* In: Archives of internal medicine 168 (13), S. 1387-1395.

**Mergl, R.; Seidscheck, I.; Allgaier, A.K.; Moller, H.J.; Hegerl, U.; Henkel, V. (2007):** *Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition.* In: Journal of Depression and Anxiety 24 (3), S. 185-195.

**Murray, A.M.; Toussaint, A.; Althaus, A.; Lowe, B. (2013):** *Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status.* In: Systematic reviews 2, S. 99.

**Murray, A.M.; Toussaint, A.; Althaus, A.; Lowe, B. (2016):** *The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care.* In: Journal of psychosomatic research 80, S. 1-10.

**Nimnuan, C.; Hotopf, M.; Wessely, S. (2000):** *Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed?* In: QJM: An International Journal of Medicine 93 (1), S. 21-28.

**Nordin, T.A.; Hartz, A.J.; Noyes, R., Jr.; Anderson, M.C.; Rosenbaum, M.E.; James, P.A.; Ely, J.W.; Agarwal, N.; Levy, B.T. (2006):** *Empirically identified goals for the management of unexplained symptoms.* In: Journal of Family Medicine 38 (7), S. 476-482.

**Norton, J.; de Roquefeuil, G.; David, M.; Boulenger, J.P.; Ritchie, K.; Mann, A. (2009):** *Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription.* In: L' Encéphale 35 (6), S. 560-569.

**Nuyen, J.; Volkers, A.C.; Verhaak, P.F.; Schellevis, F.G.; Groenewegen, P.P.; Van den Bos, G.A. (2005):** *Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity.* In: Psychological medicine 35 (8), S. 1185-1195.

**Perron, N.J.H., P. (2006):** *Somatisation: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia.* In: BMC Family Practice 7, S.

**Peters, S.; Rogers, A.; Salmon, P.; Gask, L.; Dowrick, C.; Towey, M.; Clifford, R.; Morriss, R. (2009):** *What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms.* In: Journal of General Internal Medicine 24 (4), S. 443-449.

**Piontek, K.; Shedden-Mora, M.C.; Gladigau, M.; Kuby, A.; Lowe, B. (2018):** *Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety.* In: BMC Psychiatry 18 (1), S. 361.

**Pols, R.G.; Battersby, M.W. (2008):** *Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue.* In: The Medical Journal of Australia 188 (12 Suppl), S. 133-137.

**Raine, R.C., S.; Sensky, T.; Black, N. (2004):** *General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: qualitative study.* In: The BMJ 328 (7452), S. 1354-1357.

**Rief, W. (2007):** *Analyzing the problems in managing patients with medically unexplained symptoms.* In: Journal of General Internal Medicine 22 (5), S. 704-706.

**Rief, W.; Martin, A.; Rauh, E.; Zech, T.; Bender, A. (2006):** *Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms.* In: Journal of psychosomatic research 47 (4), S. 304-311.

**Ring, A.; Dowrick, C.; Humphris, G.; Salmon, P. (2004):** *Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study.* In: The BMJ 328 (7447), S. 1057.

**Ring, A.D., C.F.; Humphris, G.M.; Davies, J.; Salmon P. (2005):** *The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms.* In: Social Science & Medicine, S.

**Ronel, J.N.-H., M.; Lahmann, C. (2008):** *Von der Hysterie zur F45.0 Geschichte, Konzepte, Epidemiologie und Diagnostik.* In: Psychotherapie im Dialog 9 (3), S. 207-216.

**Salmon, P.; Dowrick, C.F.; Ring, A.; Humphris, G.M. (2004):** *Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners.* In: British Journal of General Practice 54 (500), S. 171-176.

**Schaefer, R.; Hausteiner-Wiehle, C.; Hauser, W.; Ronel, J.; Herrmann, M.; Henningsen, P. (2012):** *Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints.* In: Deutsches Ärzteblatt International 109 (47), S. 803-813.

**Schaefer, R.; Laux, G.; Kaufmann, C.; Schellberg, D.; Bolter, R.; Szecsenyi, J.; Sauer, N.; Herzog, W.; Kuehlein, T. (2010):** *Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care.* In: Journal of psychosomatic research 69 (3), S. 267-277.

**SGB-V (§295):** *Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, §295 Abrechnung ärztlicher Leistungen.*

**Shedden-Mora, M.; Lau, K.; Kuby, A.; Groß, B.; Gladigau, M.; Fabisch, A. (2015):** *Verbesserte Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen: Ein koordiniertes gestuftes Netzwerk (Sofu-Net) (Improving health care for patients with somatoform and functional disorders: A collaborative stepped care network (Sofu-Net)).* In: Psychiatrische Praxis 42, S. 60-64.

**Shedden-Mora, M.C.; Gross, B.; Lau, K.; Gumz, A.; Wegscheider, K.; Lowe, B. (2016):** *Collaborative stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care.* In: Journal of psychosomatic research 80, S. 23-30.

**Shield, R.R.; Tong, I.; Tomas, M.; Besdine, R.W. (2011):** *Teaching communication and compassionate care skills: an innovative curriculum for pre-clerkship medical students.* In: Medical Teacher 33 (8), S. e408-416.

**Steinbrecher, N.; Koerber, S.; Frieser, D.; Hiller, W. (2011):** *The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care.* In: Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry.52 (3), S. 263-271.

**Sumathipala, A. (2007):** *What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies.* In: Psychosomatic medicine 69 (9), S. 889-900.

**T.C. Olde Hartman, L.J.H.-F., P.L. Lucassen, K.P. Van Spaendonck, C. Van Weel (2009):** *Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study*. In: BMC Family Practice 10, S.

**Toft, T.; Fink, P.; Oernboel, E.; Christensen, K.; Frostholm, L.; Olesen, F. (2005):** *Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study.* In: Psychological medicine 35 (8), S. 1175-1184.

**Uexküll, T. (2018):** *Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis.* Urban und Fischer.

**van Staden, W.C. (2006):** *Conceptual issues in undifferentiated somatoform disorder and chronic fatigue syndrome.* In: Current Opinion in Psychiatry 19 (6), S. 613-618.

**Voigt, K.; Wollburg, E.; Weinmann, N.; Herzog, A.; Meyer, B.; Langs, G.; Löwe, B. (2013):** *Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study.* In: Journal of Psychosomatic Research 75, S. 358-361.

**Wainwright, D.C., M.; O'Neil, C.; Winterbottom, A.; Watkins, C. (2006):** *When pain in the arm is 'all in the head': the management of medically unexplained suffering in primary care.* In: Health Risk & Society 8, S.

**Wiborg, J.F.; Gieseler, D.; Fabisch, A.B.; Voigt, K.; Lautenbach, A.; Lowe, B. (2013):** *Suicidality in primary care patients with somatoform disorders.* In: Psychosomatic medicine 75 (9), S. 800-806.

**Wileman, L.; May, C.; Chew-Graham, C.A. (2002):** *Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study.* In: Family Practice 19 (2), S. 178-182.

**Wittchen, H.-U.; Pfister, H. (1997):** *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft.*

**Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Fydrich, T. (1997):** *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID).* Hogrefe Verlag, Göttingen.

**Wittchen, H.U. (1994):** *Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review.* In: Journal of psychiatric research 28 (1), S. 57-84.

**Woivalin, T.; Krantz, G.; Mantyranta, T.; Ringsberg, K.C. (2004):** *Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care.* In: Family Practice 21 (2), S. 199-203.

**Zonneveld, L.N.; Sprangers, M.A.; Kooiman, C.G.; van 't Spijker, A.; Busschbach, J.J. (2013):** *Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden.* In: BMC Health Services Research 13, S. 520.

## 9 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich beim Erstellen dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, Direktor des Instituts und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der mir die Möglichkeit gab, die Arbeit in seinem Institut durchzuführen und mich über einen langen Zeitraum hilfsbereit und motivierend unterstützt hat.

Auch meiner Betreuerin Frau Dr. rer. med. Katharina Piontek danke ich insbesondere für ihre zahlreichen kritischen Anmerkungen und wertvollen Hinweise beim Schreiben der Dissertationsschrift.

Des Weiteren danke ich meinem Freund und Mann Gabriel für seine stets geduldige, verständnisvolle und aufmunternde Haltung - nicht nur während der Fertigstellung dieser Arbeit.

Zu guter Letzt gilt ein ganz besonderer Dank meinen Eltern, auf deren Unterstützung ich mich auf all meinen Wegen bedingungslos verlassen kann. Ohne sie wären mein Studium und diese Arbeit nicht möglich gewesen.

## **10 Lebenslauf**

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

## **11 Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....

# 12 Anhang

## Anhang A: Eingangsbefragung der Hausärzte



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



### Eingangsbefragung - Praxen

Arzt – ID \_ \_ \_

Datum \_ \_ \_ \_ \_

**1. Sie sind**

- Männlich
- Weiblich

**2. In welchem Jahr sind Sie geboren?**

19\_\_\_\_\_

**3. Welche Facharzttitle führen Sie?**

- Ja
- Nein

**5. Haben sie die Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung absolviert?**

- Ja
- Nein

**6. Seit wann sind Sie niedergelassen?**

Seit \_\_\_\_\_

**7. Arbeiten Sie ...**

- Vollzeit
- Teilzeit, mit \_\_\_\_\_ h
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**8. Arbeiten Sie in einer...**

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis, mit \_\_\_\_\_ Kollegen (Sie selbst eingeschlossen)
- In einem MVZ, mit \_\_\_\_\_ Kollegen (Sie selbst eingeschlossen)

**9. Wie viele Patienten sehen Sie selbst pro Quartal**

ca.: \_\_\_\_\_

## Anhang B: Patienteninformation



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

### Patienteninformation zur Studie

#### Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome (Sofu-Net)

#### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, an einer Untersuchung teilzunehmen, die der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden sowie somatoformen und funktionellen Syndromen dient. Bei somatoformen und funktionellen Syndromen handelt es sich um körperliche Beschwerden, die durch psychische Vorgänge verursacht oder beeinflusst werden. Zunächst werden alle Patienten gebeten einen Fragebogen auszufüllen, der zur Abschätzung verschiedener körperlicher und psychischer Beschwerden dient. Im Rahmen eines einmaligen Telefoninterviews werden danach einigen Patienten genauere Fragen bzgl. ihrer Beschwerden sowie erfolgter Behandlungen gestellt. Das Ziel der Studie ist es, abzubilden, wie Patienten mit unterschiedlichen Beschwerden behandelt werden. Im ersten Teil der Untersuchung wird überprüft, wie die bisherige medizinische Versorgung aussieht. Im zweiten Teil der Untersuchung soll über eine Vernetzung verschiedener Ärzte und Kliniken versucht werden, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Um herauszufinden ob dies gelungen ist, werden sowohl während des ersten Teils als auch während des zweiten Teils der Untersuchung Patienten befragt.

Freundlicherweise haben Sie bereits den kurzen Fragebogen zu ihren Beschwerden ausgefüllt. Wir möchten Sie um Erlaubnis bitten, Ihnen telefonisch einige weitere Fragen zu ihren Beschwerden sowie

ihrer bisherigen Behandlung zu stellen. Außerdem möchten wir Sie um die Erlaubnis bitten, dass ihr behandelnder Arzt uns einmalig ein kurzes Protokoll zu ihren Beschwerden und seiner Behandlungsempfehlung ausfüllt.

Wenn Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung.

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der **Schweigepflicht** und den **datengesetzlichen Bestimmungen**. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern am Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgezeichnet und **pseudonymisiert<sup>1</sup> (verschlüsselt)** für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben nur der Studienleiter (Prof. Dr. med. Bernd Löwe) und ein verantwortlicher wissenschaftlicher Mitarbeiter (Herr Jan Wiborg, Psychologe MSc). **Persönliche Angaben** (Einverständniserklärung) und **Daten** (Fragebögen, Interviewdaten) werden durchgängig **getrennt aufbewahrt**.

Die **Auswertung und Nutzung der Daten** durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt **in vollständig pseudonymisierter<sup>3</sup> (verschlüsselter)** Form, d.h. ohne Nennung des Namens, der Adresse oder der Telefonnummer. Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in anonymisierter<sup>2</sup> Form**. Gleiches gilt für die **Veröffentlichung der Studienergebnisse**. Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen stammenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen, und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie gegebenenfalls informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Ihre Entscheidung darüber einholen. Diese Studie ist durch die zuständige **Ethik-Kommission** beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der **Schlüssel gelöscht** und die erhobenen Daten anonymisiert<sup>2</sup>.

Ihre **Teilnahme ist freiwillig** und Sie können **jederzeit**, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht oder anonymisiert<sup>2</sup> und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Wenn Sie diese Ausführungen gelesen haben und an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die **beigefügte Einverständniserklärung** zu unterschreiben.

**Wir bedanken uns bei Ihnen recht herzlich für Ihre Unterstützung!**

**Projektleitung:**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Telefon: 040-7410-59733

- 1 Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (Studiennummer) zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG)
- 2 Anonymisieren ist das verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder mit einem unverhältnismäßigen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

## Anhang C: Einverständniserklärung



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

**psychnet**   
Hamburger Netz psychische Gesundheit  
Zentrum für Innere Medizin

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

### Einverständniserklärung zur Studie

#### Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome

Ich wurde vollständig über das Wesen und die Bedeutung der Studie aufgeklärt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Aufklärungsblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens und der Einverständniserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der **Schweigepflicht** und den **datengesetzlichen Bestimmungen**. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern am Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgezeichnet und **pseudonymisiert<sup>1</sup> (verschlüsselt)** für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben nur der Studienleiter (Prof. Dr. med. Bernd Löwe) und ein verantwortlicher wissenschaftlicher Mitarbeiter (Herr Jan Wiborg, Psychologe MSc). **Persönliche Angaben** (Einverständniserklärung) und **Daten** (Fragebögen, Interviewdaten) werden durchgängig **getrennt aufbewahrt**.

Die **Auswertung und Nutzung der Daten** durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt **in vollständig pseudonymisierter<sup>4</sup> (verschlüsselter)** Form, d.h. ohne Nennung des Namens, der Adresse oder der Telefonnummer. Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in anonymisierter<sup>2</sup> Form. Gleiches** gilt für die **Veröffentlichung der Studienergebnisse**. Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen stammenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen, und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie gegebenenfalls informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Ihre Entscheidung darüber einholen.

- 1 Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (Studennummer) zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG)
- 2 Anonymisieren ist das verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder mit einem unverhältnismäßigen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

Diese Studie ist durch die zuständige **Ethik-Kommission** beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der **Schlüssel gelöscht** und die erhobenen Daten anonymisiert<sup>2</sup>.

Ihre **Teilnahme ist freiwillig** und Sie können **jederzeit**, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht oder anonymisiert<sup>2</sup> und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Teilnahme an der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

Hamburg, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
des Studienteilnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
des Prüfarztes

## Kontaktdaten

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Falls es bestimmte Zeiten (Wochentage oder Uhrzeiten) gibt, zu denen Sie für die telefonische Befragung gut erreichbar sind, geben Sie diese bitte nachfolgend an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anhang D: Screening-Fragebögen



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



**Institut und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe  
Direktor

**Zentrum für Innere Medizin**

Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-59733  
Telefax: (040) 7410-54975  
b.loewe@uke.uni-hamburg.de  
www.uke.uni-hamburg.de

ID

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie an unserer kurzen Befragung zu Ihrem gesundheitlichen Befinden teilnehmen. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, die ärztliche Versorgung zu verbessern. Mit der Beantwortung der Fragen erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Angaben für Forschungszwecke und für die Feststellung der Teilnahmemöglichkeit an einem ausführlicheren Interview ausgewertet werden dürfen. Einige wenige Patienten werden nochmals von uns angesprochen.

Es werden keine personenbezogenen Daten erfragt. Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgt anonym. Der Datenschutz ist gewährleistet. **Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet.**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Studienmitarbeiterin vor Ort.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Studienteam des Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

## Gesundheitsfragebogen

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>An einzelnen Tagen</b>	<b>An mehr als der Hälfte der Tage</b>	<b>Beinahe jeden Tag</b>
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_0\_ + \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_

= \_\_\_\_\_

<b>3. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>An einzelnen Tagen</b>	<b>An mehr als der Hälfte der Tage</b>	<b>Beinahe jeden Tag</b>
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h. Waren Ihre Bewegungen und Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend bitten wir Sie noch folgende Fragen zu beantworten:**

---

**4) Sie sind...**

- Männlich
- Weiblich

**5) Wie alt sind Sie?**

\_\_\_\_\_Jahre

**6) Haben Sie zurzeit einen festen Partner?**

- ja
- nein

**7) Welchen Familienstand haben Sie?**

- Ledig (nie verheiratet)
- Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)
- Verheiratet (in Trennung lebend)
- Geschieden
- Verwitwet

**8) Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?**

- Noch in der Schule
- Ohne Schulabschluss abgegangen
- Sonderschule
- Haupt-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- Fachhochschulreife
- Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur
- Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss
- Einen anderen Schulabschluss und zwar: \_\_\_\_\_

**9) Welcher Nationalität gehören Sie an?**

- Deutsch
- Andere: \_\_\_\_\_

**10) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein gegen Angst, Depressionen oder Stress?**

- ja
- nein

**11) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente gegen Schmerzen ein?**

- ja
- nein

**12) Wie häufig waren Sie (heute mit eingerechnet) in den letzten 6 Monaten beim Hausarzt?**

- 1x (nur heute)
- 2-5x
- 6-12x
- mehr als 12x

**13) Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme?**

- nie
- sehr selten
- manchmal
- oft
- sehr oft
- immer

**14) Haben Sie sich im letzten Jahr um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bemüht?**

- nein
- ja → wenn ja:

Wie lange hat es gedauert, bis Sie ein Erstgespräch führen konnten?

- bis zu 2 Wochen
- 2 Wochen bis 1 Monat
- 2 bis 3 Monate
- 4 bis 6 Monate
- 7 bis 12 Monate
- länger als 1 Jahr
- ich warte noch auf mein Erstgespräch
- es kam kein Erstgespräch zustande

Wie lange hat es *nach dem* Erstgespräch gedauert, bis die Psychotherapie begonnen hat?

- bis zu 2 Wochen
- 2 Wochen bis 1 Monat
- 2 bis 3 Monate
- 4 bis 6 Monate
- 7 bis 12 Monate
- länger als 1 Jahr
- ich warte noch auf meinen Therapieplatz
- ich habe keinen Therapieplatz erhalten

**15) Befinden Sie sich zurzeit in Psychotherapie?**

- ja

**16) Wie sind Sie krankenversichert?**

- bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- bei einer privaten Krankenkasse

	nicht	manchmal	oft
a. Medizinisches Fachpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Familie, Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zeitschriften (z.B. Apothekenumschau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Internet: medizinische Informationsseiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Internet: Foren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fachvorträge/ Informationsveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nein

**17) Aus welchen Quellen beziehen Sie Informationen zu Gesundheitsthemen?**

## 18) Fragebogen zum Erleben von Körperbeschwerden

Im Folgenden geht es um Gedanken und Gefühle in Bezug auf körperliche Beschwerden und darum, wie Sie mit solchen Beschwerden **im Allgemeinen** umgehen. Bitte lesen Sie sich alle Fragen genau durch. In jedem Satz finden Sie eine Linie: \_\_\_\_\_. **Bitte kreuzen Sie jeweils an**, welches Wort für Sie an dieser Stelle am ehesten zutrifft.

<b>Beispiel:</b>		nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
	Ich habe ____ kalte Füße.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn sie selten kalte Füße haben, kreuzen Sie wie folgt an:



	<b>Wie häufig trifft dies auf Sie zu?</b>	nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
a.	Ich fühle mich _____ krank.	<input type="checkbox"/>					
b.	Wenn ich körperliche Beschwerden habe, mache ich mir _____ Sorgen, ob diese jemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>					
c.	Wenn ich zum Arzt gehe, fühle ich mich _____ unverstanden.	<input type="checkbox"/>					
d.	Während ich körperliche Beschwerden habe, muss ich _____ an diese denken.	<input type="checkbox"/>					
e.	Ich fühle mich körperlich _____ schwach und empfindlich.	<input type="checkbox"/>					
f.	Ich erlebe _____, dass Ärzte meine gesundheitlichen Probleme übertrieben finden.	<input type="checkbox"/>					
g.	Bei körperlichen Beschwerden denke ich _____, dass es sich um Zeichen einer ernsthaften Erkrankung handelt.	<input type="checkbox"/>					

h.	Ich zweifle _____ daran, dass die Diagnosen, die ich von Ärzten bekommen habe, richtig waren.	<input type="checkbox"/>					
i.	Ich habe _____ Angst, dass etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmen könnte.	<input type="checkbox"/>					
j.	Wenn ich mich krank fühle und Ärzte nichts finden, glaube ich _____, dass trotzdem mit meiner Gesundheit etwas ernsthaft nicht in Ordnung ist.	<input type="checkbox"/>					

	Wie häufig trifft dies auf Sie zu?	nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
k.	In den letzten 6 Monaten hatte ich _____ körperliche Beschwerden. Zum Beispiel: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Schwindel, Herz-Kreislauf-Beschwerden	<input type="checkbox"/>					

**Haben Sie bei Frage k „nie“ angekreuzt, lassen Sie bitte die Fragen / -o aus und fahren mit**

**Bitte Fahren Sie mit Frage / fort!**

Im Folgenden geht es um weitere Gedanken und Gefühle in Bezug auf körperliche Beschwerden und darum, wie Sie mit solchen Beschwerden umgehen. In jedem Satz finden Sie wieder eine Linie: \_\_\_\_\_. **Bitte kreuzen Sie jeweils an**, welches Wort für Sie an dieser Stelle am ehesten zutrifft. Beziehen Sie sich dabei bitte auf die **letzten 6 Monate**.

	Wie häufig traf dies auf Sie zu?	nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
l.	Ich versuchte _____, wegen meiner Beschwerden bestimmte Körperbereiche zu schonen.	<input type="checkbox"/>					
m.	Ich war _____ verzweifelt, weil ich körperliche Beschwerden hatte.	<input type="checkbox"/>					
n.	Ich machte mir _____ Sorgen, weil ich durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt war.	<input type="checkbox"/>					

o.	Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung waren:	_____ mal
----	---	-----------

**19) Haben Sie jemals in einem medizinischen Bereich gearbeitet?**

Nein .....

Ja  → wenn ja, in welchem:

a. Arzt/ Ärztin	<input type="checkbox"/>
b. Krankenschwester/ -pfleger, Schwesternhelferin/ Pflegehelfer, Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>
c. Medizinische Fachangestellte, Medizinisch technische Assistent(in), Arzthelfer(in), Pharmazeutisch-technische Assistentin	<input type="checkbox"/>
d. Physiotherapeut(in)	<input type="checkbox"/>
e. Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>
f. Apotheker	<input type="checkbox"/>
f. Andere:	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Anhang E: Checkliste



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

**psychenet**   
Hamburger Netz psychische Gesundheit

### Checkliste

Arzt-ID: \_ \_ \_ \_

Patienten-ID: \_ \_ \_ \_ \_ \_

Datum: \_ \_ . \_ \_ . \_ \_

1) Vorstellungsanlass des Patienten (ICD-Code und ggf. Freitext)?

---



---



---

2) Welche der genannten Erkrankungen liegen bei dem Patienten aktuell vor?

Erkrankung	
<b>Herz-Kreislauf</b>	
• Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>
• KHK	<input type="checkbox"/>
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
• Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>
<b>Lunge</b>	
• COPD	<input type="checkbox"/>
• Allergisches Asthma	<input type="checkbox"/>
<b>Endokrinologie</b>	
• Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
• Hypo-/Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>
<b>Magen-Darm</b>	
• Diarrhöen	<input type="checkbox"/>
• Obstipation	<input type="checkbox"/>
• Reflux	<input type="checkbox"/>
<b>Neurologie</b>	
Parästhesie/PNP	<input type="checkbox"/>
Hemiplegie/-Parese	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>
<b>Ableitende Harnwege/Niere</b>	
Prostatahyperplasie	<input type="checkbox"/>
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>
<b>Autoimmun</b>	
• Lupus erythematodes	<input type="checkbox"/>
• Multiple sklerose	<input type="checkbox"/>
• Polyarthritits	<input type="checkbox"/>

<b>Neoplasie</b>	
• Onkologisch	<input type="checkbox"/>
• Hämatologisch	<input type="checkbox"/>
<b>Infektion</b>	
• Akut	<input type="checkbox"/>
• Chronisch	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges:</b>	
• Adipositas	<input type="checkbox"/>
• Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>
• Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>
<b>andere schwerwiegende Erkrankung(en):</b> _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3) Welche der genannten psychischen Erkrankungen liegen/lagen bei dem Patienten vor?

<b>Erkrankung</b>	<b>aktuell</b>	<b>in der Vorgeschichte</b>
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeitserkrankung		
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
illegale Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bipolare Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angsterkrankung (Panikstörung, Phobie, generalisierte Angststörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatoforme/funktionelle Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörung (Anorexie, Bulimie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere schwerwiegende psychische Erkrankung(en):  _____	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
--	--	--

**4) Werden die aktuell vorliegenden körperlichen Beschwerden des Patienten ausreichend durch somatische Ursachen erklärt?**

- ja  
 nein (d.h. wahrscheinlich liegt eine somatoforme oder funktionelle Störung vor)

**5) Haben Sie dem Patienten aktuell eine psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung empfohlen?**

- ja  
 nein → wenn nein, warum nicht?
- Es liegt keine psychische Erkrankung (inkl. somatoforme oder funktionelle Störung) vor.  
 Der Patient ist bereits in Behandlung.  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6) Nimmt der Patient regelmäßig ein Medikament aus einer der folgenden Gruppen? (Mehrfachnennung möglich)**

- Antidepressiva  
 Medikamente vom Benzodiazepin-Typ (inkl. Zaleplon, Zopiclon & Zolpidem)  
 Neuroleptika  
 Schmerzmittel

## Anhang F: Weitere Tabellen

Tabelle 21 Schweregrade somatoformer Symptome entsprechend des PHQ-15

Score	Schweregrad somatoformer Symptome	Häufigkeit n (%)
< 5	Keine oder minimale Symptome	602 (33%)
5-9	Milde Symptome	716 (39,2%)
10-14	Mittelgradige Symptome	365 (20%)
≥ 15	Schwere Symptome	143 (7,8%)
	Gesamt	1826 (100%)

*\*Anmerkung.* Ermittelt anhand des PHQ-15 des Probandenscreening.

Tabelle 22 Schweregrade depressiver Symptome entsprechend des PHQ-9

Score	Schweregrad depressiver Symptome	Häufigkeit n (%)
<5	Keine oder minimale Symptome	1041 (57%)
5-9	Milde Symptome	471 (25,8%)
10-14	Mittelgradige Symptome	206 (11,3%)
15-19	Mittelgradige bis schwere Symptome	65 (3,6%)
≥ 20	Schwere Symptome	43 (2,4%)
	Gesamt	1826 (100%)

*\*Anmerkung.* Ermittelt anhand des PHQ-9 des Probandenscreening.

Tabelle 23 Schweregrade ängstlicher Symptome entsprechend des GAD-7

Score	Schweregrad ängstlicher Symptome	Häufigkeit n(%)
< 5	Keine oder minimale Symptome	1105 (60,5%)
5-9	Milde Symptome	428 (23,4%)
10-14	Mittelgradig ausgeprägte Symptome	185 (10,1%)
≥ 15	Schwer ausgeprägte Symptome	108 (5,9%)
	Gesamt	1826 (100%)

*\*Anmerkung.* Ermittelt anhand des PHQ-15 des Probandenscreening.

Tabelle 24 Körperbeschwerden der Patienten mit somatoformer Störung

<b>Körperbeschwerden der Patienten mit aktuell vorliegender somatoformer Störung</b>								
<b>Gesamt n=71 (100%)</b>								
	<b>nicht beeinträchtigt n (%)</b>		<b>wenig beeinträchtigt n (%)</b>		<b>stark beeinträchtigt n (%)</b>		<b>keine Angabe n (%)</b>	
<b>Bauchschmerzen</b>	24	(33,8%)	24	(33,8%)	18	(25,4%)	5	(7,0%)
<b>Rückenschmerzen</b>	5	(7,0%)	26	(36,6%)	38	(53,5%)	2	(2,8%)
<b>Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken</b>	13	(18,3%)	16	(22,5%)	40	(56,3%)	2	(2,8%)
<b>Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme bei der Menstruation</b>	38	(53,5%)	12	(16,9%)	11	(15,5%)	1	(1,4%)
<b>Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr</b>	44	(62,0%)	11	(15,5%)	8	(11,3%)	8	(11,3%)
<b>Kopfschmerzen</b>	9	(12,7%)	30	(42,3%)	29	(40,8%)	3	(4,2%)
<b>Schmerzen im Brustbereich</b>	31	(43,7%)	24	(33,8%)	11	(15,5%)	5	(7,0%)
<b>Schwindel</b>	17	(23,9%)	30	(42,3%)	23	(32,4%)	1	(1,4%)
<b>Ohnmachtsanfälle</b>	52	(73,2%)	11	(15,5%)	1	(1,4%)	7	(9,9%)
<b>Herzklopfen oder Herzrasen</b>	13	(18,3%)	34	(47,9%)	23	(32,4%)	1	(1,4%)
<b>Kurzatmigkeit</b>	18	(25,4%)	29	(40,8%)	22	(31,0%)	2	(2,8%)
<b>Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall</b>	16	(22,5%)	28	(39,4%)	26	(36,6%)	1	(1,4%)
<b>Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden</b>	15	(21,1%)	24	(33,8%)	30	(42,3%)	2	(2,8%)
<b>Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf</b>	6	(8,5%)	16	(22,5%)	49	(69,0%)	0	(0,0%)
<b>Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben</b>	0	(0,0%)	18	(25,4%)	52	(73,2%)	1	(1,4%)

Anmerkung: aktuell = innerhalb der letzten 6 Monate. Daten wurde im Probandenscreening ermittelt.

Tabelle 25 ICD-10 Unterdiagnosen bei aktuell vorliegender somatoformer Störung

<b>ICD-10 Diagnosen</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>F 45. - Somatoforme Störungen</b>	71	100%
F 45.0 Somatisierungsstörung	-	-
F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	19	26,8%
F 45.2 Hypochondrische Störung	-	-
F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung	-	-
F 45.4 anhaltende Schmerzstörung	51	71,8%
F 45.8 sonstige somatoforme Störung	-	-
F 45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	-	-
mehr als eine Diagnose	1	1,4%

*Anmerkung.* Daten im CIDI Interview ermittelt.