

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

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

Somatoforme Störungen bei hausärztlichen Patienten: Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines traumatischen Erlebnisses und der Schwere der somatoformen Symptomatik sowie der Komorbiditätsstruktur mit Angsterkrankungen und Depressionen

Dissertation

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

vorgelegt von:

Christina Cosima Jebens
aus Detmold

Hamburg 2016

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 21.07. 2016**

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

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. B. Löwe

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Lambert

| | |
|---|-----------|
| 1 EINLEITUNG..... | 1 |
| 1.1 Einführung | 1 |
| 1.2 Somatoforme Störungen | 1 |
| 1.2.1 Definition und Klassifikationssysteme | 2 |
| 1.2.2 Epidemiologie..... | 5 |
| 1.2.3 Ätiologie und Krankheitsmodelle | 7 |
| 1.2.4 Diagnostik und Therapie..... | 8 |
| 1.3 Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen | 10 |
| 1.3.1 Epidemiologie..... | 11 |
| 1.3.2 Klassifikation affektiver Störungen | 12 |
| 1.3.3 Klassifikation und Diagnostik von Angststörungen | 12 |
| 1.4 Traumatische Erlebnisse..... | 13 |
| 1.4.1 Definition und Klassifikation traumatischer Erlebnisse | 14 |
| 1.4.2 Epidemiologie traumatischer Erlebnisse und Posttraumatischer Belastungsstörungen | 15 |
| 1.4.3 Traumatische Erlebnisse und psychische Folgeerkrankungen | 16 |
| 1.4.4 Traumatische Erlebnisse im Zusammenhang mit somatoformen Störungen, Angststörungen und Depressionen | 18 |
| 1.5 Zielsetzung und Fragestellung..... | 21 |
| 2 MATERIAL UND METHODEN..... | 25 |
| 2.1 Projektbeschreibung | 25 |
| 2.1.1 Datenerhebung und Einschlusskriterien | 27 |
| 2.2 Messinstrumente..... | 28 |
| 2.2.1 Eingangsbefragung der Hausärzte | 28 |
| 2.2.2 Der Screeningfragebogen | 28 |
| 2.2.2.1 Der Patient Health Questionnaire..... | 29 |
| 2.2.3 Das Telefoninterview..... | 31 |
| 2.2.3.1 Composite International Diagnostic Interview | 32 |
| 2.3 Statistische Auswertung..... | 34 |
| 3 ERGEBNISSE..... | 36 |
| 3.1 Stichprobenbeschreibung | 36 |
| 3.2 Patientenkollektiv | 38 |
| 3.3 Fragestellung 1: Schweregrad der aktuellen somatoformen Symptomatik bei Patienten mit Trauma oder PTBS in der Vorgeschichte | 40 |
| 3.4 Fragestellung 2: Komorbiditätsstruktur mit Angststörungen und depressiven Erkrankungen | 43 |
| 3.5 Fragestellung 3: Unterschied zwischen sexuellem und nonsexuellem Trauma hinsichtlich somatoformer Symptomatik und Komorbidität | 48 |
| 4 DISKUSSION | 51 |
| 4.1 Deskriptive Auswertung der Studienpopulation | 52 |
| 4.2 Fragestellungen..... | 55 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.1 Fragestellung 1 | 55 |
| 4.2.2 Fragestellung 2 | 58 |
| 4.2.3 Fragestellung 3 | 60 |
| 4.3 Limitationen/ methodische Einschränkungen..... | 62 |
| 4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick..... | 64 |
| 5 ZUSAMMENFASSUNG..... | 67 |
| 6 SUMMARY..... | 69 |
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS..... | 71 |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS..... | 72 |
| TABELLENVERZEICHNIS | 73 |
| LITERATURVERZEICHNIS | 74 |
| ANHANG | 93 |
| A Informationen für den Hausarzt („Ampelschema“)..... | 93 |
| B Screening-Fragebogen | 94 |
| C Patienteninformation..... | 102 |
| D Einverständniserklärung..... | 104 |
| E Telefoninterview..... | 106 |
| F Danksagung | 125 |
| G Lebenslauf..... | 126 |
| H Eidesstaatliche Erklärung..... | 127 |

1 Einleitung

Im folgenden Kapitel werden die Einteilung, Epidemiologie, Diagnostik und Therapie somatoformer Störungen, Angststörungen, depressiver Erkrankungen und traumatischer Erlebnisse erläutert, zudem die Zielsetzung und die Fragestellungen der vorliegenden Dissertation.

1.1 Einführung

Somatoforme Störungen, Angststörungen und Depressionen haben eine hohe Relevanz in der primärärztlichen Versorgung, jeder Hausarzt behandelt Patienten mit dieser Problematik. Auch Psychotraumata stellen in der Bevölkerung eine häufige Entität dar. Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen des Sofu-Net-Projekts verfasst, dessen Ziel es ist, die Versorgung von Menschen mit somatoformen Störungen zu verbessern. Sie untersucht die Zusammenhänge zwischen somatoformen Störungen, Angststörungen sowie Depressionen und traumatischen Erfahrungen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob Patienten, die ein Trauma erlebt haben oder unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, schwerer von somatoformen Symptomen betroffen sind und eine größere Komorbidität mit Angsterkrankungen und Depressionen aufweisen als solche, die kein Trauma erlebt haben.

1.2 Somatoforme Störungen

Organisch nicht hinreichend erklärbare körperliche Beschwerden (Medically unexplained symptoms, MUS) sind ein häufiges Phänomen. So leiden 82% der deutschen Allgemeinbevölkerung unter nicht erklärbaren körperlichen Symptomen (Hiller et al., 2006), wobei Schmerzen den größten Teil einnehmen (Lahmann et al., 2010). Die meisten dieser Symptome sind mild und von kurzer Dauer und verschwinden ohne ärztliches Zutun wieder, nur einer von vier Betroffenen sucht Hilfe im Gesundheitswesen (Green et al., 2001) und erleidet emotionalen Distress (Hiller et al., 2006). Gründe, weswegen ein Patient den Hausarzt¹ aufsucht, können besonders

¹ Der Begriff Hausarzt bezieht selbstverständlich beide Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

schwerwiegende oder langanhaltende Beschwerden sein, aber auch psychologische Faktoren (Jackson und Kroenke; 2001; Kroenke 2001). 22,1% der deutschen Bevölkerung leiden unter mindestens einem Symptom, von dem sie schwer beeinträchtigt werden (Hiller et al., 2006). Je nach Studie bzw. Diagnosekriterien lassen sich für 33% -74% der körperlichen Beschwerden bei Patienten in der Hausarztpraxis keine organmedizinische Ursache finden (Khan et al., 2003; Kroenke und Mangelsdorff, 1989; Kroenke und Price, 1993; Kroenke et al., 1994; Marple et al., 1997).

Organisch nicht hinreichend erklärbare Körperbeschwerden sind Teil mehrerer Begriffe und Einordnungen, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen. Sie können als Symptom einer psychischen Erkrankung auftreten, beispielsweise bei einer depressiven Störung. Der Begriff unspezifische Körperbeschwerden betont, dass die Symptome keiner eindeutigen Diagnose zugeordnet werden können, er findet häufig in der Allgemeinmedizin Verwendung (Schaefer et al., 2012). Weiterhin können sie Teil einer funktionellen Störung sein. Der Begriff funktionelle Störung wird vor allem in der somatischen Medizin verwendet und meint, dass die Funktion eines Organs gestört ist, ohne dass eine Schädigung des Organs vorliegt. Beispiele für funktionelle Syndrome sind das Reizdarmsyndrom oder funktionelle Herzbeschwerden. Es wird keine Aussage über den Schweregrad der Symptome gemacht, noch über bestimmte Charakteristika der Patienten, wie zum Beispiel die Überzeugung einer organmedizinischen Ursache der Beschwerden (Ronel et al., 2008). MUS sind ebenfalls Voraussetzung für die Diagnose einer somatoformen Störung. Im Folgenden werden diese näher beschrieben und die verschiedenen Klassifikationssysteme, Prävalenzen, Krankheitsmodelle, die Rolle des Hausarztes sowie die Komorbiditäten vorgestellt.

1.2.1 Definition und Klassifikationssysteme

Somatoforme Störungen gehören zu den ältesten beschriebenen Erkrankungen in der Medizin (Hiller und Rief, 1997). Sie gehen zurück auf den Begriff der Hysterie (Hyster: griechisch für Gebärmutter, Hysteria: umherwandernde Gebärmutter) den Hippokrates formulierte. Er bezeichnete hiermit Unterbauchbeschwerden bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Der französische Psychiater Briquet beobachtete im 19. Jahrhundert, dass hysterische Symptome einhergingen mit Angstaffacken und „sensorischen Paralyse“ und beschrieb ein polysymptomatisches Krankheitsbild. Freud führte den

Begriff der Konversionshysterie ein, durch die unterdrückte sexuelle Konflikte zum Ausdruck kommen sollen. Nach psychoanalytischer Auffassung werden hysterische Symptome als neurotische Scheinlösung aufgefasst, durch die ein Konflikt zwischen Triebimpuls und dessen Abwehr zum Ausdruck kommt (Breuer und Freud, 1977). In den 1960er Jahren wurde auf der Grundlage Briquets die Bezeichnung „Briquet-Syndrom“ eingeführt, die bis in die 1980er- Jahre verbreitet war. 1980 führte die American Psychiatric Association (APA) im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III die Kategorie der Somatisierungsstörung ein, die im DSM IV beibehalten wurde und welche Grundlage für die Diagnosekriterien im ICD-10 bildet (Dilling, 2011).

Die psychiatrische Diagnose „Somatoforme Störungen“ bezeichnet eine heterogene Krankheitsgruppe, die verschiedene Störungen umfasst. Klassischerweise lassen sich die Symptome dieser Störungen drei verschiedenen Gruppen zuordnen; Schmerzen verschiedener Lokalisation (Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, gastrointestinal etc.), funktionelle Störungen (z.B. Durchfall oder Verstopfung, Palpitationen etc.) und Müdigkeit oder Erschöpfung (Fatigue) (Henningsen et al., 2007). Sie führen zu einer Funktionseinschränkung, ohne dass nach umfassender Diagnostik eine ausreichende organmedizinische Erklärung gefunden werden kann.

Die Kriterien für somatoforme Störungen im DSM-IV und ICD -10 sind ähnlich, aber nicht identisch. Gemein ist ihnen die Differenzierung in Beschwerden somatischer, bzw. psychischer Natur, zudem werden sie in beiden Systemen als Ausschlussdiagnose geführt. Im DSM-IV stellten sie eine eigene Kategorie dar, während sie in ICD-10 lediglich eine Untergruppe von F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen sind.

Eine Somatisierungsstörung (F45.0), mit multiplen Beschwerden und meist chronischem Verlauf, zeigen nur wenige Patienten (Hiller und Rief, 1997). Häufiger ist die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1). Neben diesen beiden polysymptomatischen Formen existieren noch die monosymptomatischen Erkrankungen, mit Beschwerden aus nur einem Organbereich: Die Schmerzstörung (F45.4), die somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3.) mit Symptomen der vegetativen Stimulation, die hypochondrische Störung (F45.2), mit der Überzeugung ernsthaft körperlich erkrankt zu sein und die Konversionsstörung, die im ICD-10 ein eigenes Kapitel bildet (F44).

Tabelle 1 zeigt die Diagnosekriterien für eine somatoforme Störung.

Tabelle 1

Gekürzte Diagnosekriterien des ICD-10 (Dilling, 2011)

| Diagnose nach ICD-10 | Symptomatik | Dauer der Symptome | Inanspruchnahmeverhalten |
|--|--|---------------------------|--|
| Somatisierungsstörung F45.0 | Mindestens 6 Symptome Keine körperliche Ursache Nicht vegetativer Natur | Mind. 2 Jahre | Häufige Arztbesuche Häufige Arztwechsel |
| Undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1 | Multiple Beschwerden Erfüllen nicht das Bild der Somatisierungsstörung | Mind. 6 Monate | |
| Hypochondrische Störung F45.2 | Überzeugung an min. einer schweren Krankheit zu leiden | Ab 6 Monaten | Häufige Arztbesuche |
| Somatoforme autonome Funktionsstörung F45.3 | Symptome aus min. einem Organbereich, das vegetativ innerviert wird (kardiovaskulär, gastrointestinal, respirativ, urogenital) und Beschwerden der vegetativen Stimulation (Herzklopfen, Schwitzen, Erröten u.a.) | | |
| Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.40 | Anhaltender, schwerer Schmerz Nicht ausreichend durch organische Ursachen erklärbar | Mind. 6 Monate | |
| Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 | Ursache der Schmerzen physiologischer Prozess oder körperliche Störung. Psychische Faktoren wichtig für Schweregrad, Exazerbation, Aufrechterhaltung. Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. | Mind. 6 Monate | |

In der Debatte um eine Überarbeitung der Diagnosen im DSM-5 wurden vor allem die restriktiven Diagnosekriterien der Somatisierungsstörung kritisiert, sowohl die erforderliche Mindestdauer betreffend als auch die Mindestanzahl an Symptomen (Voigt et al., 2010). Außerdem wurde bemängelt, dass die einzelnen Störungsbilder inkohärent seien und ihre einzige Gemeinsamkeit die nicht ausreichend erklärbaren somatischen Symptome seien. An diesen leiden jedoch auch Patienten mit Angststörungen oder Depressionen, so komme es häufig zu Fehldiagnosen. Die Subkategorien seien rein theoretische Konstrukte (Mayou et al., 2005).

Nun wurde im Mai 2013 das DSM-IV abgelöst vom DSM-5 mit dem Ziel, die prädiktive Validität und die klinische Handhabbarkeit der Diagnosen zu verbessern (APA, 2013). Einzug gehalten hat letztlich die Diagnose Somatische Belastungsstörung, die die früheren Diagnosen Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, Schmerzstörung und zum Teil auch Hypochondrie (anhaltend hohes Angstniveau bezüglich Gesundheit und Symptome) umfasst (APA, 2013). Anders als im DSM-IV ist die Ätiologie dieser Beschwerden nicht relevant, sie sind nicht länger auf medizinisch nicht ausreichend erklärbare Symptome beschränkt. Die neuen Diagnosekriterien gehen weg von der reinen Ausschlussdiagnose hin zu einer Positivdiagnose, Leitsymptome sind der Umgang des Patienten mit seinen Beschwerden, wie Gesundheitsängste und Katastrophisierung.

1.2.2 Epidemiologie

Somatoforme Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der westlichen Welt, wobei die Angaben zur Prävalenz aufgrund der unterschiedlichen Diagnosekriterien in DSM-IV und ICD-10 jedoch schwanken. Die 12-Monatsprävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt 3,5-10% (Jacobi et al., 2004; Jacobi et al., 2014).

Die einzelnen Störungsbilder sind unterschiedlich häufig. An einer somatoformen Störung mit hohem Schweregrad, der Somatisierungsstörung, leidet nur ein sehr geringer Teil der Bevölkerung. Creed und Barsky (2004) fanden in zehn Studien eine mediane Prävalenz von 0,4 %. Wesentlich häufiger sind Schmerzstörungen und weniger starke Ausprägungen, die „abridged forms“ (zu Deutsch „verkürzte Formen“) (Escobar et al., 1989): Hier wird eine klinisch relevante Störung bei Männern ab vier Symptomen aus der Symptomliste für Somatisierungsstörungen des DSM-III-R diagnostiziert, bei

Frauen ab sechs Symptomen. Für die abridged forms fanden Creed und seine Mitarbeiter eine Prävalenz von in der Allgemeinbevölkerung von 4-19%. Meyer et al. (2000) beschreiben eine Lebenszeitprävalenz für Schmerzstörungen von 12,3% in der Allgemeinbevölkerung. Noch häufiger als in der Allgemeinbevölkerung findet man somatoforme Störungen in der Primärversorgung, auch hier unterliegen die Prävalenzen beachtlichen Schwankungen, je nach Art der Datenerhebung. Eine Studie von Hanel 2009, in der Symptomchecklisten verwendet wurden, kam auf eine Prävalenz von 18,4%. In der Sofu-Net-Studie wurde in Hausarztpraxen mittels PHQ-15 eine Prävalenz von 16,2% von Hochrisikopatienten für eine somatoforme Störung erhoben (Shedden-Mora et al., 2015). Bei der Erhebung der Prävalenz mittels diagnostischen Interviews wurde eine Prävalenz von 36% ermittelt (Toft et al., 2005). Laut einer Studie der WHO wurde bei mindestens 25% der Patienten in der Primärversorgung mindestens eine somatoforme Störung diagnostiziert (Janca et al., 1999).

Blickt man auf die Sekundärversorgung, findet man unterschiedlich hohe Prävalenzen, abhängig von der Disziplin. So fanden sich in einer Studie in der Gastroenterologie und Neurologie Prävalenzen von bis zu 50%, während in der dermatologischen Ambulanz nur einer von 62 Patienten an somatisch nicht ausreichend erklärbaren Symptomen litt (Reid et al., 2001).

Über den Verlauf somatoformer Störungen liegen wenige Daten vor. Die Lebenserwartung scheint nicht eingeschränkt zu sein (Dreyer et al., 2010, Wolfe et al., 2011), die Lebensqualität ist jedoch mitunter deutlich eingeschränkt (Aiarzaguena et al., 2008) und das Suizidrisiko ist erhöht (Ilgen et al., 2008; Wiborg et al., 2013). Zudem ist die Prävalenz emotionalen Stresses höher als bei Patienten mit ähnlichen Symptomen, die jedoch auf körperlichen Ursachen beruhen (Walker, 1990). Creed beschreibt in seinem Review, es sei unklar, ob sie als chronische Störungen eingeordnet werden sollten. Wenigstens die Hälfte der Patienten würde sich innerhalb eines Jahres wieder erholen (Creed et al., 2004). In 10-30% der Fälle chronifizieren die Beschwerden (Olde Hartmann et al., 2009). Prädiktoren für einen chronischen Verlauf sind eine hohe Anzahl an somatischen Symptomen zu Beginn der Erkrankung (olde Hartmann et al., 2009), Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (Löwe, 2000), hohes Alter und Beeinträchtigung durch die Beschwerden (Creed et al., 2004). Weiterhin gibt es iatrogene Chronifizierungsfaktoren, wie apparative Überdiagnostik und unnötige Medikamentenverschreibungen (Löwe, 2000). Schwere, chronische Verläufe einer

somatoformen Störung sind assoziiert mit einem höheren Risiko für Angsterkrankungen und Depression (Lahmann et al., 2010).

Bezüglich soziodemographischer Unterschiede lässt sich feststellen, dass Frauen häufiger von somatoformen Störungen betroffen sind, etwa im Verhältnis 1,5-3:1 (de Waal, 2004; Hiller et al., 2006; Toft et al., 2005). Zudem sind ein niedrigerer Bildungsstatus sowie ein geringes Einkommen, ein höheres Alter (>45 Jahre) und ein ländlicher Wohnort mit einem höheren Risiko für somatoforme Störungen verbunden (Hiller et al., 2006).

1.2.3 Ätiologie und Krankheitsmodelle

Es existieren verschiedene Modelle zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen.

Nach der traditionellen psychodynamischen Auffassung spiegelt die Somatisierung, dieser Begriff wurde von dem Psychoanalytiker Wilhelm Stekel erstmals verwendet (Stekel, 1908) unbewusste psychische Konflikte wider (Lipowski, 1988), diese Theorie ist jedoch nicht ausreichend belegt.

Nach heutigem Forschungsstand geht man laut aktueller S3-Leitlinie (Hausteiner-Wiehle et al., 2012) von einer multifaktoriellen Genese somatoformer Störungen aus, bei der sich unterschiedliche pathogenetische Faktoren wechselseitig beeinflussen und die bei der Prädisposition, Auslösung und Aufrechterhaltung eine Rolle spielen.

Die Vererbbarkeit somatoformer Störungen scheint eher gering zu sein (Saito et al., 2005, Sullivan et al., 2005). Zu den prädisponierenden biologischen Faktoren gehören somatische Vor- und Grunderkrankungen, ansonsten ist über die psychobiologischen Einflüsse bisher wenig bekannt (Rief und Barsky, 2005).

Barsky und Rief stellten 1990 das Modell der somatosensorischen Amplifikation auf. Hier kommt es durch eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf alltägliche Missempfindungen und eine erhöhte psychophysiologische Reaktionsbereitschaft zu einer katastrophisierenden Körperwahrnehmung. Im Jahr 2005 entwickelten Barsky und Rief darauf basierend das Filtermodell. Es kommt zu einer veränderten kortikalen Wahrnehmung von Schmerz und anderen körperlichen Symptomen (Barsky und Rief, 2005). Die neurobiologische Forschung kam zu dem Erkenntnis, dass ungünstige Umweltbedingungen während der Ausreifung des genetisch determinierten

Stressverarbeitungssysteme zu einer erhöhten Stress- und Schmerz vulnerabilität führen können (Mc Ewen, 2007). Hierbei kommt traumatischen Ereignissen, v.a. sexuellem Missbrauch, eine besondere Bedeutung zu (Anda et al., 2006, Sack et al., 2007). Hier gehen neurobiologische und biographische Faktoren Hand in Hand und beeinflussen sich bei der Entstehung somatoformer Störungen, denn neben den biologischen spielen auch psychische und psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle. Erfahrungen in der Kindheit, wie eben Traumata, können prädisponierend wirken. Stuart und Noyes beschreiben, dass Patienten mit somatoformen Störungen vermehrt unsichere Bindungsmuster aufweisen. So können belastende Erfahrungen in der Kindheit, die zu einer unsicheren Bindung führen, im Erwachsenenalter prädisponierend auf die Entwicklung einer somatoformen Störung wirken (Stuart und Noyes, 1999). Bei der Auslösung somatoformer Störungen spielen häufig soziale Faktoren eine Rolle, so befinden sich die Patienten bei Erstauftreten der Symptome häufig in Belastungssituationen (Hiller und Rief, 1997).

Die Aufrechterhaltung somatoformer Störungen begünstigen vor allem soziokulturelle Faktoren. Körperliche Erkrankungen sind gesellschaftlich eher akzeptiert als psychische, Patienten fürchten Stigmatisierung bei unklaren Beschwerden (Lahmann, 2010). Auch der sogenannte sekundäre Krankheitsgewinn kann zur Chronifizierung der Beschwerden beitragen, durch soziale und finanzielle Zuwendungen. Unser Gesundheitssystem, welches vor allem apparative Leistungen vergütet, trägt ebenfalls dazu bei (Heinrich, 2004, Henningsen et al., 2007). Auch das Verhalten des Hausarztes kann somatoforme Beschwerden verstärken: Wenn er Hinweise seitens des Patienten auf psychische Faktoren ignoriert, seinerseits somatisiert, unnötige apparative Diagnostik veranlasst oder überflüssige Medikamente verschreibt (Henningsen et al., 2007; Löwe, 2000)

1.2.4 Diagnostik und Therapie

Der Hausarzt spielt eine Schlüsselrolle in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit somatoformen Störungen. Grundlage dieser ist der Aufbau einer kontinuierlichen und vertrauensvollen Beziehung. Die Arzt-Patienten-Beziehung bei somatoformen Störungen kann schwierig sein, da die Patienten oftmals von einer somatischen Genese überzeugt sind (Hermann, 2006). Psychosomatische Erklärungsmodelle seitens des

Hausarzt werden nicht selten zunächst abgelehnt (Rief, 2004). Sie fühlen sich in ihren Beschwerden nicht ernst genommen und aus Angst vor Stigmatisierung wollen sie nicht als psychisch krank gelten (Henningsen et al., 2007). Als einziger Ausweg erscheint häufig das Beenden der Arzt-Patientenbeziehung und so kommt es zum typischen Doctor-shopping oder Doctor-hopping (Hermann, 2006), d.h. zu häufigen Arztwechseln.

Unbedingt sollte der Hausarzt seinen Patienten mit seinen somatischen Beschwerden ernst nehmen, sie weder bagatellisieren noch stigmatisierende Bezeichnungen wie „Hysterie“ verwenden (Dowrick et al., 2004, Stone et al., 2002) und ihm durch aktives Zuhören Interesse und Akzeptanz signalisieren. Als hilfreich in der Primärversorgung haben sich regelmäßige Termine erwiesen, der Arzt sollte keine Termine nach Bedarf vergeben (Hausteiner-Wiehle et al., 2012, Heijmans et al., 2011; Pols und Battersby, 2008). Von vornerein sollte der Arzt somatische und psychosoziale Aspekte in der Anamnese berücksichtigen. Die Diagnostik sollte also simultan erfolgen und sowohl die körperlichen Beschwerden, als auch das frühere Inanspruchnahmeverhalten, die Alltagsfunktion, aktuelle psychosoziale Belastungen und das psychische Befinden erfasst werden. Neben möglichen körperlichen Erkrankungen sollten differenzialdiagnostisch Angststörungen, Depressionen, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen in Betracht gezogen werden (Löwe, 2000). Weiterhin sollte aktiv nach Traumaerfahrungen gefragt werden. Am Anfang jeder Sitzung steht eine kurze körperliche Untersuchung, jedoch ohne aufwändige apparative Diagnostik, um die iatrogene Fixierung der Beschwerden zu vermeiden (Lahmann, 2010). Als valides psychometrisches Instrument für die Diagnostik hat sich das SOMS (Screening für somatoforme Störungen) (Rief und Hiller 2003; Ronel, 2008) erwiesen, weiterhin ist der im Sofu-Net Projekt verwendete PHQ-15 ein gutes Screeninginstrument.

Aufgrund der hohen Prävalenz von somatoformen Störungen ist es von Bedeutung, effektive Maßnahmen zu entwickeln, um sie besser zu behandeln. Mit evidenzbasierten Therapien sind die Konsequenzen der somatoformen Störungen, wie die hohen direkten und indirekten Gesundheitskosten oder die Unzufriedenheit seitens der Ärzte und der Patienten, zu reduzieren (Kroenke et al., 2007). Die Therapie somatoformer Störungen sollte auf der „Psychosomatischen Grundversorgung“ basieren (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Den zentralen Punkt der Behandlung stellt, wie bereits erwähnt, der Hausarzt dar, besonders wichtig bei somatoformen Störungen ist jedoch aufgrund des

somatischen Krankheitsmodells der Patienten auch die enge Vernetzung zwischen behandelnden Ärzten somatischer Fachdisziplinen und den psychotherapeutischen Behandelnden (Lahmann, 2010), wie sie auch im Sofu-Net-Projekt aufgebaut wird. Therapieziele sollten sein, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, Chronifizierung zu vermeiden, oder aber bei eingetretener Chronifizierung diese therapeutisch zu begleiten, und gegebenenfalls zur Psychotherapie zu motivieren (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Bei schweren Verläufen sollte die Überweisung zu anderen Fachärzten behutsam erfolgen (Hermann, 2006).

Für die medikamentöse Therapie gibt es bisher keine Studien zum Nachweis ihrer Wirksamkeit, sie sollte zeitlich begrenzt zur Symptomlinderung eingesetzt werden, unter kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung (Hausteiner-Wiehle et al., 2012).

Die Indikation zur Psychotherapie erfolgt schweregradbasiert. Sie hat sich als wirksame Maßnahme erwiesen (Henningsen et al., 2007), ihre Effektstärke ist jedoch geringer als bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern, wie Depressionen (Bernardy et al., 2011; Kleinstäuber et al., 2011.). Therapieziele einer psychotherapeutischen Behandlung sollten u.a. das Vermitteln eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses sein sowie die Reduktion von Krankheitsverhalten, Arztkonsultationen und Medikamentenkonsum (Hiller, 2014). Die Kognitive Verhaltenstherapie hat einen wichtigen Stellenwert in der Therapie somatoformer Störungen (van Dessel et al., 2014), für sie existieren die meisten Studien, die Evidenz für somatoforme Störungen liegt vor (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Sie reduziert die körperlichen Beschwerden und verbessert die Alltagsfunktion der Patienten. Die Evidenz unterscheidet sich jedoch bei den einzelnen Kategorien der somatoformen Störungen (Kroenke, 2007). Insgesamt hat sie einen moderaten Effekt auf Stimmung, Beschwerden und die Funktionsfähigkeit der Patienten (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Doch auch für die psychodynamisch-interpersonelle Psychotherapie liegen eindeutige Hinweise auf die Wirksamkeit vor (Abbass et al., 2009; Henningsen et al., 2007).

1.3 Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen

Im Folgenden werden die Klassifikation der Angststörungen und der Depressionen sowie die Häufigkeit der Komorbidität mit somatoformen Störungen kurz erläutert.

1.3.1 Epidemiologie

Zum einen gehören Depressionen, Angsterkrankungen und somatoforme Störungen jede für sich zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und damit im hausärztlichen Setting. Zum anderen leiden Patienten mit somatoformen Störungen in den meisten Fällen unter weiteren psychischen Erkrankungen: über 50% der Patienten mit somatoformen Störungen haben eine komorbid Angsterkrankung und /oder depressive Störungen (Löwe et al., 2008). Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer komorbiden affektiven oder Angststörung steigt mit dem Schweregrad der somatoformen Symptomatik (de Waal et al., 2004; Lieb et al., 2007). Gleichzeitig ist die Komorbidität dieser Erkrankungen verbunden mit einer höheren psychosozialen Einschränkung, einem gesteigerten Risiko für Suizid und einem schlechteren klinischen Outcome (Maier und Falkai, 1999).

Häufig präsentieren sich diese Patienten beim Hausarzt ausschließlich mit körperlichen Symptomen, so beklagen sich 50% der Patienten mit Depressionen über multiple unerklärliche körperliche Symptome (Kroenke, 2003). Die Punktprävalenz für Depressionen in der Hausarztpraxis liegt laut einer deutschen Studie aus dem Jahr 2007 bei 22,8% (Mergl et al., 2007), doch Depressionen könnten unterdiagnostiziert sein, auch wegen der hohen Komorbidität mit somatoformen Störungen und Angsterkrankungen, deren körperliche Symptome die depressive Symptomatik verstecken können. Die Prävalenz für eine Panikstörung im hausärztlichen Setting liegt laut einer Studie von Barsky aus dem Jahr 1999 bei 6,7-8,3%. (Barsky et al., 1999). Laut einer Studie von Goldberg und Bridges (1985) leidet ein Drittel der Patienten beim Hausarzt unter einer psychiatrischen Erkrankung, davon kommen 17% mit psychologischen Symptomen, 56% mit körperlichen Symptomen und 27% mit einer körperlichen Erkrankung, sowie einer sekundären komorbiden psychiatrischen Diagnose. Kirmayer und Robbins kamen zu dem Ergebnis, dass 73% der Patienten mit Angststörungen oder Depressionen nur somatische Symptome angeben.

Wegen der hohen Überschneidungen, der teils schweren Krankheitsverläufe, der nicht ausreichenden Diagnoseraten und der teils schweren Krankheitsverläufe ist es wichtig, die Komorbiditätsmuster von somatoformen Störungen, Angststörungen und depressiven Erkrankungen eingehend zu beschreiben, um die Patienten besser zu identifizieren.

1.3.2 Klassifikation affektiver Störungen

Affektive Störungen, deren Hauptsymptom laut ICD-10 und DSM-IV eine Verminderung oder Steigerung der Stimmung oder Affektivität ist, gehen in der Regel einher mit einer Veränderung des Antriebs und einer Störung des vegetativen Systems. Sie werden in den beiden Klassifikationssystemen unterschiedlich eingeordnet. Die Krankheit verläuft häufig über mehrere Jahre und phasisch, wobei zu Beginn der einzelnen Episoden oft belastende Lebensereignisse oder -situationen stehen.

Der ICD-10 unterscheidet die manische Episode (F30), die bipolare affektive Störung (F31), die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33) und die anhaltenden affektiven Störungen, Dysthymie und Zykllothymie (F34) (Dilling et al., 2011).

Das DSM-IV fasst die Krankheitsbilder zusammen unter den Mood disorders. Die Major Depression bezeichnet eine schwere Depression. Die Patienten leiden über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen unter zwei Kernsymptomen (depressive Stimmung, Verlust von Freude und Interesse, Erhöhte Ermüdbarkeit) sowie unter mindestens zwei Zusatzsymptomen (Verminderte Konzentrationsfähigkeit, verminderte Aufmerksamkeitsfähigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und -pläne, Schlafstörungen, verminderter Appetit). Sind es zwei Zusatzsymptome spricht man von einer leichten Episode, bei drei bis vier von einer mittelgradigen und ab vier von einer schweren depressiven Episode. Weiterhin unterscheidet das DSM-IV die bipolaren Störungen I (depressive und manische Episoden) und bipolaren Störungen II (depressive und hypomane Episoden), die Dysthymie (über mindestens zwei Jahre andauernde, nicht dem Schweregrad einer Major Depression entsprechende Verstimmungen) und die Zykllothymie (über mindestens zwei Jahre andauernde, depressive und hypomane Episoden, nicht mit der Ausprägung einer bipolaren Störung) (APA, 1998).

1.3.3 Klassifikation und Diagnostik von Angststörungen

Der Begriff „Angststörung“ umfasst eine Reihe psychischer Störungen, die eine nicht erklärbare, nicht angemessene und nicht zu beeinflussende Angst, die unspezifisch oder aber konkret vor Gegenständen oder Situationen sein kann, gemeinsam haben. 1895

fürhte Sigmund Freud den Begriff der Angstneurose ein, der vor allem die frei flottierenden Ängste bezeichnet. Phobien nannte er „Angsthysterien“.

Heute unterscheiden ICD-10 und DSM -IV zwischen den Angstneurosen mit der Panikstörung (ICD-10 F41.0) und der generalisierten Angststörung (F41.1) und den Phobien mit der Agoraphobie mit (F40.01) oder ohne Panikstörung (F40.00), der sozialen Phobie (F 40.1) und den spezifischen Phobien (F40.2). Im ICD-10 werden die Angststörungen im Kapitel F4 geführt, bei den neurotischen-, Belastungs-, und somatoformen Störungen.

Menschen mit einer Panikstörung leiden unter sich wiederholenden Panikattacken. Diese haben keinen spezifischen Auslöser und sind nicht durch Vermeidungsverhalten zu kontrollieren. Panikattacken beginnen plötzlich, erreichen ihr Maximum in der Regel Innerhalb weniger Minuten und dauern durchschnittlich 30 Minuten. Sie zeichnen sich aus durch vegetative Symptome, wie Palpitationen, Schweißausbrüche oder Tremor, Symptome, die Thorax oder Abdomen betreffen, wie Dyspnoe, das Gefühl der Brustenge oder Übelkeit und durch psychische Symptome, wie die Angst vor Kontrollverlust oder zu sterben. Für die generalisierte Angststörung sind Gefühle der Anspannung und Besorgnis, sowie Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme charakteristisch. Häufig zeigen die Patienten eine starke Grübelneigung und sozialen Rückzug. Patienten mit Agoraphobie erleben eine starke Angst vor öffentlichen Situationen, wie Menschenmengen oder Kaufhäuser. Sie leben in Erwartungsangst vor einer Panikattacke und zeigen ein Vermeidungsverhalten. Merkmal der sozialen Phobie ist die Angst, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen und durch andere bewertet zu werden oder sich zu blamieren. Menschen mit spezifischen Phobien haben eine starke Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, wie Tieren, bestimmten Umweltbedingungen oder Blut und Spritzen. Sie zeigen ein stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Dilling, 2011; APA, 1998).

1.4 Traumatische Erlebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Definition, Epidemiologie und die Folgeerkrankungen traumatischer Ereignisse erläutert.

1.4.1 Definition und Klassifikation traumatischer Erlebnisse

Der Traumabegriff wird uneinheitlich und zum Teil inflationär verwendet (Maerker, 1998). In den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV wird er folgendermaßen definiert:

Der ICD-10 (Dilling, 2011) bezeichnet ein psychisches Trauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“

Im DSM-IV (APA, 1998) müssen die beiden folgenden Kriterien vorliegen, um ein Ereignis als Trauma zu charakterisieren:

-A1: Ereignis, dass den tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte körperliche Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder anderen mit einschließt

-A2: Die Reaktion schloss starke Angst Hilflosigkeit oder Grauen ein.

Die wörtliche Übersetzung des griechischen Wortes „Trauma“ bedeutet "Wunde", meint also die Folge eines verletzenden Ereignisses. Weiterhin kann man das Trauma als ein äußeres Ereignis selbst definieren. So teilt Maerker psychische Traumata in kurz- und langdauernde Traumata sowie in von Menschen und durch die Umwelt verursachte Traumata ein:

Tabelle 2 zeigt die Klassifikation von Traumata nach Maerker in kurz- und langanhaltende Traumata (1998).

Tabelle 2
Klassifikation von Traumata nach Maercker et al. I (1998)

| Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumata) | Längerdauernde traumatische wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata) |
|--|--|
| Naturkatastrophen | Geiselhaft |
| Unfälle | mehrfache Folter |
| Technische Katastrophen | Kriegsgefangenschaft |
| Kriegserlebnisse | KZ-Haft |
| Kriminelle Gewalttaten wie Schusswechsel, Überfälle | wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt sowie wiederholte Vergewaltigungen |

Für Typ-I-Traumata sind akute Lebensgefahr und die Plötzlichkeit und Überraschung der Situation typisch. Typ-II-Traumata bezeichnen serielle Traumata mit meist stärkeren, chronischen psychischen Beschwerden.

Tabelle 3 zeigt die Einteilung von Traumata in menschlich verursachte sowie Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumata.

Tabelle 3
Klassifikation von Traumata nach Maercker et al. II (1998)

| Menschlich verursachte Traumata | Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumata |
|---|--|
| Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit | Naturkatastrophen |
| Vergewaltigungen | Technische Katastrophen |
| Kriegserlebnisse | Berufsbedingte Traumata (z.B. Militär, Polizei) |
| Folter und politische Inhaftierung | Arbeitsunfälle |
| Massenvernichtung (z.B. KZ) | Verkehrsunfälle |

Eine weitere Dimension des Traumabegriffs stellt das psychische Trauma als ein Erlebnis dar, in dem das Ich Hilf- und Schutzlosigkeit gegenüber einer belastenden Situation erlebt: „[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer und Riedesser, 1998, S.79). Der Traumabegriff kann also auf mehreren Ebenen definiert werden (Tagay, 2005), als Ereignis selbst, als Folge eines Ereignisses oder aber als Reaktion des Ich auf das Ereignis. In jedem Fall ist dieses Ereignis jedoch durch eine außergewöhnliche Bedrohung charakterisiert, auf die das Individuum entsetzt reagiert.

1.4.2 Epidemiologie traumatischer Erlebnisse und Posttraumatischer Belastungsstörungen

In der ersten repräsentativen Erhebung im Jahr 2008 in Deutschland zur Prävalenz von traumatischen Erfahrungen sowie Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) in der Allgemeinbevölkerung wurden Personen im Alter von 14 bis 95 Jahren eingeschlossen.

Für die drei Altersgruppen junge Erwachsene (14- 29 Jahre), mittelalte Erwachsene (30- 59 Jahre) und Ältere (ab 60 Jahre) ergaben sich unterschiedliche Prävalenzen. Bezüglich eines traumatischen Ereignisses zeigte sich eine Prävalenz von insgesamt 28% der Frauen und 20,9% der Männer, 9,9% der jungen Erwachsenen, 13,3% der mittelalten und 47,4% der Älteren (Maerker et al., 2008). Für die PTBS betrug die Punktprävalenz in dieser Studie 2,3%.

Auch die SHIP-Studie aus Mecklenburg-Vorpommern kommt zu einer erhöhten Prävalenz bei der älteren Generation (Spitzer et al., 2009). 76,5% der Bevölkerung ab 65 Jahre hätten ein Trauma erlebt. Studien zeigen, dass dieser Altersgipfel vor allem auf kriegsbezogene Traumata zurückzuführen ist (Glaesmer et al., 2014).

Jahre zuvor wurden in der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) die Prävalenzen traumatischer Ereignisse bei 1035 Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren untersucht. Dabei zeigten Jungen eine signifikant höhere Prävalenz für das Erleben eines traumatischen Ereignisses mit 22,5 %. Die Zahlen für die Prävalenz von traumatischen Ereignissen und PTBS in der Hausarztpraxis schwanken. Kuwert et al. (2015) erhoben die Prävalenz für ein traumatisches Erlebnis sowie das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in einer aktuellen deutschen Studie mittels eines Fragebogens und kamen auf Werte von 46 % für eine Traumaerfahrung und 13% für das Vorliegen einer PTBS . Liebschutz und Kollegen (2007) erhoben die Prävalenz für Traumaerfahrungen für die Diagnose einer PTBS im städtischen Raum in den USA. 79% der Patienten berichteten von einer traumatischen Erfahrung, bei 23% der Patienten wurde mittels diagnostischen Interviews eine aktuelle PTBS-Diagnose gestellt. Löwe und Kollegen (2011) ermittelten eine Traumaprävalenz von 17,5%, 8,9% erfüllten die Kriterien für eine PTBS-Diagnose.

Bezüglich der Prävalenzen in der Sekundärversorgung kam eine Studie (Sack et al., 2007) in einer ambulanten psychotherapeutischen Klinik zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der behandelten Patienten ein Trauma in der Vergangenheit erlebt hat, die Lifetime-Prävalenz betrug 67,8%.

1.4.3 Traumatische Erlebnisse und psychische Folgeerkrankungen

Untersuchungen zum psychischen Trauma wurden seit dem 19. Jahrhundert vorgenommen, Beobachtungen zu seelischen Folgen von traumatischen Ereignissen jedoch schon sehr viel früher festgehalten. So beschrieb Herodot 490 v. Chr. den Fall

eines Soldaten, der nach dem Miterleben des Todes eines Kameraden auf dem Schlachtfeld erblindete, ohne dass eine organische Ursache gefunden werden konnte (Neumeister, 2009). Und der Brite Samuel Pepys notierte nach dem Erleben des Londoner Großbrands von 1666 in seinem Tagebuch: „Wie merkwürdig, dass ich bis zum heutigen Tag keine Nacht schlafen kann, ohne von großer Angst vor dem Feuer erfasst zu werden; und in dieser Nacht lag ich bis fast zwei Uhr morgens wach, weil mich die Gedanken an das Feuer nicht losließen“ (Wendt, 2011). 1871 beschrieb der US-amerikanische Internist Jacob Mendes da Costa das "Soldatenherz". Soldaten des amerikanischen Bürgerkriegs litten an einer körperlichen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, ausgelöst durch die extremen Belastungen des Krieges (Da Costa, 1871). 1889 führte der Neurologe Hermann Oppenheim das Trauma in die Psychiatrie ein, mit seinem Begriff der "traumatischen Neurose". Er sah diese Neurose bedingt durch Mikroverletzungen des Zentralen Nervensystems nach Eisenbahn- oder Industrieunfällen (Oppenheim, 1889). Zur gleichen Zeit sahen Charcot (1887) und Freud das Trauma als eine Unterform der Hysterie an, die "hysterische Reaktion" sei nicht nur direkt durch das Trauma bedingt, sondern beeinflusst durch individuelle Prozesse. Das Trauma stellte also kein rein äußeres Ereignis mehr da, sondern wurde als abhängig von der Person beschrieben. Nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg wurde das Thema Trauma weiter untersucht. Freud stellte die psychoanalytische Theorie der "traumatischen Neurose" auf, die Neurose sei Folge eines "durchbrochenen Reizschutzes" des Ich (Freud, 1921). Nach dem ersten Weltkrieg beschrieb Myers den "shell shock", das "Kriegszittern" bei den Veteranen des ersten Weltkriegs (Myers, 1914). Auch der Psychiater Menniger beobachtete bei Weltkriegsveteranen eine hohe Anzahl an körperlichen Beschwerden ohne zugrundeliegende organische Ursache. So führte er das Konzept der Somatisierung ein (Menniger, 1947). Nach den beiden Weltkriegen führten auch der Korea- und der Vietnamkrieg zu weiteren Forschungen. Aufgrund von Untersuchungen an Kriegsveteranen wurde 1980 Jahren schließlich die Posttraumatische Belastungsstörung in das DSM-III eingeführt.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) stellt eine spezifische Traumafolge dar mit der Symptomtrias Wiedererleben (in Form von Alpträumen, Flashbacks u.a.), Vermeidung und vegetativer Übererregbarkeit (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen). Sie kann auch noch Jahre nach dem traumatischen Ereignis auftreten. Laut einer deutschen Studie (Maerker

et al., 2008) beträgt die Einmonats-Prävalenz für das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der deutschen Allgemeinbevölkerung 2,3%.

Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS hängt von der Art des Traumas ab. So entwickeln 50% der Opfer von Vergewaltigungen eine PTBS, 20% nach anderen Gewaltverbrechen, 50% der Opfer von Krieg, Vertreibung und Folter, 10% der Verkehrsunfallopfer und 10% nach bedrohlichen Erkrankungen (Flatten et al., 2011).

Die PTBS tritt in den meisten Fällen komorbide mit weiteren psychischen Störungen auf, wobei affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und somatoforme Störungen besonders häufig zu finden sind (Zlotnick et al., 2006). Breslau et al. (1998) fanden an einer Studie an 801 Frauen heraus, dass das Risiko bei Frauen, mit einer PTBS an einer Major Depression zu erkranken, zweifach erhöht ist, gleichzeitig ist bei Frauen mit bereits bestehender Major Depression die Wahrscheinlichkeit des Erlebens eines traumatischen Ereignisses sowie die Entwicklung einer PTBS erhöht. Perkonig et al. (2000) fanden bei 87,5% der Patienten mit einer PTBS mindestens eine komorbide psychische Störung. In der Mehrzahl der Fälle traten diese sekundär auf.

Auch in dieser Studie wurden als häufige komorbide psychische Erkrankungen affektive Störungen, Substanzmissbrauch, somatoforme Störungen und Agoraphobie genannt. In einem Drittel der Fälle jedoch sehen die Autoren bereits bestehende psychische Störungen als Begünstigung einer PTBS: So können z.B. affektive und phobische Störungen die Schwelle für die Entwicklung einer PTBS senken.

Im ICD-10 sind abzugrenzen von der PTBS die akute Belastungsreaktion (F43.0), bei der die Symptome innerhalb von vier Wochen zurückgehen müssen sowie die Anpassungsstörung (F43.2) und die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0), bei der es durch lang anhaltende Extremtraumatisierung wie z.B. wiederholten sexuellen Missbrauch oder Gefangenschaft und Foltern zu einer tiefgreifenden, anhaltenden Persönlichkeitsstörung kommt (Dilling, 2011).

Auch somatoforme Störungen, affektive Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen können als direkte Traumafolge auftreten (Flatten et al., 2011).

1.4.4 Traumatische Erlebnisse im Zusammenhang mit somatoformen Störungen, Angststörungen und Depressionen

Eine psychische Traumatisierung stellt einen Risikofaktor für die meisten psychischen Erkrankungen dar (Wittchen et al., 2009). Doch nicht jede Person entwickelt auf dem

Boden einer Traumatisierung eine psychische Erkrankung, bei der großen Mehrheit der Menschen mit einem traumatischen Erlebnis entwickelt sich keine pathologische Reaktion. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, sind somatoforme Störungen, affektive Störungen und Angststörungen häufige Folgen von traumatischen Ereignissen und wurden als solche bereits im 19. Jahrhundert erkannt.

Besonders somatoforme Störungen spielen eine wichtige Rolle als Traumafolge (Imbierowicz und Egle, 2003; Noll-Hussong et al., 2012). In Studien konnte gezeigt werden, dass traumatisierte Patienten signifikant mehr an körperlichen Beschwerden leiden als solche ohne traumatisches Erlebnis (Kuwert et al., 2015; Sack et al., 2007). Auch Kessler (1995) beschrieb, dass traumatisierte Patienten als Traumafolgestörung unter körperlichen Beschwerden leiden können. Andersherum ist eine PTBS mit körperlichen Symptomen assoziiert (van der Kolk, 1994). In einer Studie wurden Patienten mit einer Somatisierungsstörung und solche mit affektiven Störungen hinsichtlich ihren Traumaerfahrungen verglichen (Morrison et al., 1989). 55% der Patienten mit einer Somatisierungsstörung berichteten von sexuellem Missbrauch im Kindes- oder Jugendalter, bei den Patienten mit affektiven Störungen waren es 16%. In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) litten 15,5% der Patienten mit einem Trauma an somatoformen Störungen. Auch laut einer Studie von Andreski (1998) sind traumatische Erfahrungen in der Kindheit assoziiert mit einem höheren Risiko für somatoforme Störungen.

Besonders bei älteren Menschen scheinen traumatische Erfahrungen häufig mit somatoformen Störungen assoziiert zu sein (Heuft et al., 1993; Heuft et al., 2006). So somatisieren Menschen, die nach dem Zweiten Weltkrieg Vertreibung erlebt haben, verstärkt, wobei die Ursache hier die traumatische Erfahrung selbst und nicht das Vorhandensein einer PTBS sei (Kuwert et al., 2012). Aber auch das Vollbild einer PTBS erhöht das Risiko für eine komorbide somatoforme Störung (Glaesmer et al., 2012). Wie bereits genannt, ist die Zahl der Menschen mit einem traumatischen Erlebnis in der älteren Bevölkerung höher, weswegen es besonders hier wichtig ist, diese Patienten zu identifizieren.

Nicht nur das Vorhandensein, auch die Symptomschwere der somatoformen Störung scheint vom Erlebnis eines Traumas in der Vorgeschichte beeinflusst zu sein. In der Studie von Kuwert 2015 zeigten sich Patienten ohne Trauma in der Vorgeschichte

weniger beeinträchtigt von der somatoformen Symptomatik als Patienten mit Trauma. Zudem scheint die Belastung durch die somatischen Symptome mit der Belastung durch posttraumatische Symptome zuzunehmen.

Auch Depressionen, Angststörungen und Essstörungen können sich als Folge einer Traumatisierung entwickeln (Tagay et al., 2013). Kessler et al. (1995) kamen zu dem Ergebnis, dass 17,4% der männlichen und 26,9% der weiblichen Patienten mit traumatischen Erlebnissen unter Depressionen leiden sowie 26,6 % der männlichen Patienten und 56,6% der weiblichen Patienten an Angststörungen. In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) kam man zu ähnlichen Ergebnissen, 23,6% der Jugendlichen hatten eine Depression, 21% eine Angststörung. Perkonig kam im Jahr 2000 zu einer Prävalenz von Depressionen bei Patienten mit Traumaerfahrung von 61,6% und zu einer Prävalenz von Angststörungen von 57,1%. Assion et al. untersuchten das Vorhandensein von traumatischen Erfahrungen bei Patienten mit einer bipolaren Störung. 29,7% der Patienten berichteten von traumatischen Erfahrungen.

Ob sich nach einem traumatischen Ereignis eine psychische Störung entwickelt, hängt unter anderem von individueller Prädisposition, Umweltfaktoren und sozialen Beziehungen ab (Resch und Schulte-Markwort, 2005). Die Assoziation von traumatischen Erlebnissen und somatoformen Störungen kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass es durch Traumata, vor allem im frühen Lebensalter, zur Missinterpretation somatischer Empfindungen sowie zu Dissoziation führen kann (van der Kolk et al., 1996). Aus psychodynamischer Sicht führen Traumata zu Bindungs- und Beziehungsstörungen, die wiederum zu einer fehlenden Differenzierung von Schmerz und Affekt führen können (Tiber Egle, 2000).

Die Art des Traumas beeinflusst laut einer Studie an ambulanten Patienten einer psychosomatischen Klinik das Risiko, an einer somatoformen Störung zu erkranken (Sack et al., 2010). So litten Frauen mit einem sexuellen Trauma signifikant häufiger unter somatoformen Symptomen, als solche mit nonsexuellem Trauma oder keinem traumatischen Erlebnis. Sexuelle Traumatisierungen scheinen besonders schwere Folgen zu haben, da sie einen sehr intimen Bereich verletzen (Banyard et al., 2001). Sie führen häufig zu dissoziativen Prozessen, um den Schmerz, der durch die sexuelle Misshandlung entstanden ist, bewältigen zu können, wodurch die hohe Rate an psychosomatischen Beschwerden erklärt werden kann (Price, 2007). In der

neurobiologischen Forschung wurde gezeigt, dass es durch Traumata in der Kindheit zu einer erhöhten Stress- und Schmerzvulnerabilität kommen kann, dies gilt vor allem für sexuellen Missbrauch (Anda et al., 2006, Sack et al., 2007). Zudem kommt es bei Patienten mit Schmerzstörung, die von sexuellem Missbrauch berichten, zu Veränderungen in schmerzassoziierten Hirnarealen (Noll-Hussong et al., 2010). In einer Studie von Pribor (1993) berichteten über 90% von 100 Frauen mit Somatisierungsstörung von Missbrauch. Leserman (1996) fand bei Frauen mit funktionellen Symptomen ebenfalls eine erhöhte Prävalenz von Missbrauchserfahrungen. In einer amerikanischen Studie wurden weibliche Veteranen hinsichtlich eines sexuellen Traumas befragt, 44,3% der Frauen berichteten von einer Art sexuellen Missbrauchs. Sie zeigten signifikant höhere Raten an Somatisierung als solche ohne sexuellen Missbrauch (Stein et al., 2004). Auch bei Patientinnen einer Hausarztpraxis berichteten 26% von sexuellem Missbrauch in ihrer Kindheit, diese Patientinnen litten unter signifikant mehr körperlichen Beschwerden (Lechner et al., 1993).

1.5 Zielsetzung und Fragestellung

Die Komorbidität von somatoformen Störungen mit traumatischen Erfahrungen sowie Depressionen und Angststörungen stellen ein häufiges Phänomen in der hausärztlichen Praxis dar. Psychische Probleme werden vom Hausarzt oft nicht erkannt (Edlund et al., 2004). Dies gilt ebenso für depressive Symptome, vor allem wenn die Patienten auch unter somatoformen- oder Angststörungen leiden (Hausteiner-Wiehle et al., 2012), wie für die posttraumatische Belastungsstörung. Schwierig zu diagnostizieren ist eine PTBS besonders dann, wenn die zugrunde liegende Traumatisierung lange zurück liegt und die Patienten ihre Symptome nicht mit der traumatischen Erfahrung in Zusammenhang bringen (Davidson und Connor, 1999, Flatten et al., 2011). Erschwert werden kann die Diagnose zudem, wenn die Patienten eine klinisch auffällige psychische Komorbidität aufweisen (Flatten et al., 2011). Im Rahmen einer Studie zur PTBS-Prävalenz bei Patienten einer Hausarztpraxis wurden PTBS-Diagnosen gestellt. Nur bei der Hälfte der Patienten war bereits zuvor eine Diagnose gestellt worden (Liebschutz et al., 2007).

Da sich in Studien ein Altersgipfel für traumatische Erlebnisse und PTBS bei der älteren Generation gezeigt hat (Hauffa et al., 2011) und diese sich zum großen Teil in

hausärztlicher Betreuung befinden und traumatische Erlebnisse mit somatoformen Störungen assoziiert sind, ist es von Bedeutung, dass der Hausarzt psychisches Leiden erkennt und bei entsprechender Indikation eine Psychotherapie empfiehlt. Erkennt der Hausarzt eine somatoforme Störung oder kommt ein Patient immer wieder mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen, sollte an die Möglichkeit einer komorbiden PTBS oder eines traumatischen Erlebnisses gedacht werden und dieses sowie deren Symptome gezielt erfragt werden. Gerade über sexuelle Traumatisierung reden Patienten nur selten mit ihrem Hausarzt. So berichteten nur 5,1% der Patientinnen einer Hausarztpraxis mit sexuellem Missbrauch in ihrer Kindheit, dass sie mit ihrem Hausarzt hierüber gesprochen hätten (Lechner et al., 1993). So ist es von Bedeutung, dass der Hausarzt eine sorgfältige Anamnese erhebt, denn das Wissen um das Vorliegen einer Traumatisierung ist wichtig für eine adäquate Behandlung. Liegt neben einer Traumatisierung beispielsweise eine somatoforme Störung vor, kann auch die komorbide Symptomatik durch traumafokussierte Therapie verbessert werden (Flatten et al., 2011). Wie oben erwähnt, steht bei der psychodynamischen Sichtweise bei somatoformen Störungen eine fehlende Differenzierung von Schmerz und Affekt aufgrund von belastenden Ereignissen in der Kindheit im Mittelpunkt, die bei der Therapie berücksichtigt werden muss (Tiber Egle, 2000).

Es gibt zahlreiche Studien, die die Zusammenhänge zwischen somatoformen Störungen und Angststörungen, Depressionen und PTBS darstellen. Es ist jedoch nicht hinreichend untersucht, in welchem Ausmaß gerade Hausarzt-Patienten mit somatoformen Störungen ein traumatisches Ereignis erlebt haben und wie schwer diese Patienten von den somatoformen Symptomen betroffen sind. Aus diesem Grund werden in dieser Dissertation selektiv Patienten mit somatoformen Störungen hinsichtlich ihrer Traumaexposition untersucht. So soll die Relevanz dieser Komorbidität für die primärärztliche Versorgung herausgearbeitet werden. Die somatoforme Störung kann eine Folgestörung eines traumatischen Erlebnisses darstellen (Flatten et al., 2011) und die Patienten, die ein Trauma erlebt haben, aber nicht die Kriterien einer PTBS erfüllen, müssen erkannt werden, da sie von somatoformen Störungen schwerer betroffen sein können. Auch die Frage, inwieweit bei Patienten mit traumatischer Belastung und somatoformer Störung von Komorbiditäten mit Angststörungen und Depressionen betroffen sind, ist noch nicht hinreichend untersucht. Durch das frühzeitige Erkennen einer somatoformen Störung sollen im Sofu-Net-Projekt persönliches Leid und unnötige

Gesundheitskosten gemindert werden (Shedden-Mora et al., 2015). Die Patienten mit komorbiden Störungen sind besonders belastet, sie suchen häufiger einen Therapieplatz und haben einen hohen Anteil an Fehltagen (Groß, DKPM, 2014). So ist es von besonderer Bedeutung, diese Patienten zu identifizieren und zu therapieren.

Auch stellt sich die Frage, ob bestimmte Traumata eher zu somatoformen Störungen führen als andere. Sexuelle Traumata scheinen verstärkt zu medizinisch nicht erklärbaren Symptomen zu führen (Sack et al., 2010), dieser Unterschied muss jedoch noch weiter erforscht werden.

Ergänzend wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob Patienten mit einer PTBS verstärkt unter somatoformen Symptomen und der Komorbidität mit Depressionen und Angststörungen leiden. Da sich in Studien zeigte, dass die PTBS ein unterdiagnostiziertes Krankheitsbild darstellt (Liebschutz et al., 2007), soll zum einen dessen Relevanz für die primärärztliche Versorgung gezeigt werden. Zum anderen stellt sich die Frage, ob bereits ein traumatisches Erlebnis mit schwereren somatoformen Symptomen im Zusammenhang steht, oder ob erst das Vollbild einer PTBS mit schwereren somatoformen Störungen sowie Angststörungen und Depressionen einhergeht.

Aus diesem Grund sollen in der vorliegenden Arbeit die folgenden Fragestellungen untersucht werden:

Fragestellung 1a: Unterscheiden sich Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung und einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit von solchen ohne Trauma hinsichtlich der aktuellen Schwere der somatoformen Symptomatik?

Hypothese 1a: Die Patienten mit Trauma zeigen eine schwerere somatoforme Symptomatik als die Patienten mit somatoformer Störung ohne ein traumatisches Erlebnis.

Fragestellung 1b: Unterscheiden sich Patienten mit PTBS-Diagnose von solchen ohne PTBS-Diagnose hinsichtlich der aktuellen Schwere der somatoformen Symptomatik?

Hypothese 1b: Patienten mit PTBS-Diagnose sind schwerer von der somatoformen Symptomatik betroffen als Patienten ohne PTBS-Diagnose.

Fragestellung 2a: Unterscheiden sich Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung mit Trauma in der Vorgeschichte hinsichtlich der Komorbiditätsstruktur mit Angsterkrankungen und depressiven Störungen von solchen ohne Trauma?

Hypothese 2a: Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung mit einem Trauma in der Vorgeschichte sind häufiger von Angsterkrankungen und depressiven Störungen betroffen als solche ohne Trauma in der Vorgeschichte.

Fragestellung 2b: Unterscheiden sich Patienten mit einer PTBS-Diagnose hinsichtlich der Komorbiditätsstruktur mit Angsterkrankungen und Depressionen von solchen ohne PTBS-Diagnose?

Hypothese 2b: Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung und einer PTBS-Diagnose sind häufiger von der Komorbidität mit Angsterkrankungen und Depressionen betroffen als Patienten ohne PTBS- Diagnose.

Fragestellung 3: Gibt es einen Unterschied zwischen Patienten mit einem sexuellen Trauma und Patienten mit einem non-sexuellen Trauma hinsichtlich der Schwere der aktuellen somatoformer Symptomatik und der Komorbiditätsstruktur mit Angststörungen und Depressionen?

Hypothese 3: Patienten, die ein sexuelles Trauma erlebt haben, weisen schwerere somatoforme Symptome sowie eine höhere Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen auf als solche mit nonsexuellem Trauma.

2 Material und Methoden

Im Folgenden werden die Methoden für die Datenerhebung und –auswertung der vorliegenden Dissertation erläutert.

2.1 Projektbeschreibung

Im Rahmen des BMBF-Wettbewerbs "Gesundheitsregion der Zukunft -Fortschritt durch Forschung und Innovation“ (Härter et al., 2012), entstand das Projekt „psychnet“ (Hamburger Netz psychische Gesundheit), mit dem Ziel psychische Erkrankungen mit einer großen Versorgungsrelevanz in Hamburg möglichst früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln.

Das Teilprojekt VIII, "Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome" (Sofu-Net), unter der Leitung von Prof. Dr. Bernd Löwe, hat zum Ziel, die Gesundheitsversorgung für Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen zu verbessern, an denen in Hamburg 90 000- 180 000 Menschen leiden (Shedden-Mora et al., 2015). Das Risiko der Chronifizierung und hohe Gesundheitskosten sowie nicht zuletzt das persönliche Leid der Betroffenen sollen vermindert werden (Fabisch et al., 2012).

Dies soll geschehen durch eine hausarztzentrierte Versorgung, bei der der Hausarzt die Koordination der Patienten übernimmt. Er soll somatoforme und funktionelle Störungen mittels eines Screeningfragebogens früh erkennen und eine schnelle Behandlung anhand definierter Behandlungspfade einleiten (Shedden-Mora et al., 2015). Die entsprechenden Netzwerke für Depressionen und Psychosen haben sich bereits als effektiv erwiesen (Karow et al., 2014). Zusätzlich bezieht das Sofu-Net die Komorbidität mit Angststörungen und depressiven Störungen in die Behandlungsindikation ein, denn Patienten weisen häufiger eine somatoforme Störung und zusätzlich Angsterkrankungen oder Depressionen auf, als ausschließlich eine somatoforme Störung.

Kooperationspartner des Gesundheitsnetzes sind 20 Hausarztpraxen der Region Hamburg mit insgesamt 41 Hausärzten, 35 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und acht psychosomatische Kliniken (Shedden-

Mora et al., 2015). Um hausärztliche Patienten mit somatoformen Störungen früh zu diagnostizieren und eine Indikation für eine Therapie zu stellen, wird auffälligen Patienten in den teilnehmenden hausärztlichen Praxen der Selbstbeurteilungsfragebogen Patient Health Questionnaire (PHQ) ausgehändigt. Haben die Patienten eine schwere somatoforme Symptombelastung oder eine mittelschwere Symptombelastung sowie eine Komorbidität mit Angst bzw. Depression wird das Sofu-Netzwerk aktiviert. Innerhalb von vier Wochen erhalten sie einen Termin für ein Erstgespräch bei einem teilnehmenden Psychotherapeuten. Anschließend haben die Patienten die Möglichkeit, eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Ein weiteres Angebot besteht in den regelmäßigen psychoedukativen Veranstaltungen zum Thema somatoforme und funktionelle Syndrome, wobei den Patienten die Zusammenhänge zwischen körperlichen Symptomen und psychischen Faktoren erläutert werden.

Das Projekt "Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome" ist auf vier Jahre ausgelegt. In den ersten beiden Jahren wird das Gesundheitsnetz aufgebaut und bezüglich des Intervalls zwischen Beginn der Erkrankung und Beginn der Therapie in einer Prä-Post-Studie evaluiert. Anschließend wird in zwei Jahren die Wirksamkeit des Gesundheitsnetzes in einer kontrollierten Studie im Vergleich zur Normalversorgung überprüft.

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen der Post-Erhebung nach Aufbau des Gesundheitsnetzes erstellt. Die Erhebung in der Postphase erfolgte vom 17. September bis zum 18. Dezember 2012. Messinstrumente für das Screening auf somatoforme Störungen und die begleitenden Komorbiditäten Angsterkrankungen und Depressionen waren verschiedene Module des Patient Health Questionnaire (PHQ), der PHQ-15 (somatoforme Störungen), der PHQ-9 (Depressionen) und der GAD-7 (Angsterkrankungen). Screening-positive Patienten wurden um ihr Einverständnis für eine ausführliche Telefonbefragung gebeten, um eine Diagnostik bezüglich des lifetime-Auftretens Somatoformer Störungen, Depressionen, Angsterkrankungen sowie Traumaerfahrungen durchführen zu können. Als Studiendesign wurde eine Querschnittstudie gewählt.

2.1.1 Datenerhebung und Einschlusskriterien

An der Datenerhebung der Posterhebung nahmen 20 Hamburger Hausarztpraxen mit insgesamt 41 Hausärzten teil. Sie erfolgte von September bis Dezember 2012. Rekrutiert wurden die teilnehmenden Praxen im Rahmen der Prä-Erhebung durch Newsletter oder direkte Ansprache, die Teilnahme erfolgte freiwillig. Als Screeninginstrumente wurden der PHQ-15 (somatoformen Symptome) sowie der PHQ-9 (Depressionen) und der GAD-7 (Angststörungen) zur Erfassung der häufigsten Komorbiditäten verwendet (Löwe et al., 2008). An zwei bis vier Tagen wurde die Erhebung von ein bis zwei Studienmitarbeitern durchgeführt. Die unterschiedliche Anzahl an Tagen resultierte aus dem Bestreben, pro Praxis mindestens 80 Patienten zu screenen. Da in der Posterhebung die Teilnehmerzahl nicht an die Teilnehmerzahl der Präerhebung heranreichte, wurde in einigen Praxen eine Nacherhebung durchgeführt. In das Screening eingeschlossen wurden alle Patienten, die sich an den Erhebungstagen in der Praxis befanden, Kontakt mit dem Arzt hatten und die:

- 1.** Von einem der teilnehmenden Ärzte am jeweiligen Tag behandelt werden
- 2.** Das Mindestalter von 18 Jahren erfüllen
- 3.** Der deutschen Sprache in Sprache und Schrift mächtig sind
- 4.** Kognitiv und körperlich in der Lage sind, den Screeningfragebogen selbstständig auszufüllen.

An den Erhebungstagen waren die Studienmitarbeiter während der gesamten Sprechzeit anwesend und baten alle Patienten, die sich im Wartezimmer befanden, um von ihrem Hausarzt gesehen zu werden, den Screening-Fragebogen auszufüllen. Erklärten sich die Patienten bereit, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, sammelten die Studienmitarbeiter die Fragebögen direkt anschließend wieder ein, um die positiv gescreenten Patienten trotz des pseudonymisierten Fragebogens wieder ansprechen zu können.

Kriterien für ein positives Screeningergebnis waren:

- Schwere somatoforme Symptomatik (PHQ-15 \geq 15) oder
- mittelgradig ausgeprägte somatoforme Symptomatik, sowie eine mittelgradig ausgeprägte depressive und/oder ängstliche Symptomatik (\geq 10 im PHQ-15 und \geq 10 im PHQ-9 und oder \geq 10 Punkte im GAD-7).

Die Patienten, die ein positives Screening-Ergebnis aufwiesen, wurden nach Möglichkeit in einen separaten Raum gebeten und von den Studienmitarbeitern über die ausführliche Telefonbefragung und die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt. Die positiv gescreenten Patienten, die ihr Einverständnis zu dem Telefoninterview gegeben hatten, wurden möglichst zeitnah nach dem Screening angerufen. Die Telefoninterviews wurden zwischen dem 28.09.2012 und dem 03.05.2013 durchgeführt. Die mittlere Dauer zwischen Screening und Telefoninterview betrug 66 Tage ($SD = 55,02$).

2.2 Messinstrumente

Im folgenden Abschnitt werde die in der Sofu-Net-Studie verwendeten Messinstrumente vorgestellt.

2.2.1 Eingangsbefragung der Hausärzte

Vor Durchführung der Stichtagserhebung wurden die Hausärzte zwecks Charakterisierung ihrer Praxis bezüglich ihrer Meinung zu somatoformen Störungen befragt.

2.2.2 Der Screeningfragebogen

Der Fragebogen, der in der Posterhebung zum Screening verwendet wurde, umfasst sechs Seiten. Er enthielt einen diagnostischen Teil mit den Fragebögen PHQ-15 zum Screening auf somatoforme Störungen, den PHQ-9 für Depressionen und den GAD-7 für Angststörungen (siehe 2.2.2.1). Es folgten soziodemografische Daten (Geschlecht, Alter, Partnerschaft, Familienstand, Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss, Nationalität) sowie Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten von hausärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung und dem Informationsverhalten. Zudem wurden die Medikation (gegen Angst, Depressionen, Stress, Schmerzen), die Häufigkeit der

Hausarztbesuche in den letzten sechs Monaten, das Sprechen mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme, das Bemühen um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im letzten Jahr und wenn ja, wie lang die Wartezeit auf ein Erstgespräch bzw. die Psychotherapie war, eine eventuelle psychotherapeutische Behandlung und der Versicherungsstatus erfragt. Den Abschluss des Fragebogens bildeten die Frage nach dem Informationsverhalten zu Gesundheitsthemen, das Erleben von Körperbeschwerden und die Frage, ob der Patient jemals in einem medizinischen Bereich gearbeitet habe.

2.2.2.1 Der Patient Health Questionnaire

Der Patient Health Questionnaire (PHQ) ist ein psychodiagnostisches Instrument, das in den USA entwickelt wurde (Spitzer et al., 1999), um ein gut handhabbares Screeninginstrument auf die häufigsten psychische Störungen für die Praxis zu haben. Weiterhin wird er verwendet für die Messung des Schweregrades und des Behandlungserfolges. Er ist ein Selbstauskunftsfragebogen und die Auswertung erfolgt schnell durch den Untersucher (Spitzer et al., 1999). Der PHQ wird sowohl in der Forschung als auch in der Klinik eingesetzt. Die Gütekriterien der amerikanischen Version in der deutschen Übersetzung (PHQ-D, übersetzt von Löwe, 2002) wurden bestätigt (Gräfe et al., 2004).

Die drei Module, die in der vorliegenden Studie verwendet werden, sind die populärsten Module des PHQ: Der PHQ-9, der zum Screening auf Depressionen und zur Schweregradfeststellung verwendet wird, der GAD-7 für die Diagnostik von Angsterkrankungen und der PHQ-15 für somatoforme Störungen. Aufgrund der hohen Komorbidität von somatoformen Störungen mit Angststörungen und Depressionen, wurden auch der PHQ-9 und der GAD-7 in der Studie verwendet (Kroenke et al., 2010; Löwe et al., 2008). Jedes Modul kann allein für sich, gemeinsam mit einzelnen anderen Modulen oder als kompletter PHQ verwendet werden.

Der PHQ-15 beinhaltet die 15 Symptome, die mehr als 90% der von Patienten in der Hausarztpraxis berichteten Beschwerden repräsentieren (Kroenke et al., 2010), außerdem beinhaltet er 14 von 15 der häufigsten Symptome der DSM-IV-Diagnose Somatisierungsstörung. Es entsteht der Score von 0-30 mit der folgenden Einteilung

(Löwe et al., 2002), die Tabelle 4 darstellt:

Tabelle 4
Grenzwerte des PHQ-15

| Berechneter Skalensummenwert | Symptomstärke/ Somatisierung |
|-------------------------------------|---|
| 0 bis 4 | Minimale somatische Symptomstärke/ Somatisierung |
| 5 bis 9 | Milde somatische Symptomstärke/ Somatisierung |
| 10 bis 14 | Mittelgradig ausgeprägte somatische Symptomstärke/ Somatisierung |
| 15 bis 30 | Schwer ausgeprägte somatische Symptomstärke/ Somatisierung |

Ab einem Score von 10 wird von einer klinisch relevanten Symptomatik ausgegangen (Kroenke et al. 2010). Bei einem Cutoff-Wert von ≤ 3 schwer einschränkenden Symptomen beträgt die Sensitivität 78% und die Spezifität 71% für eine DSM-IV-Diagnose einer somatoformen Störung (Van Ravensteijn et al., 2009). Die interne Konsistenz des PHQ-15 beträgt Cronbachs $\alpha=0,80$ (Kroenke et al., 2002) und ist somit befriedigend. Höhere Scores im PHQ-15 sind assoziiert mit einer eingeschränkten Alltagsfunktion, einem hohen Arbeitsausfall und einer gesteigerten Nutzung des Gesundheitssystems. Körber et. al (2011) ermittelten eine Sensitivität von 80% und eine Spezifität von 58% für das Erkennen einer somatoformen Störung.

Der PHQ-9 fragt die Diagnosekriterien des DSM-IV für eine Major Depression ab (APA, 1998). Er kann als Diagnosealgorithmus verwendet werden, aber auch um den Schweregrad der Depression festzustellen. Die Einteilung in Schweregrade zeigt Tabelle 5 (Kroenke, 2001):

Tabelle 5
Einteilung des PHQ-9

| Berechneter Skalensummenwert | Schweregrad der Depression |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 0-4 | Minimale depressive Symptomatik |
| 5-9 | Milde depressive Symptomatik |
| 10-14 | Mittelgradige depressive Symptomatik |
| 15-27 | Schwere depressive Symptomatik |

Jedes der Items aus dem PHQ-9 korrespondiert zu einem Symptom aus der Kriteriengruppe A aus dem DSM-IV für die Diagnose einer Major Depression. Skalensummenwerte ab 10 werden als klinisch relevant angesehen (Kroenke, 2001). Kroenke schreibt dem PHQ-9 eine gute Kriteriumsvalidität und eine sehr gute interne Konsistenz zu (Cronbachs- Wert von $\alpha= 0,89$) (Kroenke, 2001). Außerdem wurde die Gleichwertigkeit bzw. Überlegenheit zu anderen Messinstrumenten nachgewiesen (Williams et al., 2002).

Der GAD-7 als Teil des PHQ wurde ursprünglich entwickelt, um die generalisierte Angststörung zu diagnostizieren. Er zeigt aber auch als Screeninginstrument für die anderen der häufigsten Angststörungen in der Hausarztpraxis eine gute Validität: Für Panikstörungen und die soziale Phobie (Kroenke et al., 2007). Gefragt wird nach dem Auftreten der Symptome einer generalisierten Angststörung in den letzten zwei Wochen (siehe Anhang). Die Antwortmöglichkeiten und Punktwerte entsprechen denen des PHQ-9. Da der Fragebogen sieben Fragen umfasst, reichen die Scores von 0-21. Die Schweregradeinteilung entspricht ebenfalls der des PHQ-9. Skalensummenwerte ab 10 werden als klinisch relevant angesehen (Kroenke et al., 2010). Hier zeigt der GAD-7 eine Sensitivität von 89% und Spezifität von 82% für das Vorhandensein einer Angststörung (Spitzer et al., 2006). In einer repräsentativen deutschen Studie aus dem Jahr 2008 wurde die Validität des GAD-7 für die Allgemeinbevölkerung bestätigt (Löwe et al., 2008). Die interne Konsistenz hat einen Cronbachs- Wert von $\alpha= 0,89$ (Löwe et al., 2008).

2.2.3 Das Telefoninterview

Das etwa zweistündige Telefoninterview lässt sich in drei Abschnitte gliedern. Im ersten Abschnitt sollte getestet werden, ob nach dem positiven Screeningergebnis die Diagnose einer somatoformen Störung gestellt werden kann. Dies geschah mit Hilfe des „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) (siehe 2.2.3.1). Im zweiten Abschnitt des Interviews folgte die "Telefonbefragung im Rahmen des Gesundheitsnetzes somatoforme Störungen" in Papierform. Befragt wurden die Patienten nach einer eventuellen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung und nach soziodemographischen Merkmalen. Zudem wurden folgende

Tests durchgeführt: Der SF-12, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst, der Whiteley-7 für die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Hypochondrie und der IPQ-B, der die subjektive Krankheitswahrnehmung erfragt. Diese Daten wurden für die vorliegende Arbeit nicht analysiert. Im dritten Teil wurde das CIDI verwendet, um eventuelle komorbide Diagnosen (Angststörungen, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörung) stellen zu können (siehe unten).

2.2.3.1 Composite International Diagnostic Interview

Das CIDI ist ein computergeführtes, vollstandartisiertes, strukturiertes Interview zur Diagnostik von psychischen Störungen nach den Kriterien des DSM-IV und ICD-10, der 1990 von der World Health Organization (WHO) gemeinsam mit der United States Alcohol, Drug Abuse und Mental Health Administration (ADAMHA) entwickelt wurde. Die Fragen werden Wort für Wort vorgelesen, die Antworten erfolgen nach dem Ja/Nein- Schema. Bei positiven Antworten erfolgen detailliertere Fragen, um herauszufinden, ob das Symptom ein psychiatrisches ist. Dank des hohen Grades der Standardisierung erfordert die Durchführung des CIDI kein besonderes klinisches Wissen oder Erfahrung. Auch bei Laien ist der CIDI nach einer kurzen Schulung so ein reliables Diagnoseinstrument (Wittchen et al., 1994). Es erfragt sowohl lifetime ("Hatten Sie jemals..") als auch aktuelle Diagnosen.

Im Interview verwendeten wir die Sektionen C (somatoforme und dissoziative Störungen), D (Angststörungen), E (Depressionen) und N (posttraumatische Belastungsstörung) des CIDI. Zuvor hatten die Patienten in der Hausarztpraxis eine Liste mit einer Vielzahl körperlicher Beschwerden erhalten. Deren Auftreten, sowie mögliche Ursachen (eine somatische Diagnose, Medikamente, Drogen oder Alkohol) wurden in der Sektion C abgefragt. Kann keine somatische Erklärung gefunden werden, laufen die Beschwerden unter unklar/somatoform. Weiterhin wird die zeitliche Dimension anhand des „Onsets“ der Beschwerden erfasst. Wittchen et al. (1994) bescheinigten der Sektion C "somatoforme Störungen" eine gute Interrater-Reliabilität mit einem Kappa-Koeffizienten von 0,68 sowie eine sehr gute Übereinstimmung zwischen klinischer Diagnose und CIDI mit einem Kappa-Koeffizienten von 0,90.

Mit der Sektion D des CIDI lassen sich verschiedene Angststörungen diagnostizieren.

Dem Patienten werden Fragen zu körperlichen Beschwerden bei ängstlichen Gefühlen oder Besorgnis (D1) vorgelesen, zu der Symptomatik einer sozialen Phobie (D2) und der Agoraphobie (D3), zu spezifischen Phobien (D41, D48, D55, D63) und zur Panikstörung (D5).

Mit der Sektion E des CIDI lassen sich depressive Erkrankungen und Dysthymie diagnostizieren. Die depressive Symptomatik wird erfasst (siehe Anhang, Liste E1). Neben der Symptomatik wird nach Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau wie die Beeinträchtigung im alltäglichen Leben gefragt, sowie geklärt, ob sich die Symptomatik nicht durch Medikamente, Drogen, Krankheit oder Trauer erklären lasse. In dem oben genannten Review von Wittchen et al. (1994) wurde die Test-Retest-Reliabilität für irgendeine depressive Störung mit $r = 0,66$ zusammengefasst, die Interrater-Reliabilität mit Kappa 0,97.

Als Abschluss des Telefoninterviews führten wir die Sektion N (posttraumatische Belastungsstörung) des CIDI durch. Dem Patienten wird eine Liste mit neun Items schriftlich vorgelegt oder alternativ vorgelesen (siehe Anhang, Liste N1). Sie umfasst folgende schreckliche Ereignisse und Katastrophen: Kriegseinsatz, ernsthafte körperliche Bedrohung, sexueller Missbrauch als Kind, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, schwerwiegende Unfälle, Geiselhaft/Gefangenschaft/Entführung sowie weitere, nicht in der Liste genannte Ereignisse. Hat der Patient mehrere dieser Ereignisse erlebt, wird nach dem für ihn als am schlimmsten erlebtem Ereignis gefragt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf dieses Ereignis. Empfindet der Patient Furcht, Entsetzen und/oder Hilflosigkeit, zeigt oder zeigte er Symptome der PTBS (Wiedererleben, Vermeidung), wie ist die zeitliche Dimension der Symptomatik. Schließlich werden noch Fragen zum psychosozialen Funktionsniveau gestellt: Nimmt der Patient Hilfe in Anspruch, konsumiert er Alkohol, Drogen oder Medikamente, wie stark ist er im alltäglichen Leben beeinträchtigt? Die PTBS-Sektion des CIDI wurde in der letzten Version des CIDI eingeführt. In einer Studie aus dem Jahr 2012 (Quintana et al., 2012) wurde ihm bezüglich der DSM-IV Diagnose eine mäßige Sensitivität von 51,5%, eine hohe Spezifität von 94,1% und ein kappa-Koeffizient von 0,46 bescheinigt. Die Autoren warnten vor einer hohen Rate an falsch negativen Ergebnissen. In seinem Review zu Reliabilitäts- und Validitätsstudien zum CIDI fassten Wittchen et al. (1994)

die zu dem Zeitpunkt vorhandenen Datensätze aus mehreren Studien zusammen und kamen auf gute bis sehr gute Kappa- Koeffizienten für die Reliabilität der Sektion D.

2.3 Statistische Auswertung

Die Verwaltung und statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows (Statistical Package for the Social Sciences, Version 22). Zur Beschreibung der Studienpopulation wurden deskriptive Daten berechnet (Häufigkeiten, Mittelwert, Standardabweichung).

Für die Fragestellung 1, ob sich Patienten mit Traumata in der Vorgeschichte von solchen ohne Traumata hinsichtlich der Schwere der somatoformen Symptomatik unterscheiden, wurde der t-Test für unabhängige Variablen verwendet, der untersucht, ob sich Mittelwerte von zwei unabhängigen Stichproben signifikant unterscheiden (Diehl und Staufienbiel, 2007). Unabhängige Variable war das Vorliegen eines Traumas bzw. eine PTBS, abhängige Variable der Summenwert des PHQ-15. Des Weiteren wurde eine multiple lineare Regression gerechnet, durch die eine abhängige Variable (PHQ-15) durch mehrere unabhängige Variablen (soziodemographische Faktoren, komorbide Angststörung und Depression, Trauma/PTBS) erklärt werden kann (Field, 2011).

Für die Fragestellung 2, bei der Patienten mit Trauma und solche ohne Trauma hinsichtlich komorbider Angststörungen und depressiver Erkrankungen untersucht wurden, kam der Chi-Quadrat-Test zum Einsatz. Er untersucht, ob eine beobachtete Häufigkeitsverteilung signifikant von einer erwarteten Häufigkeitsverteilung abweicht (Diehl und Staufienbiel, 2007). Zur weiteren Analyse erfolgte für die signifikanten Ergebnisse eine logistische Regressionsanalyse, zum Zusammenhang zwischen der kategorial ausgeprägten abhängigen Variablen (Angststörung/ Angststörung und/oder Depression) und mehreren unabhängigen Variablen (Soziodemographische Faktoren, komorbide Störungen, PTBS) (Field, 2011).

Für die Fragestellung 3 wurde neben dem Chi-Quadrat-Test eine unifaktorielle Varianzanalyse verwendet, um Unterschiede zwischen Patienten mit sexuellem Trauma, nonsexuellem Trauma und keinem traumatischen Erlebnis bezüglich der Schwere der somatoformen Symptome zu untersuchen. Die unifaktorielle Varianzanalyse ist ein interferenzstatistisches Instrument, das die Mittelwerte mehrerer Gruppen miteinander vergleicht (Field, 2011).

Als Signifikanzniveau wurde in dieser Arbeit für alle Berechnungen ein p-Wert $\leq .05$ gewählt und zweiseitig getestet. P-Werte $< .10$ wurden als Tendenz interpretiert. Tabelle 6 zeigt die verwendeten statistischen Verfahren.

Tabelle 6
Verwendete statistische Verfahren zur Beantwortung der Fragestellungen

| Analyse | Statistisches Verfahren |
|----------------------------|--|
| 1. Stichprobenbeschreibung | Deskriptive Statistik |
| 2. Fragestellung 1 | t-Test für unabhängige Stichproben, multiple lineare Regression |
| 3. Fragestellung 2 | Chi-Quadrat-Test, Logistische Regressionsanalyse |
| 4. Fragestellung 3 | Unifaktorielle Varianzanalyse, Chi- Quadrat Test |

3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Datenerhebung und deren Auswertung dargestellt.

3.1 Stichprobenbeschreibung

2383 Patienten wurden gebeten, an der Studie teilzunehmen. 2200 (92,3%) von ihnen kamen für das Screening in Frage, da sie die Einschlusskriterien erfüllten. 374 verweigerten die Teilnahme am Screening. So nahmen 1756 Patienten (73,7%) an der Befragung teil. Von diesen Teilnehmern hatten 269 (15,3%) ein positives Screening-Ergebnis und kamen somit für die Teilnahme am Telefoninterview in Frage. 131 Interviews konnten realisiert werden, 79 Patienten verweigerten die Teilnahme am Telefoninterview und 59 Patienten konnten nicht erreicht oder aus anderen Gründen nicht interviewt werden. 117 Patienten erfüllten die Kriterien für die lifetime-Diagnose einer somatoformen Störung. Davon machten 104 Patienten Angaben zum Erleben eines traumatischen Ereignisses. Diese wurden für die vorliegende Auswertung analysiert.

Im Folgenden zeigt Abbildung 1 die Entstehung der Stichprobe.

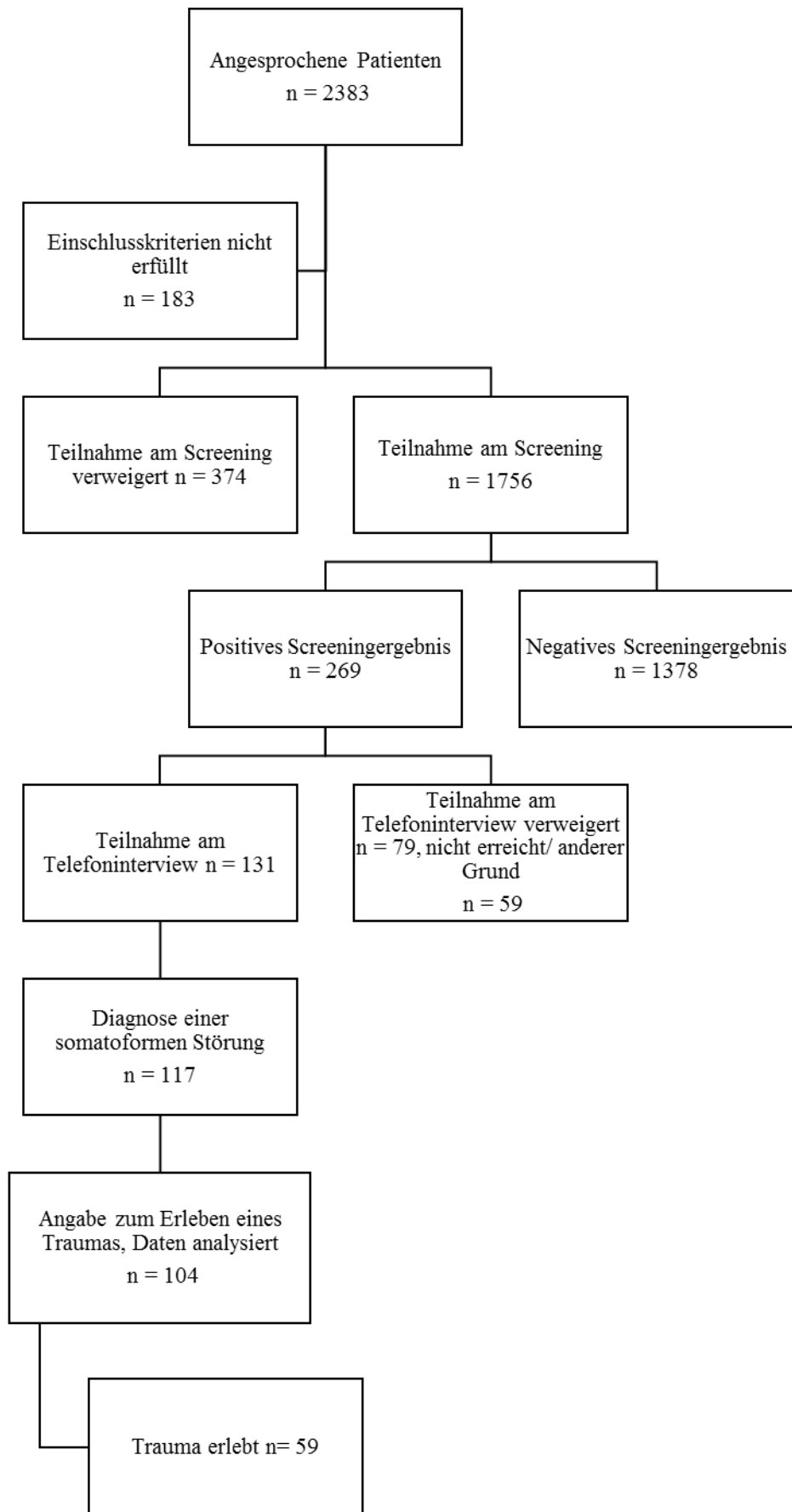


Abbildung 1
Entstehung der Stichprobe

3.2 Patientenkollektiv

Die Patienteneigenschaften werden in Tabelle 8 dargestellt. Berücksichtigt wurden die soziodemographischen Daten sowie die körperlichen, depressiven und ängstlichen Symptome bei den Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung sowie vergleichend die Patienten, die ein Trauma erlebt haben und jene, die kein Trauma erlebt haben. Diese Daten sind dem Screening-Fragebogen entnommen. Des Weiteren wird die Prävalenz der Komorbidität mit Angsterkrankungen, Depressionen und PTBS dargestellt, diese Diagnosen wurden mittels CIDI-Interview gestellt.

Tabelle 7 zeigt die soziodemographischen Daten der Patienten in der Stichprobe. Es wird außerdem die Traumaprävalenz dargestellt, sowohl die Traumaprävalenz derer, die eine somatoforme Störung haben als auch die jener, die von komorbiden Angststörungen oder Depressionen betroffen sind.

Tabelle 7
Eigenschaften der Stichprobe

| | Gesamtstichprobe n = 104 | Patienten mit Trauma n = 59 | Patienten ohne Trauma n = 45 | Statistischer Vergleich mit/ohne Trauma |
|---|-------------------------------------|--|---|--|
| Geschlecht weiblich | 85 (81,7%) | 50 (84,7%) | 35 (77,8%) | $\chi^2 = 0,83$ $p = .362$ |
| Alter, Mittelwert (SD, Range) <i>Vorhandene Datensätze 103</i> | 45,62 (SD 14,96, 19-82) | 45,8, (SD 14,89, Range 20-82) | 45,4, (SD 15,239, Range 19-76) | $t = -0,150$ $p = .881$ |
| Bildung (>10 Jahre Schulbildung) <i>Vorhandene Datensätze 98</i> | 42 (42,4%) | 19 (35,2%) | 23 (51,1%) | $\chi^2 = 2,55$ $p = .110$ |
| Nationalität (deutsch) <i>Vorhandene Datensätze 103</i> | 96 (93,2%) | 56 (94,9%) | 49 (90,9%) | $\chi^2 = 0,64$ $p = .424$ |
| In einer Partnerschaft <i>Vorhandene Datensätze 103</i> | 75 (72,8%) | 38 (64,4%) | 37 (84,1%) | $\chi^2 = 4,93$ $p = .026$ |
| PHQ-15 (Mittelwert, SD) | 14,85 (SD 3,45) | 15,46 (SD 3,186) | 14,04 (SD 3,662) | $t = 2,101$ $p = .038$ |
| PHQ-9- (Mittelwert, SD) | 12,53 (SD 4,71) | 12,17 (SD 4,75) | 13,00 (SD 4,66) | $t = 0,891$ $p = .375$ |
| GAD-7 (Mittelwert, SD) | 11,10 (SD 4,782) | 11,07 (SD 4,67) | 11,13 (SD 4,96) | $t = 0,069$ $p = .945$ |
| Komorbide Depression <i>Vorhandene Datensätze n = 97</i> | 69 (71,1%) | 37 (69,8%) | 32 (72,7%) | $\chi^2 = 0,10,$ $p = .752$ |
| Komorbide Angststörung | 62 (59,6%) | 37 (62,7%) | 25 (55,6%) | $\chi^2 = 0,54$ $p = .461$ |
| PTBS | 20 (17,1%) | 20 (33,9%) | 0 | |

Tabelle 8 zeigt die Traumaprävalenz bei Patienten mit somatoformer Störung und komorbiden Angststörungen und Depressionen.

Tabelle 8

Anteil der Patienten, die ein Trauma berichten

| | Trauma (%) | Kein Trauma (%) |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Somatoforme Störung | 59 (56,7%) | 45 (43,3%) |
| Komorbide depressive Störung | 37 (53,6%) | 32 (46,4%) |
| Komorbide Angststörung | 37 (59,7%) | 25 (40,3%) |

3.3 Fragestellung 1: Schweregrad der aktuellen somatoformen Symptomatik bei Patienten mit Trauma oder PTBS in der Vorgeschichte

Die Hypothese, dass Patienten mit einem traumatischen Erlebnis in der Vorgeschichte schwerer von somatoformen Symptomen betroffen sind, wird im folgenden Abschnitt überprüft.

59 der Patienten (56,7%) mit der Diagnose einer somatoformen Störung berichteten von einem traumatischen Ereignis in ihrer Vorgeschichte. 58,8% der Frauen berichteten von einem traumatischen Erlebnis, bei den Männern waren es 47,4%. Das am häufigsten berichtete Trauma stellte eine ernsthafte körperliche Bedrohung dar (29,8% der Patienten), gefolgt von schwerwiegenden Unfällen und sexuellem Missbrauch (je 14,4%) und Vergewaltigung (13,5%). 10,6% der Patienten berichteten von einem nicht in der Traumaliste vorkommenden traumatischen Ereignis, hier wurden auch nicht traumatisierende Ereignisse genannt.

20 Patienten (17,1%) mit somatoformer Störung erfüllten die Kriterien für die Diagnose einer PTBS, 15,8% der Frauen und 22,7% der Männer. 33,9% der Menschen mit einem traumatischen Erlebnis in der Stichprobe hatten nachfolgend eine PTBS. Das am häufigsten zu einer PTBS führende traumatische Ereignis stellte die Vergewaltigung dar (57,1% der Patienten mit Vergewaltigung haben eine PTBS), gefolgt von anderen traumatischen Ereignissen (55,6%) und sexuellem Missbrauch als Kind (46,7%). Bei den Patienten, die an einer PTBS litten und andere traumatische Ereignisse angaben wurden genannt: Morddrohung, Feuer, Abtreibung, Lebensgefahr der Ehefrau und des

Kindes bei Geburt, plötzlicher Tod eines Angehörigen.

Tabelle 9 zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Traumata und den jeweiligen Anteil der PTBS-Diagnosen.

Tabelle 9
Häufigkeit der Traumata und jeweiliger Anteil an Patienten mit PTBS Diagnose, Gesamtstichprobe n=104, 13 Patienten machten keine Angabe bzgl. Trauma

| Trauma-Art | Gesamtstichprobe n = 104 | Patienten mit Trauma n = 59 | Davon mit PTBS-Diagnose n = 20 |
|---|-------------------------------------|--|---|
| Schreckliche Erfahrung bei Kriegseinsatz | 2 (1,9%) | 2 (3,4%) | 1* (50%) |
| Ernsthafte körperliche Bedrohung | 31 (29,8%) | 31 (52,5%) | 12* (39,7%) |
| Vergewaltigung | 14 (13,5%) | 14 (23,7%) | 8* (57,1%) |
| Sexueller Missbrauch als Kind | 15 (14,4%) | 15 (25,4%) | 7* (46,7%) |
| Schwerwiegender Unfall | 15 (14,4%) | 15 (25,4%) | 5* (33,3%) |
| Gefangenschaft, Geiselhaft, Entführung | 1 (1%) | 1 (1,7%) | 1* (100%) |
| Zeuge eines der o.g. Ereignisse | 11 (10,6%) | 11 (18,6%) | 3* (27,3%) |
| Anderes Ereignis | 9 (8,7%) | 9 (15,3%) | 5* (55,6%) |

*= Mehrfachtraumatisierungen möglich

Die Schwere der somatoformen Symptomatik wurde mittels PHQ-15 operationalisiert. Der PHQ-15-Mittelwert der Patienten mit einem traumatischen Erlebnis betrug 15,46 (*SD* 3,186), dies entspricht einer schweren somatoformen Symptomatik. Der PHQ-15-Mittelwert der Patienten ohne traumatisches Erlebnis in der Vorgeschichte betrug 14,04 (*SD* 3,662), dies entspricht einer mittelgradigen somatoformen Symptomatik. Patienten mit traumatischem Erlebnis in der Vorgeschichte litten also unter einer schwereren somatoformen Symptomatik, dieser Unterschied wurde im t-Test für unabhängige Stichproben signifikant ($t = 2,101$, $p = .038$). Die Effektstärke Cohen's d beträgt 0,42, $r = 0,2046$, dies entspricht einem kleinen Effekt.

Bezüglich des Geschlechtsunterschiedes liess sich feststellen, dass der PHQ-15-

Mittelwert aller Frauen mit somatoformer Störung 15,09 (*SD* 3,37) betrug, was einer schweren Symptomatik entspricht, der der Männer 13,73 (*SD* 3,33), was einer mittelgradigen Symptomatik entspricht. Dieser Unterschied wurde nicht signifikant ($t = -1,720$, $p = .088$), es ist jedoch eine Tendenz erkennbar, dass Frauen eine schwerere somatoforme Symptomatik aufweisen. Frauen mit psychischem Trauma hatten einen PHQ-15-Mittelwert von 15,64 (*SD* 3,11), Frauen ohne psychisches Trauma 14,20 (*SD* 3,74) ($t = -0,1930$, $p = .057$), Männer mit psychischem Trauma hatten einen PHQ-15-Mittelwert von 14,44 (*SD* 3,58), Männer ohne psychisches Trauma von 13,50 (*SD* 3,504) ($t = -0,581$, $p = .569$).

Um zu untersuchen, ob das Vorhandensein traumatischer Erlebnisse auch nach statistischer Kontrolle von soziodemographischen Faktoren und komorbider depressiver und ängstlicher Symptomatik mit der Schwere somatoformer Symptomatik zusammenhängt, wurde eine hierarchische multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable Trauma und der abhängigen Variable somatoformer Symptomatik, indem drei Modelle verglichen wurden. Modell 1 enthielt soziodemographischen Faktoren (Alter, Partnerschaft, Geschlecht, Schulbildung), in Modell 2 erfolgte die Hinzunahme der komorbiden depressiven und ängstlichen Symptomatik, in Modell 3 die Hinzunahme des traumatischen Erlebnisses. Keines der Modelle war signifikant. Der Zusammenhang zwischen Trauma und somatoformer Symptomatik verschwand unter der Kontrolle von soziodemographischen Faktoren (Alter, Partnerschaft) und komorbider depressiver und ängstlicher Symptomatik.

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalyse.

Tabelle 10
*Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalyse für den Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable Trauma und der abhängigen Variable somatische Beschwerden**

| Merkmale | Modell 1 | | | Modell 2 | | | Modell 3 | | |
|---|--|-------|-------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | beta | t | p | beta | T | p | beta | t | p |
| Alter | -0,27 | - | 0,824 | -0,007 | - | 0,951 | 0,001 | 0,006 | 0,995 |
| | | 0,223 | | | 0,061 | | | | |
| Geschlecht, weiblich | 0,089 | 0,857 | 0,304 | 0,095 | 0,924 | 0,358 | 0,073 | 0,717 | 0,475 |
| Partnerschaft, ohne feste Partnerschaft | 0,077 | 0,743 | 0,46 | 0,023 | 0,208 | 0,835 | -0,027 | - | 0,808 |
| | | | | | | | | 0,244 | |
| Bildung, >10 Jahre | -0,143 | - | 0,196 | -0,148 | - | 0,176 | -0,119 | - | 0,273 |
| | | 1,302 | | | 1,364 | | | 1,102 | |
| Angst, Depression | | | | 0,040 | 0,304 | 0,762 | 0,011 | 0,006 | 0,995 |
| | | | | 0,175 | 1,335 | 0,186 | 0,233 | 1,694 | 0,094 |
| Traumatisches Erlebnis | | | | | | | 0,204 | 1,936 | 0,056 |
| Modell | R ² _{korrigiert} = -0,005, F = 0,873, p = .483 | | | R ² _{korrigiert} = 0,0013, F = 1,210, p = .309 | | | R ² _{korrigiert} = 0,42, F = 1,604, p = .144 | | |

*Summenscore des PHQ-15

Vergleichend wurden die Patienten mit der Diagnose einer PTBS hinsichtlich der Schwere der aktuellen somatoformen Symptomatik betrachtet. Der mittlere PHQ-15 der Patienten mit PTBS-Diagnose betrug 15,65 (*SD* 2,66), entsprechend einer schweren somatoformen Symptomatik. Der mittlere PHQ-15 der Patienten ohne PTBS-Diagnose betrug 14,65 (*SD* 3,399), entsprechend einer mittelgradigen Symptomatik. Im t-Test für unabhängige Stichproben fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit PTBS und solchen ohne PTBS ($t = -1,160, p = .249$).

3.4 Fragestellung 2: Komorbiditätsstruktur mit Angststörungen und depressiven Erkrankungen

Die Hypothese, dass Patienten mit einer somatoformen Störung und mit einem traumatischen Erlebnis in der Vorgeschichte oder PTBS häufiger unter einer komorbiden Angststörung und/oder Depressionen leiden, wird im folgenden Abschnitt überprüft.

In unserer Stichprobe litten 73,5% an einer komorbiden depressiven Erkrankung oder Angststörung, 46 (78%) Patienten mit Trauma und 39 (86,7%) Patienten ohne Trauma ($\chi^2 = 1,294, p = .255$).

69 (71,1%) Patienten der Stichprobe hatten eine komorbide depressive Störung. 37 (69,8%) der Patienten, die von einem Trauma berichten, hatten eine Depression, von den Patienten ohne Trauma waren es 32 (72,7%). Patienten, die von einem Trauma in ihrer Vorgeschichte berichteten, litten nicht signifikant häufiger unter depressiven Erkrankungen als solche ohne Trauma in der Vorgeschichte ($\chi^2 = 0,10, p = 0,752$). Auch waren sie nicht schwerer von der depressiven Symptomatik betroffen. Der PHQ-9 Mittelwert der Patienten ohne Trauma betrug 13,00 (SD 4,656), der mit Trauma 12,17 (SD 4,753) ($p = .375$), jeweils entsprechend einer mittelgradigen depressiven Symptomatik.

62 (59,6%) der Patienten in der Stichprobe erfüllten die Kriterien für eine Angststörung. Von den Patienten mit einem psychischen Trauma hatten 37 (62,7%) eine Angststörung, jene ohne psychisches Trauma 25 (55,6%). Auch bezüglich der Häufung der Komorbidität mit Angststörungen fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne ein traumatisches Erlebnis in der Vorgeschichte ($\chi^2 = 0,54, p = .461$). Bezüglich der Stärke der Symptomatik fand sich ebenfalls kein Unterschied, Patienten ohne psychisches Trauma hatten einen mittleren GAD-7 von 11,13 (SD 4,957), Patienten mit einem psychischen Trauma von 11,07 (SD 4,686), ($p = .945$), jeweils entsprechend einer mittelgradigen Symptomatik.

Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen Angststörungen und Depressionen mit der Diagnose einer PTBS betrachtet. Hier zeigte sich, dass Patienten mit einer PTBS-Diagnose häufiger komorbide depressive Erkrankungen oder Angststörungen hatten. So litten 19 (95%) Patienten mit einer PTBS unter Angststörungen und/oder Depressionen, bei den Patienten ohne PTBS Diagnose waren es 66 (78,6%). Dieser Unterschied wurde im Chi-Quadrat-Test tendenziell signifikant ($\chi^2 = 2,920, p = .087$). Der Zusammenhang ist auf die große Komorbidität mit Angststörungen zurückzuführen: 85% der Patienten mit einer PTBS hatten auch eine Angststörung. Bei den Patienten, die keine PTBS-Diagnose hatten waren es 53,6% ($\chi^2 = 6,628, p = .010$). Dies entspricht einer mittleren Effektstärke von Cramer's V = 0,252. Bezüglich der Schwere der

Symptomatik liess sich hingegen kein Unterschied feststellen. Beide Gruppen wiesen eine mittelgradige Symptomatik auf: Der mittlere GAD-7 bei Patienten mit PTBS-Diagnose betrug 11,80 (*SD* 4,503). Der mittlere GAD-7 der Patienten ohne PTBS-Diagnose betrug 10,93 (*SD* 4,866). Dieser Unterschied wurde nicht signifikant ($p = .618$). Patienten mit einer PTBS-Diagnose waren nicht signifikant häufiger von Depressionen betroffen. 76,5% der Patienten mit PTBS-Diagnose hatten eine Depression, 70% der Patienten ohne PTBS ($\chi^2 = 0,286, p = .593$). Sie litten auch nicht unter einer schwereren depressiven Symptomatik (12,02, *SD* 4,932 vs. 12,64, *SD* 4,866). Dieser Unterschied wurde nicht signifikant ($p = .546$).

Tabelle 11 zeigt die Komorbiditätsstruktur sowie den Schweregrad der ängstlichen und depressiven Symptomatik bei Patienten mit Trauma in der Vorgeschichte, keinem Trauma, PTBS-Diagnose und keiner PTBS-Diagnose jeweils im statistischen Vergleich mittels Chi-Quadrat-Test.

Tabelle 11
Komorbiditätsstruktur im statistischen Vergleich

| | Trauma in der Vorgeschichte n = 59 | Kein Trauma n = 45 | Statistischer Vergleich Trauma/kein Trauma | Diagnose PTBS n = 20 | Keine Diagnose PTBS n = 84 | Statistischer Vergleich |
|--|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| Diagnose Angststörung oder Depression (%) | 46 (78%) | 39 (86,7%) | $\chi^2 = 1,294$ $p = .255$ | 19 (95%) | 66 (78,6%) | $\chi^2 = 2,920$ $p = .087$ |
| Diagnose Angststörung (%) | 37 (62,7%) | 25 (55,6%) | $\chi^2 = 0,543$ $p = .461$ | 17 (85%) | 45 (53,6%) | $\chi^2 = 6,628$ $p = .010$ Cramer's V = 0,252 |
| Diagnose Depression (%) | 37 (69,8%) | 32 (72,7%) | $\chi^2 = 0,100$ $p = .752$ | 13 (76,5%) (n = 3 fehlend) | 56 (70,0%) (n = 4 fehlend) | $\chi^2 = 0,286$ $p = .593$ |
| Datensatz 97 | | | | | | |
| GAD-7 (Mittelwert, SD) | 11,13 (SD 4,96) | 11,07 (SD 4,67) | $t = 0,069$ $p = .945$ | 11,80 (SD 4,503) | 10,93 (SD 4,866) | $t = -0,499$ $p = .618$ |
| PHQ-9 (Mittelwert, SD) | 13,00 (SD 4,66) | 12,17 (SD 4,75) | $t = 0,891$ $p = .375$ | 12,02 (SD 4,06) | 12,64 (SD 4,866) | $t = 0,605$ $p = .546$ |

Zur weiteren Analyse erfolgten hierarchische Regressionsanalysen, um die (tendenziell) signifikanten Zusammenhänge näher zu untersuchen. Zunächst wurde der Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable PTBS und der abhängigen Variable Komorbidität Angst und/oder Depression und PTBS unter statistischer Kontrolle von soziodemographischen Variablen und der somatoformen Symptomatik untersucht. In Modell 1 erfolgte die Hinzunahme oben genannter soziodemographischer

Variablen, in Modell 2 die Hinzunahme der somatoformen Symptomatik und in Modell 3 die Hinzunahme der PTBS-Diagnose. Die Modelle 2 ($p = .046$) und 3 ($p = .028$) wurden signifikant mit dem in Modell 3 signifikanten Prädiktor Alter ($p = .047$). Patienten mit einem jüngeren Alter hatten ein 0,96 faches Risiko, eine Angststörung zu haben. Das Modell 2 klärte einen Anteil an Varianz von 18,1% auf, das Modell 3 klärte einen Anteil an Varianz von 22,3%.

Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse.

Tabelle 12

Logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable PTBS und der abhängigen Variable Komorbidität Angst und /oder Depression

| Merkmal | Modell 1 | | | Modell 2 | | | Modell 3 | | |
|---|-----------------------------|------|--------|-----------------------------|------|--------|-----------------------------|-------------|--------|
| | Beta | Sig | Exp(B) | Beta | Sig | Exp(B) | Beta | Sig | Exp(B) |
| Alter | -0,043 | .052 | 0,958 | -0,0242 | .062 | 0,959 | -0,045 | .047 | 0,956 |
| Geschlecht, weiblich | -0,212 | .792 | 0,809 | -0,225 | .778 | 0,798 | -0,232 | .779 | 0,793 |
| Partnerschaft, ohne festen Partner | 1,076 | .138 | 2,930 | 0,983 | .177 | 2,674 | 1,065 | .154 | 2,901 |
| Bildung, >Jahre | 0,779 | .247 | 2,178 | 0,922 | .178 | 2,541 | 0,929 | .183 | 2,532 |
| Somatoforme Symptomatik | | | | 0,129 | .166 | 1,138 | 0,108 | .247 | 1,114 |
| PTBS | | | | | | | 1,582 | .154 | 4,863 |
| Modell | $p = .056$ | | | $p = .046$ | | | $p = .028$ | | |
| | $R^2_{\text{korr}} = 0,149$ | | | $R^2_{\text{korr}} = 0,181$ | | | $R^2_{\text{korr}} = 0,223$ | | |

Des Weiteren erfolgte eine logistische Regressionsanalyse zu dem Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable PTBS und der abhängigen Variable Angststörung unter statistischer Kontrolle von denen in Frage 1 genannten soziodemographischen Variablen und der somatoformen Symptomatik. In Modell 1 erfolgte die Hinzunahme o.g. soziodemographischer Variablen, in Modell 2 die Hinzunahme der somatoformen Symptomatik und in Modell 3 die Hinzunahme der PTBS-Diagnose. Das Modell 3 wurde signifikant ($p = .030$) mit dem signifikanten Prädiktor PTBS ($p = .025$). Patienten mit einer PTBS hatten ein 4,8 faches Risiko, eine Angststörung zu

haben. Das Modell 3 klärte einen Anteil an Varianz von 17,9% auf.

Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse.

Tabelle 13

Logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable PTBS und der abhängigen Variable Komorbidität Angst

| Merkmal | Modell 1 | | | Modell 2 | | | Modell 3 | | |
|--|---------------------------|------|--------|---------------------------|-------|--------|---------------------------|-------------|--------|
| | Beta | Sig | Exp(B) | Beta | Sig | Exp(B) | Beta | Sig | Exp(B) |
| Alter | -0,030 | .81 | 0,971 | -0,029 | .090 | 0,971 | -0,033 | .059 | 0,967 |
| Geschlecht, weiblich | -0,706 | .271 | 0,494 | -0,737 | 0,249 | 0,479 | -0,676 | .316 | 0,509 |
| Partnerschaft, ohne festen Partner | 0,974 | .069 | 2,650 | 0,919 | .087 | 2,506 | 0,999 | .072 | 2,714 |
| Bildung, >Jahre | -0,231 | .623 | 0,793 | -0,143 | .765 | 0,867 | -0,235 | .638 | 0,791 |
| Somatoforme Symptomatik | | | | 0,077 | .240 | 1,080 | 0,052 | .439 | 1,054 |
| PTBS | | | | | | | 1,560 | .025 | 4,757 |
| Modell | $p = .179$ | | | $p = .173$ | | | $p = .030$ | | |
| | $R^2_{\text{korrigiert}}$ | | | $R^2_{\text{korrigiert}}$ | | | $R^2_{\text{korrigiert}}$ | | |
| | = 0,084 | | | = 0,102 | | | = 0,179 | | |

3.5 Fragestellung 3: Unterschied zwischen sexuellem und nonsexuellem Trauma hinsichtlich somatoformer Symptomatik und Komorbidität

Im Folgenden wird die Fragestellung, ob sich Patienten mit einem sexuellen Trauma von solchen mit einem nonsexuellen Trauma unterscheiden, untersucht.

24 (23,1%) Patienten berichteten von einem sexuellen Trauma (Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch als Kind). Frauen berichteten häufiger von einem sexuellen Trauma, so hatten 25,9% der Frauen ein potentiell traumatisierendes sexuelles Ereignis erlebt, jedoch nur 10,5% der Männer. Diese berichteten häufiger von nonsexuellen Traumata, hier waren 36,8% betroffen, bei den Frauen 32,9%.

Der PHQ-15 Mittelwert bei Patienten mit sexuellem Trauma betrug 14,96 (SD 3,35), der

PHQ-15 Mittelwert der Patienten mit nonsexuellem Trauma 15,80 (SD 3,35), der PHQ-15 Mittelwert der Patienten ohne Trauma 14,04 (SD 3,662). Im Turkey-HSD nach ANOVA wurde deutlich, dass sich die somatoforme Symptomatik bei Patienten mit sexuellem Trauma nicht von solchen mit nonsexuellem Trauma oder ohne traumatisches Erlebnis ($p = .620$) unterscheidet.

Abbildung 2 zeigt die PHQ-15-Mittelwerte der Patienten mit nonsexuellem Trauma, sexuellem Trauma und keinem Trauma.

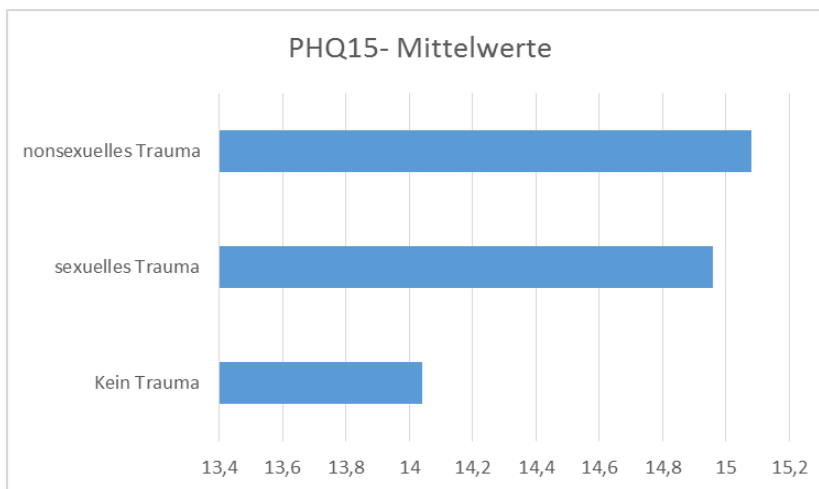


Abbildung 2
PHQ-15-Mittelwerte bei sexuellem Trauma, nonsexuellem Trauma, keinem Trauma

Auch bezüglich der Komorbiditätsstruktur liess sich hinsichtlich der Art des traumatischen Erlebnisses kein Unterschied feststellen. 17 (70,83%) Patienten mit einem sexuellen Trauma hatten neben der somatoformen Störung noch eine Komorbidität mit Angststörungen oder Depressionen, unter den Patienten mit einem nonsexuellen Trauma waren es 29 (82,96%). 12 (55,6%) Patienten mit einem sexuellen Trauma litten unter einer depressiven Erkrankung. Bei den Patienten mit einem nonsexuellen Trauma waren es 25 (80,6%). Hier fand sich kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 4,37$, $p = .113$). 15 (62,5%) Patienten mit einem sexuellen Trauma erfüllten die Kriterien für eine Angststörung, 22 (62,9%) mit einem nonsexuellen Trauma, dieser Unterschied wurde nicht signifikant ($\chi^2 = 0,54$, $p = .461$).

Tabelle 14 zeigt die Komorbiditätsstruktur bei Patienten mit nonsexuellem Trauma, sexuellem Trauma und solchen ohne Trauma.

Tabelle 14
Häufigkeiten von komorbiden Angststörungen und depressiven Erkrankungen

| | Patienten mit nonsexuellem Trauma n = 35 | Patienten mit sexuellem Trauma n = 24 | Patienten ohne Trauma n = 45 | Statistischer Vergleich sexuelles Trauma/nonsexuelles Trauma |
|---------------------------------------|---|--|---|---|
| Angst oder Depression (%) | 29 (82,9%) | 17 (70,8%) | 39 (86,7%) | $\chi^2 = 2,673$ $p = .263$ |
| Angsterkrankungen (%) | 22 (62,9%) | 15 (62,5%) | 25 (55,6%) | $\chi^2 = 0,54$ $p = .461$ |
| Depressiv Erkrankungen (%) | 25 (80,6%) (n = 4 fehlend) | 12 (54,5%) (n = 2 fehlend) | 32 (72,7%) (n = 1 fehlend) | $\chi^2 = 4,37$ $p = .113$ |

Patienten mit sexuellem Trauma litten also nicht verstärkt unter komorbiden Störungen. Es stellt sich die Frage, ob sexuelle Traumata häufiger zu einer PTBS führen. 12 (50%) Patienten mit einem sexuellen Trauma (n = 24) litten unter einer PTBS. Von den Patienten mit nonsexuellem Trauma (n = 35) waren es 8 (22,9%). Dieser Unterschied wurde im Chi-Quadrat-Test signifikant ($\chi^2 = 25,639$, $p < .001$). Der statistische Effekt ist stark mit Cramer's V = 0,497.

Tabelle 15 zeigt die Häufigkeit einer PTBS-Diagnose bei Patienten mit sexuellen und nonsexuellen Traumata.

Tabelle 15
PTBS-Diagnose nach Trauma

| | Sexuelles Trauma n = 24 | Nonsexuelles Trauma n = 35 | Statistischer Vergleich |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| PTBS-Diagnose | 12 (50%) | 8 (22,9%) | $\chi^2 = 25,639$ $p < .001$ |

4 Diskussion

Die vorliegende Dissertation im Rahmen der Sofu-Net-Studie hatte zum Ziel, Zusammenhänge zwischen somatischen Symptomen, depressiven und Angstsymptomen mit traumatischen Erfahrungen und PTBS bei Patienten in der Hausarztpraxis näher zu untersuchen.

Als neuer wissenschaftlicher Aspekt wurde in dieser Dissertation untersucht, ob traumatisierte Patienten mit somatoformen Störungen schwerer von der somatoformen Symptomatik betroffen sind und ob sie eine höhere Komorbidität mit Depressionen und Angststörung aufweisen. Dies wurde im Setting der Hausarztpraxis untersucht. Das Wissen um die Relevanz eines traumatischen Ereignisses in der Vergangenheit für die aktuelle Symptomatik eines Patienten kann helfen, diese Patienten schneller zu identifizieren und gezielter zu behandeln.

Weiterhin wurde untersucht, ob bezüglich der Schwere der somatoformen Symptomatik und des Komorbiditätsmusters ein Unterschied zwischen Patienten mit sexuellen und nonsexuellen Traumata besteht. In Studien konnte bereits gezeigt werden, dass Frauen mit sexuellen Traumata signifikant mehr unter somatoformen Symptomen leiden als solche mit einem nonsexuellen Trauma (Sack et al., 2010) oder mit keinem berichteten Trauma (Stein et al., 2004).

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ergebnis, dass Patienten mit somatoformen Störungen, die von einem traumatischen Erlebnis berichten, signifikant unter schwereren somatoformen Symptomen leiden als solche ohne Traumatisierung. In unserer Studie bestätigte sich außerdem die hohe Komorbidität von somatoformen Störungen mit Angststörungen und Depressionen, ein Zusammenhang mit dem Vorliegen eines Traumas konnte nicht gefunden werden. Die Diagnose einer PTBS jedoch stellt einen signifikanten Prädiktor für eine Komorbidität mit einer Angststörung dar. Weiterhin zeigte sich in unter den Patienten mit somatoformen Störungen eine hohe Prävalenz von Vergewaltigung und Missbrauch mit einem hohen Anteil an PTBS-Diagnosen. Ein Unterschied in der somatoformen Symptomatik oder der Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen bezüglich der Art des Traumas (sexuell vs. nonsexuell) fand sich nicht.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie im Kontext des Forschungsstandes interpretiert.

4.1 Deskriptive Auswertung der Studienpopulation

104 Patienten wurden für die vorliegende Arbeit ausgewertet, die im klinischen Interview die Kriterien für eine somatoforme Störung erfüllten und Angaben zum Erleben eines traumatischen Ereignisses machten. Unter einer Komorbidität mit einer depressiven Erkrankung litten 69 (71,1%) der Patienten, eine komorbide Angststörung hatten 62 (59,6%) der Stichprobe. Dies entspricht Erhebungen zu der Prävalenz von komorbiden psychischen Störungen bei Patienten mit somatoformen Symptomen in der Hausarztpraxis. So wurden 571 Patienten der Poliklinik für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover hinsichtlich somatoformer Störungen untersucht. 70% der Patienten hatten eine weitere psychische Erkrankung. Angststörung und Depressionen waren mit je 50% vertreten (Rossa und Breull, 2004). Eine andere Studie fand eine Komorbidität von somatoformen Störungen mit Depressionen von 75-90% und mit Angststörungen von 10-70% (Ebel und Podoll, 1998). 104 der Patienten mit einer somatoformen Störung berichteten 59 (56,7%) von einer traumatischen Erfahrung. Die Kriterien für eine PTBS-Diagnose im CIDI-Interview erfüllten 20 Studienteilnehmer (17,1%).

Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Resultaten einer aktuellen deutschen Studie an Patienten verschiedener Hausarztpraxen (Kuwert et al., 2015). Hier gaben 46% an, ein Trauma erlebt zu haben, bei 13,8% wurde eine PTBS-Diagnose gestellt. Hier wurden, anders als in unserer Stichprobe, jedoch auch Patienten ohne somatoforme Störung befragt. Zudem wurde, anders als bei uns, für die Ermittlung der Prävalenz eines traumatischen Ereignisses ein Selbstauskunftsbogen gewählt, während wir das CIDI verwendeten. Somit sind die Ergebnisse nicht unmittelbar vergleichbar.

Die Lifetime-Prävalenz für eine PTBS in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt deutlich niedriger als in unserem Setting, sie beträgt laut aktueller S3 Leitlinie 1,5-2% (Flatten et al., 2011).

24 der Patienten mit somatoformer Störung gaben an, sexuell missbraucht worden zu sein (23,1%). Dies ist vergleichbar mit einer Studie, bei der 26% der Patientinnen einer

Hausarztpraxisangaben, in ihrem Leben sexuell missbraucht worden zu sein (Lechner et al., 1993). Auch die Ergebnisse einer Befragung bezüglich sexueller Gewalt an Hamburger Studenten sind vergleichbar mit unseren Ergebnissen: 23% der Studentinnen und 4 % der Studenten gaben an, sexuellen Missbrauch erlebt zu haben (Richter-Appelt und Tiefensee, 1996). Betrachtet man selektiv Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, welche besser vergleichbar sind mit dem Patientenkollektiv der vorliegenden Dissertation, finden sich noch höhere Prävalenzen für sexuelle Gewalt. In einer amerikanischen Klinik für psychische Erkrankungen berichteten 18% der Männer und 59% der Frauen von sexueller Gewalt (Hutchings und Dutton, 1997). 35% der weiblichen und 21% der männlichen Patienten einer deutschen Klinik für psychosomatische Erkrankungen berichteten von sexueller Gewalt (Reicherzer et al., 2008). An einer Stichprobe von Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom lag die Prävalenz für Erfahrungen mit sexueller Gewalt bei 28% (Bohn et al., 2013). Niedriger ist die Prävalenz von sexueller Gewalt in der Allgemeinbevölkerung, in einer amerikanischen Studie gaben 13% der Frauen und 5% der Männer an, sexuelle Gewalt erlebt zu haben (Stein et al., 2000). Insgesamt lässt sich also feststellen, dass sich bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, wie es in unserem Setting der Fall ist, eine höhere Prävalenz für sexuelle Gewalt findet als in der Allgemeinbevölkerung.

Die häufigsten Traumaarten in unserer Stichprobe stellen eine ernsthafte körperliche Bedrohung mit 30% sowie sexueller Missbrauch im Kindesalter, ein schwerwiegender Unfall und eine Vergewaltigung mit je 14% dar. Am häufigsten zu einer PTBS-Diagnose führte eine Vergewaltigung mit 57%, gefolgt von sexuellem Missbrauch als Kind mit 46,7% und einem schwerwiegender Unfall mit 33%. Dass eine Vergewaltigung ein starker Prädiktor für eine PTBS ist, ist aus Studien bereits bekannt (Breslau et al., 1991; Bruce et al., 2001; Kessler et al., 1995; Maerker et al., 2008). In der Leitlinie wird die Wahrscheinlichkeit, nach einer Vergewaltigung eine PTBS zu entwickeln, auf 50% beziffert (Flatten et al., 2011).

Das mittlere Alter der Patienten unserer Stichprobe lag bei 45,6 Jahren (*SD* 14,96), der jüngste Patient war 19, der älteste 82 Jahre alt. Die Mehrzahl der Patienten waren weiblich (81,7%). Der überwiegende Teil der Patienten hat eine mittlere Schulbildung von bis zu 10 Jahren (57,6%). 93,2% der Teilnehmer waren deutscher Staatsangehörigkeit, 72,8% lebten in einer Partnerschaft. Zu den soziodemographischen

Merkmale bei Patienten mit somatoformen Störungen gibt es unterschiedliche Studienergebnisse. So kann man laut aktueller S3 Leitlinie (Hausteiner-Wiehle et al., 2012) aufgrund von bisherigen Studien, nicht sagen, ob eine Altersgruppe stärker von somatoformen Studien betroffen sei. Was das Geschlechterverhältnis betrifft, stimmen die Studienergebnisse darin überein, dass Frauen häufiger von somatoformen Störungen betroffen seien, etwa im Verhältnis 1,5-3:1 (Hausteiner-Wiehle et al., 2012, Jacobi et al., 2004). Die Gründe hierfür seien noch nicht abschließend geklärt (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Ursächlich könnte laut aktueller S3- Leitlinie (Hausteiner-Wiehle et al., 2012) u.a. auch eine erhöhte Prävalenz von Traumatisierungen und psychosozialen Belastungen bei Frauen sein, was sich auch in unseren Ergebnissen widerspiegelt. Petersen und Mitarbeiter schreiben, weibliches Geschlecht sei ein Risikofaktor für die Entwicklung einer funktionellen Störung (Petersen et al., 2010). Auch in unserer Studie erfüllten deutlich mehr Frauen die Kriterien für eine somatoforme Störung. Bezüglich des sozioökonomischen Status der Patienten gibt es Hinweise für einen Zusammenhang zwischen niedrigem Status und dem Auftreten und der Prognose von somatoformen Beschwerden (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). Eine niedrige soziale Schicht sei ein Prädiktor für das Auftreten von chronischen Schmerzen (Hausteiner-Wiehle et al., 2012). In der vorliegenden Stichprobe hat der überwiegende Teil einen mittleren Schulabschluss, Aussagen zur sozialen Schicht wurden jedoch keine gemacht. Andere Faktoren wie der Familienstand haben laut olde Hartmann (olde Hartmann, 2009) keinen Einfluss auf somatoforme Störungen. Der überwiegende Teil der Patienten in dieser Stichprobe lebte in einer Partnerschaft. In der Arbeit werden Patienten verglichen, die ein Trauma erlebt haben und Patienten, die nicht von einer traumatischen Erfahrung berichten. Bezüglich der soziodemografischen Daten zeigte sich, dass Patienten mit einem traumatischen Erlebnis signifikant seltener in einer Partnerschaft lebten als solche ohne traumatisches Erlebnis. Dieses Ergebnis stimmt mit Breslaus repräsentativer Studie überein, Geschiedene hätten ein höheres Risiko für traumatische Ereignisse als Verheiratete (Breslau et al., 1998). Hier ist die Frage interessant, inwieweit Partnerschaften einen protektiven Faktor gegenüber Traumatisierungen darstellen und wie Traumatisierungen Partnerschaften negativ beeinflussen. Patienten mit traumatischen Erfahrungen wiesen in unserer Stichprobe eine Tendenz zu einer weniger guten Schulbildung auf als solche ohne traumatisches Erlebnis. So schlossen 35,2% der Patienten mit traumatischer Erfahrung die Schule mit einem höheren Schulabschluss als der mittleren Reife ab, bei den Patienten ohne Trauma waren es 51,1%. In der

repräsentativen Studie zu traumatischen Erlebnissen und PTBS von Breslau (Breslau et al., 1998) war das Vorliegen eines traumatischen Erlebnisses ebenfalls mit geringerer Schulbildung assoziiert. Um den Zusammenhang zwischen geringerer Schulbildung und Traumatisierung näher zu beleuchten, wäre es interessant, das Alter bei der Traumatisierung zu betrachten.

4.2 Fragestellungen

4.2.1 Fragestellung 1

Bei traumatisierten Patienten liegt eine hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen vor. Sie befinden sich zu einem großen Teil in hausärztlicher Betreuung. Dies schließt, wie oben genannt, auch somatoforme Störungen mit ein. In dieser Dissertation wird die Frage gestellt, ob traumatisierte Patienten, die eine somatoforme Störung haben, schwerer von der somatoformen Symptomatik betroffen sind als Personen ohne traumatische Erfahrung.

Die Untersuchung konnte die Hypothese bestätigen: Es zeigte sich, dass traumatisierte Patienten eine im Mittel schwere somatoforme Symptomatik aufwiesen während jene, die kein Trauma erlebt haben, unter einer mittleren somatoformen Symptomatik litten. Dies ist ein signifikanter Unterschied (siehe 3.3) mit einer kleinen Effektstärke. Es ist zudem die Tendenz erkennbar, dass besonders Frauen schwerer von somatischen Symptomen betroffen sind (siehe Tabelle 7). Es zeigte sich also, dass Patienten, die ein Trauma erlebt haben, auf verschiedene Art und Weise auf das Trauma reagieren, auch mit multiplen körperlichen Beschwerden. Betrachtet man diese Zusammenhänge unter statistischer Kontrolle von soziodemographischen Faktoren und der Komorbidität von Angststörungen und Depressionen, wird der Zusammenhang von traumatischem Erlebnis und somatoformer Symptomatik aufgehoben (siehe Tabelle 10).

Ein Trauma allein ist demnach kein signifikanter Prädiktor für den Schweregrad der somatoformen Symptomatik, doch ist es mit einer schwereren Symptomatik assoziiert. Es ist wichtig, dass Hausärzte sich dieser Tatsache bewusst sind. Bei Patienten mit MUS sollte aktiv nach Traumaerfahrungen gefragt werden, da gerade bei älteren Menschen Traumatisierungen häufig mit somatoformen Störungen assoziiert sind (Heuft et al., 1993; Heuft et al., 2006). Steckt eine PTBS hinter den Beschwerden, ist eine traumafokussierte Psychotherapie notwendig, um den Patienten zu helfen.

Bezüglich der Schwere der somatoformen Symptomatik bei Patienten mit PTBS fand sich kein signifikanter Unterschied. Dies kann in der homogenen Stichprobe begründet sein, denn es wurden nur Patienten mit hohen Scores im PHQ-15 betrachtet.

Die Tatsache, dass somatoforme Störungen eine häufige Traumafolgestörung darstellen (Noll-Hussong et al., 2012) und dass Hausarztpatienten, die ein Trauma erlebt, oder sogar eine PTBS entwickelt haben, schwerer von der somatoformen Symptomatik betroffen sind als solche ohne Trauma, entspricht Ergebnissen aktueller Studienlage (Afari et al., 2014; Löwe et al., 2011; Sack et al., 2007; van der Kolk, 1996). In einer deutschen Studie aus dem Jahr 2015 (Kuwert et al., 2015) wurden 400 Hausarztpatienten mittels eines Fragebogens zu somatischen Symptomen (PHQ-15) und posttraumatischer Belastung (PDS) befragt. Es zeigte sich, dass Patienten mit traumatischer Erfahrung sowie mit PTBS signifikant stärker von den somatischen Symptomen betroffen waren als solche ohne traumatische Erfahrung oder PTBS. Eine amerikanische Studie zu Patienten mit PTBS in der primärärztlichen Versorgung kam zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einer PTBS-Diagnose signifikant häufiger zum Hausarzt gehen und signifikant unter schwereren körperlichen Symptomen leiden. Zudem war die Symptomschwere der PTBS-Symptomatik assoziiert mit der Intensität der körperlichen Beschwerden (Gillock et al., 2005). Studien haben gezeigt, dass die PTBS als Mediator zwischen traumatischen Erfahrungen und schlechtem Gesundheitsstatus fungiert (Schnurr und Green, 2004; Wachen et al., 2013). Doch in einer deutschen Studie an älteren Menschen zu PTBS und der Komorbidität mit Depressionen und Somatisierungsstörungen (Glaesmer et al., 2012) wurde gezeigt, dass bereits traumatische Erfahrungen zu einer signifikant höheren Prävalenz von somatoformen Störungen führen, nicht nur eine PTBS.

Das Ergebnis dieser Dissertation, dass traumatische Erfahrungen zu einer signifikant höheren Symptombelastung von somatoformen Störungen führen, wie dies auch Glaesmers Studie gezeigt hat (Glaesmer et al., 2012), unterstützt die These, dass Somatisierung eine direkte Folge von traumatischen Erfahrungen sein kann und nicht durch eine PTBS vermittelt werden muss.

Zur Ätiologie von somatoformen Störungen bei Patienten mit Traumatisierung, gibt es einige Hypothesen: So konnte in einer fMRT-Studie gezeigt werden, dass es bei Patienten mit sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte und einer Schmerzstörung zu

Veränderungen in schmerzassoziierten Hirnarealen kommt (Noll-Hussong et al., 2010). Auch dissoziative Prozesse scheinen eine wichtige Rolle zu spielen bei der Entstehung somatoformer Störungen bei traumatisierten Patienten. So beschreibt das Konzept der somatoformen Dissoziation von Näring und Nijenhuis (Näring und Nijenhuis, 2005), dass Traumata nicht nur zu einer psychoformen Dissoziation führen, sondern auch zu somatoformen dissoziativen Symptomen, wie einem veränderten Schmerzempfinden oder Bewusstseinsverlust.

In diesem Zusammenhang wäre es interessant der Frage nachzugehen, auf welche Art und Weise traumatische Erfahrungen mit somatoformen Störungen zusammenhängen und welche Faktoren die Vulnerabilität der Betroffenen erhöhen.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich sowohl in unserer als auch in anderen zitierten Studien zeigte, dass traumatische Erfahrungen und PTBS eine große Rolle spielen bei Patienten in der Hausarztpraxis mit somatoformen Störungen oder Symptomen. Die These, dass traumatische Erfahrungen ein Risikofaktor für organisch nicht erklärbare körperliche Beschwerden sein können, wird unterstützt (Imbierowicz und Egle, 2003).

Es ist notwendig, dass Hausärzte sich des Zusammenhangs zwischen Traumatisierung und somatoformen Störungen bewusst sind, und bei vielfältigen somatischen Symptomen, für die sich keine organische Ursache finden lässt, auch an die Möglichkeit einer (aktuellen oder lang zurückliegenden) Traumatisierung denken, um den Patienten eine adäquate Behandlung zu ermöglichen. Denn die PTBS ist eine schwere psychische Erkrankung und wird noch zu selten diagnostiziert (Davidson und Connor, 1999; Flatten et al. 2011; Liebschutz et al., 2007). Hausärzte müssen auf diese Entität aufmerksam gemacht werden, auch weil sich in der Stichprobe so hohe Prävalenzen für Vergewaltigungen und Missbrauch zeigten, die mit einem hohen Risiko einer PTBS einhergehen.

In weiterer Forschung sollte der Anteil an Patienten in der Hausarztpraxis, die traumatische Erfahrungen erlebt haben und/oder eine PTBS haben an größeren Stichproben untersucht werden. Zudem sollte evaluiert werden, ob Screeningmethoden und definierte Behandlungspfade für Traumata und PTBS hilfreich wären, wie dies in der Sofu-Net-Studie für somatoforme Störungen geschehen ist, um die betroffenen

Patienten zu identifizieren und sie einer Therapie zuzuführen.

4.2.2 Fragestellung 2

Zwischen somatoformen Störungen und Angststörungen sowie depressiven Erkrankungen herrscht eine hohe Komorbidität. Entsprechend finden sich diese gehäuft in der primärärztlichen Versorgung. Fraglich ist, ob traumatische Erfahrungen auf diese Komorbidität Einfluss nehmen und sie verstärken. Die vorliegende Arbeit untersucht die Hypothese, dass Patienten mit einer somatoformen Störung, die ein traumatisches Erlebnis berichten, häufiger und schwerer unter Angststörungen und Depressionen leiden als Patienten ohne traumatisches Erlebnis. Da in der vorliegenden Dissertation traumatische Erlebnisse, somatoforme Störungen, Angststörungen und Depressionen miteinander verknüpft werden, führt diese Fragestellung weiter als bisherige Studien.

Aufgrund der fehlenden Signifikanz ließ sich die Hypothese durch die Untersuchung nicht bestätigen. In der Stichprobe konnte nicht gezeigt werden, dass Patienten mit einer somatoformen Störung, die ein Trauma erlebt haben, häufiger und schwerer von komorbiden Angsterkrankungen und Depressionen betroffen sind als solche mit somatoformer Störung und ohne ein traumatisches Erlebnis. Patienten, die an einer somatoformen Störung litten und ein Trauma erlebt haben, unterscheiden sich ebenfalls nicht bezüglich der Häufigkeit des Auftretens einer komorbiden Depression von solchen ohne Trauma und auch hinsichtlich der Schwere der depressiven Symptomatik findet sich kein signifikanter Unterschied. Auch bei Angststörungen lässt sich keine Häufung bei Patienten mit traumatischer Erfahrung beobachten. Festzuhalten ist jedoch, dass Patienten mit einer somatoformen Störung in der Hausarztpraxis hohe Komorbiditäten mit Angststörungen und Depressionen aufweisen und da körperliche Symptome zum Beispiel Depressionen (Kroenke et al., 2003) verdecken können, bestätigt sich die Notwendigkeit für den Hausarzt, bei Patienten mit MUS aktiv mögliche psychische Probleme und Traumatisierung zu erfragen.

Bestätigt hat sich die Hypothese, dass Patienten mit einer komorbiden PTBS signifikant stärker von der Komorbidität mit Angststörungen betroffen sind (siehe Tabelle 11). 85% der Patienten mit einer PTBS hatten auch eine Angststörung, bei den Patienten ohne PTBS waren es 47,4%. In der logistischen Regressionsanalyse zeigte sich mit

einer mittleren Effektstärke, dass die PTBS einen signifikanten Prädiktor für das Bestehen einer Angststörung darstellt (siehe Tabelle 13).

Die Erkenntnis, dass zwischen Angststörungen und PTBS eine hohe Komorbidität herrscht und dies eine große Relevanz für die Hausarztpraxis hat, fügt sich in bisherige Studien ein. So berichteten in einer Studie an Patienten der primärärztlichen Versorgung 83% der Patienten mit einer Angststörung von einem traumatischen Erlebnis (Bruce et al., 2001). Dieses Ergebnis ist jedoch nicht vollständig vergleichbar mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, da sie sich nur Patienten mit einer somatoformen Störung konzentriert, um deren Eigenschaften näher zu untersuchen. Nachteilig ist hier jedoch, dass die Homogenität der Stichprobe Unterschiede zwischen Patienten mit Trauma und Patienten ohne Trauma verdecken kann. Es wäre eine Studie notwendig, welche das Ausmaß somatoformer, depressiver und ängstlicher Symptome im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen erhebt, ohne sich auf Patienten mit somatoformen Störungen zu beschränken. Auch bezüglich depressiver Erkrankungen ist eine Komorbidität mit PTBS bekannt. In deutschen Studien zeigte sich, dass Patienten mit einer PTBS häufiger unter Depressionen leiden (Glaesmer et al., 2012; Hauffa et al., 2011). Die hohe Komorbidität wird dadurch erklärt, dass depressive Patienten ein erhöhtes Risiko haben, nach einer traumatischen Erfahrung eine PTBS zu entwickeln und andersherum Patienten mit einer PTBS ein erhöhtes Risiko einer depressiven Erkrankung haben (Breslau et al., 2002, Flatten et al., 2011). Gleichzeitig haben Depressionen und PTBS gemeinsame Risikofaktoren, wie weibliches Geschlecht und Kindheitstraumata (Breslau et al., 1998, Spinhoven et al., 2014).

In der Sofu-Net-Studie zeigte sich insgesamt eine hohe Komorbidität von somatoformen Störungen, PTBS, oder traumatischen Erlebnissen, Angststörungen und Depressionen. Das Ergebnis der Untersuchung, dass Patienten mit einer PTBS-Diagnose und einer somatoformen Störung stärker von der Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen betroffen sind spricht dafür, dass eine PTBS außer der somatoformen Störung einen weiteren Risikofaktor für andere psychische Erkrankungen darstellt, genau wie Depressionen und Angststörungen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS darstellen. Die Relevanz einer PTBS in der hausärztlichen Praxis wurde bestätigt.

Psychische Probleme werden von Hausärzten häufig übersehen (Edlund et al., 2004; Liebschutz et al., 2007). Die hohe Komorbiditätsrate von PTBS kann der Grund sein, dass sie zugunsten der häufiger auftretenden Angst- und depressiven Störungen verkannt wird (Flatten et al., 2011; Liebschutz et al., 2007). Andererseits können Depressionen aufgrund von vordergründig geschilderten somatischen Beschwerden verkannt werden (Kroenke, 2003).

Für die primärärztliche Versorgung ist also wichtig, dass den Ärzten die engen Zusammenhänge zwischen Traumata, somatoformen Störungen, Angststörungen und Depressionen bekannt sind, um gezielter nach psychischen Problemen und insbesondere nach traumatischen Erfahrungen und PTBS-Symptomen zu fragen. Bei komorbiden Auftreten von Traumatisierung, somatoformer Störung, Angststörung oder depressiven Erkrankung kann auch die komorbide Symptomatik durch eine traumafokussierte Therapie gebessert werden (Flatten et al., 2011).

4.2.3 Fragestellung 3

Sexuelle Traumatisierungen haben einen besonders schweren Einfluss auf die Betroffenen (Banyard et al., 2001). Sie führen häufig zu dissoziativen Prozessen, um den Schmerz, der durch den Missbrauch entstanden ist, bewältigen zu können, wodurch die hohe Rate an psychosomatischen Beschwerden erklärt werden kann (Price, 2007). Zudem haben sexuell traumatisierte Patienten ein besonders hohes Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (siehe 4.1).

Ziel der Dissertation war es die Frage zu beantworten, ob es einen Unterschied bezüglich der Schwere der somatoformen Symptomatik sowie der Komorbiditätsstruktur mit Angststörungen und Depressionen gibt und die Hypothese zu überprüfen, dass Patienten mit einem sexuellen Trauma schwerer betroffen sind.

Insgesamt berichtete ein hoher Anteil an Patienten in unserer Stichprobe, ein sexuelles Trauma erlebt zu haben (23,1%), während der Anteil in der Allgemeinbevölkerung bei 13% der Frauen und 5% der Männer liegt (Stein et al., 2000). Hierunter fallen sexueller Missbrauch als Kind und eine Vergewaltigung. Frauen waren häufiger von einem sexuellen Trauma betroffen, 25,9% der Frauen berichteten von einem sexuellen Trauma, aber nur 10,5% der Männer. Von einem nonsexuellen Trauma hingegen waren Männer

häufiger betroffen (32,9% der Frauen und 38,8% der Männer, insgesamt 36,8%).

Die Hypothese, dass sexuell traumatisierte Patienten mit somatoformer Störung, stärker von der somatoformen Symptomatik und häufiger von Angsterkrankungen und Depressionen betroffen sind, konnte nicht bestätigt werden (siehe Tabelle 14). So wiesen Patienten mit einem sexuellen Trauma keine höheren PHQ-15-Werte auf als die Patienten, die von einem nonsexuellen Trauma berichteten. Auch waren sie nicht häufiger von Angsterkrankungen betroffen.

Diese Ergebnisse widersprechen aktuellen Studien, dass sexuell traumatisierte Patienten signifikant mehr körperliche Symptome berichten als Patienten mit nonsexuellem Trauma oder gar keinem traumatischen Erlebnis (Sack et al., 2007; Sack et al., 2010, Stein et al., 2004). Einschränkend muss man zu unseren Ergebnissen sagen, dass die Zahl an sexuell traumatisierten Studienteilnehmern relativ gering war und sich unter Umständen aus diesem Grund die Ergebnisse aus vorherigen Studien nicht bestätigen lassen. Des Weiteren könnte auch hier die eingeschränkte Varianz eine Rolle spielen, da alle Patienten in der Stichprobe hohe PHQ-15-Scores aufweisen. Zur weiteren Erforschung des Zusammenhangs zwischen sexuellen Traumata und somatoformen Beschwerden wäre eine Stichprobe notwendig, in der alle Patienten in der Hausarztpraxis einbezogen werden. Auch bezüglich des Auftretens von Angsterkrankungen und Depressionen bei Patienten mit sexueller Traumatisierung finden sich in Studien Hinweise, dass sie schwerer betroffen sind als Patienten ohne sexuelle Traumatisierung. Bei Patienten im spezialisierten Setting einer ambulanten Klinik für psychische Erkrankungen, berichteten 18% der Männer und 59% der Frauen von sexueller Gewalt. Sie waren signifikant häufiger von depressiven Erkrankungen und Angststörungen betroffen (Hutchings und Dutton, 1997) als die Patienten, die kein sexuelles Trauma erlebt hatten. Vergleicht man das Vorliegen einer sexuellen Traumatisierung bei Patienten mit Somatisierungsstörung und bei Patienten mit einer depressiven Erkrankung, zeigt sich, dass Patienten mit Somatisierungsstörung signifikant häufiger von Kindesmissbrauch berichten als Patienten mit einer depressiven Erkrankung (Spitzer et al., 2008). Zu diesem Ergebnis kam auch Morrison, als er Patienten mit Somatisierungsstörung und affektiven Erkrankungen hinsichtlich ihrer sexuellen Traumaerfahrungen verglich. Bei den Patienten mit Somatisierungsstörung waren es 55%, bei den Patienten mit einer affektiven Störung 16% (Morrison et al.,

1989), die sexuelle Gewalt erlebt hatten.

Es zeigte sich also sowohl in unserer als auch in anderen Studien, dass somatoforme Störungen bei Patienten mit sexuellen Traumata eine häufige Folgeerkrankung darstellen. Da sich Patienten mit somatoformen Störungen häufig in hausärztlicher Betreuung befinden, spielen sexuelle Traumata auch in der Hausarztpraxis eine große Rolle. Sexuelle Traumata sind mit schweren Folgen für die Opfer verbunden, denn es zeigte sich, dass Patienten mit sexuellem Trauma signifikant häufiger an einer PTBS erkranken. Die Hälfte der Opfer von sexueller Gewalt in unserer Stichprobe hatten die lifetime Diagnose einer PTBS (siehe Tabelle 15). Dies passt zu der Erkenntnis von Kessler (1995), dass eine Vergewaltigung mit dem höchstem Risiko behaftet ist, eine PTBS zu entwickeln. Auch die aktuelle S3-Leitlinie weist der Vergewaltigung die höchste Rate an PTBS zu (50%) (Flatten et al., 2011).

Hausärzte müssen also sensibilisiert sein für dieses Thema und auch bei Frauen, die vordergründig mit körperlichen Beschwerden deren Rat suchen, an die Möglichkeit eines sexuellen Traumas denken, denn nur 5% der Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, sprechen darüber mit dem Hausarzt (Lechner et al., 1993).

Um die Frage zu klären, ob Patienten mit einer somatoformen Störung, die ein sexuelles Trauma erlebt haben, verstärkt unter den Symptomen leiden und andere Komorbiditätsmuster aufweisen als Patienten, die ein nonsexuelles Trauma erlebt haben, wäre weiterführende Forschung notwendig, die eine inhomogenere Stichprobe und eine größere Zahl an Patienten mit sexuellen Traumata aufweist.

4.3 Limitationen/ methodische Einschränkungen

Im folgenden Abschnitt sollen die Erhebung der Daten und die Ergebnisse meiner Dissertation kritisch betrachtet werden.

Die Daten von 1756 Patienten aus verschiedenen Hamburger Stadtteilen wurden im Rahmen der groß angelegten Sofu-Net Studie erhoben. So wurden Selektionseffekte aufgrund von stadtteiltypischen soziodemographischen Bedingungen verhindert. Um zu gewährleisten, dass alle Patienten angesprochen wurden, befanden sich der Größe der

Praxis angepasst ein bis zwei Studienmitarbeiter in der Praxis. Zudem wurden für das Screening die Selbstauskunftfragebögen PHQ-15, PHQ-9 und der GAD-7 verwendet. So war es möglich die hohe Zahl an Studienteilnehmern zu erfassen. Die PHQ-Fragebögen weisen gute Testgütekriterien auf (Kroenke et al., 2001; Löwe et al., 2008; Spitzer et al., 2006; Van Ravensteijn et al., 2009; Williams et al., 2002). Mittels PHQ-15 ist zwar keine klinische Diagnose möglich, doch ein hoher Score im PHQ-15 deutet auf das Vorliegen einer somatoformen Störung hin (Körper et al., 2011). Als nachteilig am PHQ-15 muss bemerkt werden, dass er nicht zwischen körperlich bedingten Symptomen und medizinisch nicht erklärbaren Symptomen unterscheiden kann (Körper et al., 2011). Kritisch ist anzumerken, dass durch die Einschlusskriterien in die Studie mittels PHQ (PHQ15>15, bzw. >10 bei zusätzlichen ängstlichen oder depressiven Symptomen) gewisse Patienten mit somatoformen Störungen, zum Beispiel mit einem Schmerzsyndrom, übersehen worden sein können. Über diese Patienten konnte somit keine Aussage getroffen werden. Zudem führen die Einschlusskriterien zu einer Varianzeinschränkung der Stichprobe, da nur Patienten mit einem hohen Score im PHQ15 betrachtet werden.

Bei einem positiven Screeningergebnis folgte ein standardisiertes, strukturiertes und computergestütztes Telefoninterview. Dies ermöglicht eine Diagnose nach ICD-10-Kriterien, welches eine Stärke der vorliegenden Arbeit darstellt. Dem CIDI werden gute Testgütekriterien bescheinigt, (Andrews und Peters, 1998; Wittchen et al., 1994). Hier ist an der Methodik der vorliegenden Dissertation zu kritisieren, dass nur lifetime-Diagnosen von somatoformen Störungen, Depressionen, Angststörungen und PTBS betrachtet werden und keine Aussage über den Zeitpunkt des Auftretens gemacht wird. So kann es sein, dass die angenommenen Komorbiditäten nicht tatsächlich komorbid aufgetreten sind. Präziser wäre es gewesen, nur Patienten mit aktueller Diagnose in die Untersuchungen einzuschließen. Die Teilnahmequote am Telefoninterview betrug 48,7%, sie schränkt die Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse ein. Eine höhere Quote wäre wünschenswert gewesen. Abschreckend wirkte auf einige Teilnehmer die durchschnittliche Interviewdauer von zwei Stunden, zudem der Verlust der Anonymität im Telefoninterview. Aufgrund der eingeschränkten Erreichbarkeit der überwiegenden Zahl der Teilnehmer abends und am Wochenende war die durchschnittliche Zeit zwischen Screening und Durchführung des Interviews mit 66 Tagen relativ lang, was auf die Teilnehmerquote ebenfalls einen negativen Einfluss gehabt haben könnte.

Zudem könnte das lange Zeitintervall zu einer zwischenzeitlichen Veränderung der fluktuierenden Symptomatik geführt haben. Wir können außerdem keine Aussage darüber treffen, ob die Patienten, die abgelehnt haben, am Screening oder am Telefoninterview teilzunehmen, sich in ihren Eigenschaften von den anderen unterscheiden.

In den einzelnen Fragestellungen hätten Unterschiede deutlicher werden können, wenn nicht nur die Patienten mit somatoformen Störungen betrachtet worden wären, so kam es zu einer eingeschränkten Varianz. Zudem war die Stichprobe für Fragestellung 3 zu klein, Unterschiede konnten nicht signifikant werden. Wünschenswert bezüglich der Fragestellungen zur PTBS wäre es gewesen, in der Auswertung zwischen Patienten, die ein Trauma erlebt haben, jedoch keine PTBS entwickelt haben und denen, die gar kein Trauma erlebt haben, differenzieren zu können. Für solche Berechnung war die Stichprobe jedoch ebenfalls nicht von ausreichender Größe.

4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit dem in der Hausarztpraxis häufig auftretendem Krankheitsbild der somatoformen Störungen. Die betroffenen Patienten sollten näher charakterisiert werden, in dem die Prävalenz traumatischer Erfahrungen erhoben sowie der Schweregrad der somatoformen Symptomatik und die Komorbiditätsstruktur mit Angststörungen und Depressionen untersucht wurde. Indem in dieser Dissertation Traumatisierung, somatoforme Störungen, Angsterkrankungen und Depressionen verknüpft werden, und diese Verknüpfungen im Setting der Hausarztpraxis betrachtet werden, führt sie weiter als bisherige Studien.

Insgesamt ließ sich in dieser Studie feststellen, dass Traumatisierungen und PTBS häufige Komorbiditäten bei Patienten mit somatoformen Störungen in der Hausarztpraxis darstellen. Es zeigte sich, dass Patienten mit somatoformer Störung und einer psychischen Traumatisierung eine besonders hohe Symptomlast bei somatoformen Störungen aufwiesen und dass Patienten mit einer komorbiden PTBS unter einer hohen Komorbidität mit Angststörungen litten. Außerdem wurde deutlich, dass ein sexuelles Trauma im Vergleich zu einem nonsexuellen Trauma mit einem signifikant höheren Risiko behaftet ist, eine PTBS zu entwickeln. Bezüglich der soziodemografischen

Faktoren zeigte sich, dass traumatisierte Studienteilnehmer signifikant seltener in einer Partnerschaft lebten und eine Tendenz zu einer weniger guten Schulbildung aufwiesen. Hier wäre es interessant, die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Psychotraumata, soziodemographischen Faktoren und somatoformen Störungen näher zu betrachten.

Wie einleitend erwähnt, litten die traumatisierte Patienten unter einer schwereren somatoformen Symptomatik. Das traumatische Erlebnis bestätigte sich jedoch nicht als signifikanter Prädiktor für somatoforme Beschwerden. Dass Patienten mit traumatischen Ereignissen unter schwereren körperlichen Symptomen leiden und eine höhere Prävalenz somatoformer Störungen aufweisen, ist auch Ergebnis anderer Studien. Diese Studie, die Patienten in der Hausarztpraxis untersucht, hebt jedoch die Relevanz dieser Komorbiditäten in der primärärztlichen Versorgung hervor.

Weiterhin bestätigte sich in der vorliegenden Arbeit der enge Zusammenhang zwischen somatoformen Störungen, PTBS und Angststörungen. Patienten mit einer komorbiden PTBS wiesen im hohen Maß auch andere Angststörungen auf und die PTBS stellt einen signifikanten Prädiktor mit einer mittleren Effektstärke für das Vorliegen einer Angststörung dar.

Zudem zeigte sich, dass Patienten mit einem sexuellem Trauma signifikant häufiger eine PTBS entwickelten und dass sexuelle Traumata bei Patienten mit somatoformen Störungen in der Hausarztpraxis eine hohe Prävalenz aufwiesen, Hausärzte also sensibilisiert sein müssen für dieses Thema. Denn gerade Patienten mit einer Vorgeschichte sexueller Gewalt berichten häufig nicht von ihren Erlebnissen, von einer Traumatherapie würden sie profitieren (Lechner et al., 1993).

Somatoforme Störungen, Traumatisierungen, Depressionen und Angststörungen sind also eng miteinander verknüpft. So sollten Hausärzte bei Patienten mit multiplen körperlichen Beschwerden oder einer Angststörung an die Möglichkeit einer, womöglich lang zurückliegenden, Traumatisierung oder PTBS denken und eine sorgfältige psychosoziale Anamnese durchführen. Denn eine ängstliche, oder auch depressive Symptomatik kann eine PTBS verdecken. Stehen bei Patienten die komorbiden Symptome im Vordergrund ist es wichtig, eine Traumatisierung oder PTBS zu erkennen, um den Patienten therapieren zu können. Denn bei primärer PTBS und

sekundärer Komorbidität kann es durch eine traumafokussierte Therapie auch zu einer Besserung der komorbiden Symptomatik kommen (Flatten et al., 2011). Weiterhin sollten die Diagnostik von traumatischen Ereignissen und PTBS in der Hausarztpraxis verbessert werden. Zu diesem Zweck könnte man, ähnlich wie im Sofu-Net-Projekt für somatoforme Störungen, evaluieren, ob Screening-Methoden sinnvoll wären, um die betroffenen Patienten im Verdachtsfall zu identifizieren und sie einer Psychotherapie zuzuführen.

In der weitergehenden Forschung wäre es zudem hilfreich, den Anteil an Patienten mit traumatischen Erfahrungen und PTBS in der Hausarztpraxis näher zu untersuchen, um die Prävalenzen besser einschätzen zu können. Bezüglich der Frage, ob sexuelle Traumata mit noch stärkeren somatoformen Symptomen und einer höheren Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen assoziiert sind, wären Studien mit einer größeren Stichprobe an sexuellen Traumata notwendig. Prospektive Studien zur Frage der Ätiologie von somatoformen Störungen bei Patienten mit traumatischen Erlebnissen wären interessant. Auch wäre es wichtig, die zeitliche Dimension mit einzubeziehen, um zu untersuchen, in welcher Phase des Lebens Traumata zu den gravierendsten Folgen führen und wie viel Zeit zwischen Traumatisierung und somatoformer Störung oder anderen Traumafolgeerkrankungen vergeht.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Organisch nicht hinreichend erklärbare Symptome und somatoforme und funktionelle Störungen sind ein weit verbreitetes Problem in der Hausarztpraxis und in der Allgemeinbevölkerung. Das Sofu-Net-Projekt, im Rahmen dessen diese Arbeit geschrieben wurde, hat zum Ziel, die Erkennung und die Versorgung der betroffenen Patienten zu verbessern.

Mit somatoformen Störungen eng verknüpft sind Angststörungen und Depressionen sowie traumatische Erlebnisse und PTBS. Die Patienten weisen hohe Komorbiditäten auf, zudem können sich Depressionen, Angststörungen und PTBS auch vorwiegend als körperliche Beschwerden äußern. Aufgrund der Verknüpfung dieser Erkrankungen hat diese Arbeit zum Ziel, die Bedeutung von traumatischen Erlebnissen für den Schweregrad von somatoformen Störungen sowie für die Komorbiditätsstruktur mit Angsterkrankungen und Depressionen zu untersuchen und herauszuarbeiten, ob Patienten mit einem sexuellen Trauma sich von Patienten mit nonsexuellem Trauma in ihrer Symptomatik unterscheiden.

Material und Methoden: Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Post-Erhebung der Sofunet-Studie von September bis Dezember 2012. Befragt wurden 1756 Patienten in 20 Hamburger Hausarztpraxen. Für die Arbeit ausgewertet wurden die Daten von 104 Patienten, die die Kriterien für eine somatoforme Störung erfüllten und die Angaben zum Erleben eines Traumas gemacht hatten.

Für die Auswertung erfolgten Rechnungen mit dem t-Test für unabhängige Stichproben, lineare Regressionsanalysen, der chi-Quadrat-Test, logistische Regressionsanalysen und die unifaktorielle Varianzanalyse.

Ergebnisse: 56,7% der Patienten gaben an, ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Sie haben einen mittleren PHQ-15 von 15,46 (*SD* 3,186), welcher signifikant höher ist als bei Patienten ohne traumatisches Ereignis (14,04, *SD* 3,662) ($t = 2,101, p = .038$). In der linearen Regression wird das Modell nicht signifikant, durch die Hinzunahme von soziodemographischen Variablen ist ein traumatisches Ereignis kein signifikanter Prädiktor für den Schweregrad der somatoformen Störung.

Patienten mit PTBS sind signifikant häufiger von Angststörungen betroffen ($\chi^2 = 6,628, p = .010$). Eine PTBS ist ein signifikanter Prädiktor ($p = .025$) für eine Angststörung. Patienten mit einer PTBS-Diagnose haben ein 4,8fach erhöhtes Risiko für eine Angststörung.

Patienten mit einem sexuellen Trauma leiden signifikant häufiger unter einer PTBS als Patienten mit einem nonsexuellen Trauma ($p < .001$).

Schlussfolgerung: Traumatische Erfahrungen und PTBS beeinflussen den Schweregrad von somatoformen Störungen sowie das Vorliegen einer komorbiden Angststörung. Bei Patienten in der Hausarztpraxis sind sie eine häufige Entität. Der Hausarzt muss geschult darin sein, traumatische Ereignisse bei Patienten mit somatoformen Beschwerden und PTBS-Symptome zu erkennen, um den Patienten eine adäquate Therapie zu ermöglichen.

6 Summary

Background: Medically unexplained symptoms and somatoform and functional disorders are a common problem in the general population and in primary care. The Sofu-Net-project aims to improve the recognition of these disorders in the general practitioner's office and the initiation of therapy.

Somatoform disorders are linked to depression, anxiety disorders, traumatic life events and PTSD. There is a high comorbidity between these disorders. Moreover, depression, anxiety disorders and PTSD can express themselves as bodily symptoms.

Because of the link between these disorders this work aims to investigate the significance of traumatic life events for the severity of somatoform symptoms as well as for the comorbidity with depression and anxiety disorders. Furthermore, it investigates the question whether sexually traumatized patients differ from nonsexually traumatized patients regarding their symptoms.

Methods: The data collection took place in 20 offices of general practitioners in Hamburg between September and December 2012. 1756 patients were questioned. The data provided by 104 patients who fulfilled the criteria for a somatoform disorder and answered the questions concerning traumatic life events were analysed for this work. For the statistical analysis independent samples t test, linear regression analysis, chi-square-test and univariate analysis were used.

Results: 56.7% of the patients stated to have experienced traumatic life events. They had a middle PHQ-15 of 15.46 (*SD* 3.186) which was significantly higher in comparison to those without a traumatic life event (14.04, *SD* 3.662) ($t = 21.01$, $p = .038$). Regarding linear regression the model is not significant. Therefore, a traumatic life event is no significant predictor for the severity of a somatoform disorder.

Patients with PTSD suffer significantly more frequent from anxiety disorders ($\chi^2 = 6.628$, $p = .010$). Hence, PTSD is a significant predictor ($p = .025$) and patients with PTSD-diagnosis have a 4.8 increased risk for an anxiety disorder.

Patients with a sexual trauma suffer significantly more often from PTSD compared to patients those without ($p < .001$).

Conclusion: There is a link between traumatic life events and PTSD with anxiety disorders and the severity of somatoform disorders. For patients of general practitioners they are a frequent entity. The general practitioner needs to be trained in recognizing

traumatic life events and PTSD-symptoms in patients with somatoform symptoms to enable an adequate therapy for these patients.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| ADAMHA | Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration |
| ANOVA | Analysis of variance |
| APA | American Psychiatric Association |
| BMBF | Bundesministeriums für Bildung und Forschung |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| GAD-7 | Generalized Anxiety Disorder-7 |
| MUS | Medically unexplained symptoms |
| PHQ | Patient health questionnaire |
| SOMS | Screening für Somatoforme Störungen |
| Sofu-Net | Netzwerk für somatoforme und funktionelle Störungen |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| WHO | World Health Organization |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 Entstehung der Stichprobe..... | 37 |
| Abbildung 2: PHQ-15-Mittelwerte bei sexuellem Trauma, nonsexuellem Trauma, keinem Trauma | 49 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Gekürzte Diagnosekriterien des ICD-10 | 4 |
| Tabelle 2 Klassifikation von Traumata nach Maercker (1998)..... | 14 |
| Tabelle 3: Klassifikation von Traumata nach Maercker et al. (1998)..... | 15 |
| Tabelle 4: Einteilung des PHQ-9..... | 30 |
| Tabelle 5: Grenzwerte des PHQ-15..... | 31 |
| Tabelle 6: Statistische Verfahren..... | 35 |
| Tabelle 7: Eigenschaften der Stichprobe | 39 |
| Tabelle 8: Anteil der Patienten, die ein Trauma berichten | 40 |
| Tabelle 9: Häufigkeit der Traumata..... | 41 |
| Tabelle 10: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalyse für den Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable Trauma und der abhängigen Variable somatische Beschwerden..... | 43 |
| Tabelle 11: Komorbiditätsstruktur im statistischen Vergleich | 46 |
| Tabelle 12: Logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable PTBS und der abhängigen Variable Komorbidität Angst und /oder Depression..... | 47 |
| Tabelle 13: Logistische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variable PTBS und der abhängigen Variable Komorbidität Angst | 48 |
| Tabelle 14: Häufigkeiten von komorbiden Angststörungen und depressiven Erkrankungen..... | 50 |
| Tabelle 15: PTBS-Diagnose nach Trauma | 50 |

Literaturverzeichnis

Abbass, A.; Kisely, S.; Kroenke, K. (2009): Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 78 (5), S. 265–274. DOI: 10.1159/000228247.

Afari, N.; Ahumada, S M.; Wright, L. J.; Mostoufi, S.; Golnari, G.; Reis, V.; Cuneo, J. G. (2014): Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. In: *Psychosomatic medicine* 76 (1), S. 2–11. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000010.

Aiarzaguena, J. M.; Grandes, G.; Gaminde, I.; Salazar, A.; Sánchez, A.; Ariño, J. (2007): A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. In: *Psychological medicine* 37 (2), S. 283–294. DOI: 10.1017/S0033291706009536.

Aiarzaguena, J. M.; Grandes, G.; Salazar, A.; Gaminde, I.; Sánchez, A. (2008): The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. In: *Scandinavian journal of primary health care* 26 (2), S. 99–105. DOI: 10.1080/02813430802048662.

American Psychiatric Association (1980): DSM III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1998): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV ; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96. 4. ed., 7. print. Washington, DC.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington D:C.: American Psychiatric Publishing. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1811753>.

Anda, R. F.; Felitti, V. J.; Bremner, J. D.; Walker, J. D.; Whitfield, C.; Perry, B. D. et al. (2006): The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 256 (3), S. 174–186. DOI: 10.1007/s00406-005-0624-4.

- Andreski, P.; Chilcoat, H.; Breslau, N. (1998): Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. In: *Psychiatry research* 79 (2), S. 131–138.
- Andrews, G.; Peters, L. (1998): The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 33 (2), S. 80–88.
- Assion, H. J.; Brune, N.; Schmidt, N.; Aubel, T.; Edel, M. A.; Basilowski, M. et al. (2009): Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44 (12), S. 1041–1049. DOI: 10.1007/s00127-009-0029-1.
- Banyard, V. L.; Williams, L. M.; Siegel, J. A. (2001): The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. In: *Journal of traumatic stress* 14 (4), S. 697–715. DOI: 10.1023/A:1013085904337.
- Barsky, A. J. (1992): Amplification, somatization, and the somatoform disorders. In: *Psychosomatics* 33 (1), S. 28–34. DOI: 10.1016/S0033-3182(92)72018-0.
- Barsky, A. J.; Delamater, B. A.; Orav, J. E. (1999): Panic Disorder Patients and Their Medical Care. In: *Psychosomatics* 40 (1), S. 50–56. DOI: 10.1016/S0033-3182(99)71271-5.
- Bernardy, K.; Füber, N.; Klose, P.; Häuser, W. (2011): Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome--a systematic review and meta-analysis of controlled trials. In: *BMC musculoskeletal disorders* 12, S. 133. DOI: 10.1186/1471-2474-12-133.
- Bohn, D.; Bernardy, K.; Wolfe, F.; Häuser, W. (2013): The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a single-center cohort study. In: *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)* 14 (3), S. 342–358. DOI: 10.1080/15299732.2012.736930.
- Breslau, N. (2002): Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 47 (10), S. 923–929.

- Breslau, N.; Davis, G. C.; Andreski, P.; Peterson, E. (1991): Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. In: *Archives of general psychiatry* 48 (3), S. 216–222.
- Breslau, N.; Kessler, R. C.; Chilcoat, H. D.; Schultz, L. R.; Davis, G. C.; Andreski, P. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. In: *Archives of general psychiatry* 55 (7), S. 626–632.
- Breslau, N.; Peterson, E. L.; Kessler, R. C.; Schultz, L. R. (1999): Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. In: *The American journal of psychiatry* 156 (6), S. 908–911.
- Breuer, J.; Freud, S.; Mentzos, S. (2011): Studien über Hysterie. 7., unveränd. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl. (Fischer Psychologie, 10446).
- Bridges, K. W.; Goldberg, D. P. (1985): Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. In: *Journal of psychosomatic research* 29 (6), S. 563–569. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90064-9.
- Bruce, S. E.; Weisberg, R. B.; Dolan, R. T.; Machan, J. T.; Kessler, R. C.; Manchester, G. et al. (2001): Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care Patients. In: *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry* 3 (5), S. 211–217.
- Charcot, J. M. (1887): Lecons sur le maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. Paris: Delahye& Lecrosnie.
- Creed, F.; Barsky, A. J. (2004): A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. In: *Journal of psychosomatic research* 56 (4), S. 391–408. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00622-6.
- Da Costa, J. M. (1951): On irritable heart. In: *The American journal of medicine* 11 (5), S. 559–567. DOI: 10.1016/0002-9343(51)90038-1.
- Davidson, J. R.; Connor, K. M. (1999): Management of posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. In: *The Journal of clinical psychiatry* 60 Suppl 18, S. 33–38.
- Diehl, J. M.; Staufenbiel, T. (2007): Statistik mit SPSS für Windows. Version 15. 1. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.
- Dilling, H.; Schulte-Markwort, E. (Hg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien.

Weltgesundheitsorganisation. 8., überarb. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011. Bern: Huber.

Dowrick, C. F.; Ring, A.; Humphris, G. M.; Salmon, P. (2004): Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 54 (500), S. 165–170.

Dreyer, L.; Kendall, S.; Dannekiold-Samsøe, B.; Bartels, E. M.; Bliddal, H. (2010): Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. In: *Arthritis and rheumatism* 62 (10), S. 3101–3108. DOI: 10.1002/art.27623.

Ebel H, Podoll K. (1998): Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Edlund, M J.; Unützer, J.; Wells, Kenneth B. (2004): Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care: results from healthcare for communities. In: *Medical care* 42 (12), S. 1158–1166.

Escobar, J. I.; Rubio-Stipec, M.; Canino, G.; Karno, M. (1989): Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. In: *The Journal of nervous and mental disease* 177 (3), S. 140–146.

Essau, C. A.; Conradt, J.; Petermann, F. (1999): Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 27 (1), S. 37–45. DOI: 10.1024//1422-4917.27.1.37.

Fabisch, A.B., Wiborg, J.F., Lautenbach, A., Voigt, K., & Löwe, B. (2012): Wenn die Seele krank macht: Das Netzwerk für somatoforme Störungen - Sofu-Net arbeitet fachübergreifend und hilft Patienten damit noch schneller. In: *Arzt und Krankenhaus*, S. 338–340.

Felker, B. L.; Hedrick, S. C.; Chaney, E. F.; Liu, C. F.; Heagerty, P.; Caples, H. et al. (2003): Identifying Depressed Patients With a High Risk of Comorbid Anxiety in Primary Care. In: *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry* 5 (3), S. 104–110.

Field, A. (2011): *Discovering statistics using SPSS. (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. 3. ed., reprinted. Los Angeles, Calif.: Sage. Online verfügbar unter <http://www.uk.sagepub.com/field3e/main.htm>.

Fischer, G.; Riedesser, P. (1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Mit 20 Tabellen. 2. Aufl. München: Reinhardt (UTB für Wissenschaft). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8252-8165-6>.

Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Knaevelsrud, Ch.; Lampe, A.; Liebermann, P. Reddemann L, Wöller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html>, zuletzt aktualisiert am 02.11.2015.

Freud, S. (1921): *Jenseits des Lustprinzips*. Hg. v. Sigmund Freud. Internationaler psychoanalytischer Verlag. Leipzig, Wien, Zürich (Beihefte der internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse). Online verfügbar unter <http://www.gutenberg.org/files/28220/28220-h/28220-h.htm>, zuletzt geprüft am 14.02.2016.

Gillock, K L.; Zayfert, C.; Hegel, M. T.; Ferguson, R. J. (2005): Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. In: *General Hospital Psychiatry* 27 (6), S. 392–399. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2005.06.004.

Glaesmer, H. (2014): Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47 (3), S. 194–201. DOI: 10.1007/s00391-014-0624-y.

Glaesmer, H.; Kaiser, M.; Brähler, E.; Freyberger, H. J.; Kuwert, P. (2012): Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - a German community-based study. In: *Aging & mental health* 16 (4), S. 403–412. DOI: 10.1080/13607863.2011.615740.

Gräfe, K.; Zipfel, S.; Herzog, W.; Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. In: *Diagnostica* 50 (4), S. 171–181. DOI: 10.1026/0012-1924.50.4.171.

Green, L. A.; Fryer, G. E.; Yawn, B. P.; Lanier, D.; Dovey, S. M. (2001): The ecology of medical care revisited. In: *The New England journal of medicine* 344 (26), S. 2021–2025. DOI: 10.1056/NEJM200106283442611.

Groß, B. (2014): Somatoforme Störungen bei Hausarztpatienten: Komorbiditätsmuster mit Angsterkrankungen und depressiven Störungen sowie der Zusammenhang mit einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit. DKPM. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik, 20.03.2014.

Hanel, G.; Henningsen, P.; Herzog, W.; Sauer, N.; Schaefert, R.; Szecsenyi, J.; Löwe, 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. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013.

Härter, M.; Kentgens, M.; Brandes, A.; Bock, T.; Dirmaier, J.; Erzberger, M. et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 262 Suppl 2, S. S57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.

Hauffa R, Rief W, Brähler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H. (2011): Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. In: *J Nerv Ment Dis.* 2011 Dec;199(12):934-9.

Hausteiner-Wiehle, C.; Schäfer, R.; Häuser, W.; Herrmann, M.; Ronel, J.; Sattel, H.; Henningsen, P. (2012): S3- Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>, zuletzt geprüft am 02.11.2015.

Heijmans, M.; olde Hartman, T. C.; van Weel-Baumgarten, E.; Dowrick, C.; Lucassen, P. B..JL.; van Weel, C. (2011): Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. In: *Family practice* 28 (4), S. 444–455. DOI: 10.1093/fampra/cmr004.

Heinrich, T. W. (2004): Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. In: *WMJ : official publication of the State Medical Society of Wisconsin* 103 (6), S. 83–87.

- Henningsen, P.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2007): Management of functional somatic syndromes. In: *The Lancet* 369 (9565), S. 946–955. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60159-7.
- Herrmann, M. (2006): Der Hausarzt, sein Patient und die unspezifischen Beschwerden - Erkenntnis durch Beziehungsarbeit. In: *Z Allg Med* 82 (5), S. 214–218. DOI: 10.1055/s-2006-933411.
- Heuft, G. (1993): Psychoanalytische Gerontopsychosomatik--Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 43 (2), S. 46–54.
- Heuft, G.; Kruse, A.; Radebold, H. (2006): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie ; 15 Tabellen. 2., überarb. und erw. Aufl. München: Reinhardt (UTB Medizin, Psychotherapie, Gesundheitswissenschaften, 8201). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-497-01795-9>.
- Hiller, W. (2014): Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie Thema: Somatoforme Störung. Online verfügbar unter http://klinischepsychologie-mainz.de/downloads/materialien/script_sfd.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.2016.
- Hiller, W.; Rief, W.: Was sind somatoforme Störungen? Diagnose, Modelle und Instrumente Psychotherapie 2. Jahrg. 1997, Bd. 2, Heft. 2 © CIP-Medien, München.
- Hiller, W.; Rief, W. (2007): Was sind somatoforme Störungen? In: *Psychotherapie 2. Jahrg. 1997, Bd. 2, Heft. 2*.
- Hiller, W.; Rief, W.; Brähler, E. (2006): Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 41 (9), S. 704–712. DOI: 10.1007/s00127-006-0082-y.
- Hirohata, S.; Konishi, T.; Shirakawa, M.; Asakawa, C.; Morita, N.; Nakatani, Y. (2002): [Posttraumatic stress disorder in victims of sexual assault--related to depression or physical symptoms]. In: *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica* 104 (6), S. 529–550.
- Hutchings, P. S.; Dutton, M. A. (1997): Symptom severity and diagnoses related to sexual assault history. In: *Journal of anxiety disorders* 11 (6), S. 607–618.

- Ilgen, M. A.; Zivin, K.; McCammon, R. J.; Valenstein, M. (2008): Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. In: *General Hospital Psychiatry* 30 (6), S. 521–527. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.09.003.
- Imbierowicz, K.; Egle, U. T. (2003): Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. In: *European journal of pain (London, England)* 7 (2), S. 113–119. DOI: 10.1016/S1090-3801(02)00072-1.
- Jackson, J. L.; Kroenke, K. (2001): The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. In: *Annals of internal medicine* 134 (9 Pt 2), S. 889–897.
- Jacobi, F.; Wittchen, H-U; Holting, C.; Höfler, M.; Pfister, H.; Müller, 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. DOI: 10.1017/S0033291703001399.
- Janca, A.; Tacchini, G.; Isaac, M. (1999): WHO International Study of Somatoform Disorders: An Overview of Methods and Preliminary Results. In: Y. Ono, Burkard Jaeger, M. Asai und N. Sartorius (Hg.): *Somatoform Disorders*. Tokyo: Springer Japan, S. 125–131.
- Karow, A.; Bock, T.; Daubmann, A.; Meigel-Schleiff, C.; Lange, B.; Lange, M. et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. In: *Psychiatrische Praxis* 41 (5), S. 266–273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Kessler, R. C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C. B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Archives of general psychiatry* 52 (12), S. 1048–1060.
- Khan, A. A.; Khan, A.; Harezlak, J.; Tu, W.; Kroenke, K. (2003): Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. In: *Psychosomatics* 44 (6), S. 471–478. DOI: 10.1176/appi.psy.44.6.471.
- Kirmayer, L. J.; Robbins, J. M. (1991): Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. In: *The Journal of nervous and mental disease* 179 (11), S. 647–655.

- Kleinstäuber, M.; Witthöft, M.; Hiller, W. (2011): Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 31 (1), S. 146–160. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.001.
- Körber, 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. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2011.01.006.
- Kroenke, K. (2001): Studying symptoms: sampling and measurement issues. In: *Annals of internal medicine* 134 (9 Pt 2), S. 844–853.
- Kroenke, K. (2007): Anxiety Disorders in Primary Care. Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. In: *Ann Intern Med* 146 (5), S. 317. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.
- Kroenke, K. (2007): Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders. A Review of Randomized Controlled Trials. In: *Psychosomatic medicine* 69 (9), S. 881–888. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31815b00c4.
- Kroenke, K.; Mangelsdorff, A. D. (1989): Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. In: *The American journal of medicine* 86 (3), S. 262–266.
- Kroenke, K.; Price, R. K. (1993): Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. In: *Archives of internal medicine* 153 (21), S. 2474–2480.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B.; Linzer, M.; Hahn, S. R.; deGruy, F. V.; Brody, D. (1994): Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. In: *Archives of family medicine* 3 (9), S. 774–779.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. (2001): The PHQ-9. In: *J Gen Intern Med* 16 (9), S. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Löwe, B. (2010): The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. In: *General Hospital Psychiatry* 32 (4), S. 345–359. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.

- Kuwert, P.; Brähler, E.; Freyberger, H. J.; Glaesmer, H. (2012): More than 60 years later: the mediating role of trauma and posttraumatic stress disorder for the association of forced displacement in world war II with somatization in old age. In: *The Journal of nervous and mental disease* 200 (10), S. 911–914. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31826ba129.
- Kuwert, P.; Hornung, S.; Freyberger, H.; Glaesmer, H.; Klauer, T. (2015): Trauma und posttraumatische Belastungssymptome bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. In: *Der Nervenarzt* 86 (7), S. 807–817. DOI: 10.1007/s00115-014-4236-y.
- Lahmann, C.; Henningsen, P.; Dinkel, A. (2010): Somatoforme und funktionelle Störungen. In: *Der Nervenarzt* 81 (11), S. 1383-94; quiz 1395. DOI: 10.1007/s00115-010-3056-y.
- Lechner, M. E.; Vogel, M. E.; Garcia-Shelton, L. M.; Leichter, J. L.; Steibel, K. R. (1993): Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. In: *The Journal of family practice* 36 (6), S. 633–638.
- Leserman, J.; Drossman, D. A.; Li, Z.; Toomey, T. C.; Nachman, G.; Glogau, L. (1996): Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. In: *Psychosomatic medicine* 58 (1), S. 4–15.
- Lieb, R.; Meinlschmidt, G.; Araya, R. (2007): Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. In: *Psychosomatic medicine* 69 (9), S. 860–863. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31815b0103.
- Liebschutz, J.; Saitz, R.; Brower, V.; Keane, T. M.; Lloyd-Travaglini, C.; Averbuch, T.; Samet, J. H. (2007): PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. In: *Journal of general internal medicine* 22 (6), S. 719–726. DOI: 10.1007/s11606-007-0161-0.
- Lipowski, Z. J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. In: *The American journal of psychiatry* 145 (11), S. 1358–1368.
- Locke, G. Richard; Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. W.; Mussell, Monika; Rose, Matthias et al. (2011): Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in primary care patients: cross-sectional criterion standard study. In: *The Journal of clinical psychiatry* 72 (3), S. 304–312. DOI: 10.4088/JCP.09m05290blu.

Löwe, B. (2000): Somatoforme Störungen: Zur Diagnostik, Ätiologie und Therapie eines heterogenen Krankheitsbildes. In: *Z.Allg.Med.*;76;, S. 122–126.

Löwe, B.; Decker, O.; Müller, S.; Brähler, E.; Schellberg, D.; Herzog, W.; Herzberg, P. Y. (2008): Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. In: *Medical care* 46 (3), S. 266–274. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318160d093.

Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; 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. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.01.001.

Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W.: Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Karlsruhe: Pfizer, 2002. In: 2. Auflage. Karlsruhe: Pfizer, 2002.

Maercker, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungen bei Opfern politischer Gewalt. Lengerich: Pabst.

Maercker, A. (2003): Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In: A. Maercker (Hg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 3–35.

Maercker, A. (Hg.) (2003): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Maercker, A.; Forstmeier, S.; Wagner, B.; Glaesmer, H.; Brähler, E. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. In: *Der Nervenarzt* 79 (5), S. 577–586. DOI: 10.1007/s00115-008-2467-5.

Maier, W.; Falkai, P. (1999): The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. In: *International clinical psychopharmacology* 14 Suppl 2, S. S1-6.

Marple, R. L.; Kroenke, K.; Lucey, C. R.; Wilder, J.; Lucas, C. A. (1997): Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome. In: *Archives of internal medicine* 157 (13), S. 1482–1488.

- Mayou, R.; Kirmayer, L. J.; Simon, G.; Kroenke, K.; Sharpe, M. (2005): Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. In: *The American journal of psychiatry* 162 (5), S. 847–855. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.847.
- McEwen, B. S. (2007): Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. In: *Physiological reviews* 87 (3), S. 873–904. DOI: 10.1152/physrev.00041.2006.
- MENNINGER, W. C. (1947): Psychosomatic medicine; somatization reactions. In: *Psychosomatic medicine* 9 (2), S. 92–97.
- Mergl, R.; Seidscheck, I.; Allgaier, A-K; Möller, H-J; Hegerl, U.; Henkel, V. (2007): Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. In: *Depression and anxiety* 24 (3), S. 185–195. DOI: 10.1002/da.20192.
- Meyer, C.; Rumpf, H. J.; Hapke, U.; Dilling, H.; John, U. (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. In: *Der Nervenarzt* 71 (7), S. 535–542.
- Morrison, J. (1989): Childhood sexual histories of women with somatization disorder. In: *The American journal of psychiatry* 146 (2), S. 239–241.
- Myers, C. S. (1940): Shell-Shock in France 1914-1918. In: *Cambridge University Press*.
- Näring, G.; Nijenhuis, E. R. S. (2005): Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. In: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 39 (11-12), S. 982–988. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01701.x.
- Neumeister A., Czermak C. (2009): Umgang mit dem Trauma. In: *psychopraxis Vol. 12 - Issue 6 - 2009 - pp. 22-26*.
- Nimnuan, C.; Rabe-Hesketh, S.; Wessely, S.; Hotopf, M. (2001): How many functional somatic syndromes? In: *Journal of psychosomatic research* 51 (4), S. 549–557.
- Noll-Hussong, M.; Glaesmer, H.; Herberger, S.; Bernardy, K.; Schönfeldt-Lecuona, C.; Lukas, A. et al. (2012): The grapes of war. Somatoform pain disorder and history of early war traumatization in older people. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (5), S. 404–410. DOI: 10.1007/s00391-012-0303-9.

Noll-Hussong, M.; Otti, A.; Laeer, L.; Wohlschlaeger, A.; Zimmer, C.; Lahmann, C. et al. (2010): Aftermath of sexual abuse history on adult patients suffering from chronic functional pain syndromes: an fMRI pilot study. In: *Journal of psychosomatic research* 68 (5), S. 483–487. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.020.

olde Hartman, T. C.; Borghuis, M. S.; Lucassen, P. B. J.L.; van de Laar, F. A.; Speckens, A. E.; van Weel, C. (2009): Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis. Course and prognosis. A systematic review. In: *Journal of psychosomatic research* 66 (5), S. 363–377. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.09.018.

Ono, Y.; Jaeger, Burkard; Asai, M.; Sartorius, N. (Hg.) (1999): Somatoform Disorders. Tokyo: Springer Japan.

Oppenheim, A. (1889): Die traumatischen Neurosen. Berlin: Hirschwald.

Perkonigg, A.; Kessler, R. C.; Storz, S.; Wittchen, H. U. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 101 (1), S. 46–59.

Peters, L.; Andrews, G.; Cottler, L. B.; Chatterij, S.; Janca, A.; SMEETS, R. M. W.O.B. (1996): THE COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER MODULE. PRELIMINARY DATA. In: *Int. J. Method. Psychiat. Res.* 6 (3), S. 167–174. DOI: 10.1002/(SICI)1234-988X(199610)6:3<167::AID-MPR159>3.3.CO;2-Z.

Petersen, I.; Thomas, J. M.; Hamilton, W. T.; White, P. D. (2006): Risk and predictors of fatigue after infectious mononucleosis in a large primary-care cohort. In: *QJM : monthly journal of the Association of Physicians* 99 (1), S. 49–55. DOI: 10.1093/qjmed/hci149.

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. S133-7.

Pribor, E. F.; Yutzy, S. H.; Dean, J. T.; Wetzel, R. D. (1993): Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. In: *The American journal of psychiatry* 150 (10), S. 1507–1511.

Price, C. (2007): Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery. In: *Complementary therapies in clinical practice* 13 (2), S. 116–128. DOI: 10.1016/j.ctcp.2006.08.004.

Quintana, M. I.; Mari, J. D. J.; Ribeiro, W. S.; Jorge, M. R.; Andreoli, S. B. (2012): Accuracy of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) for diagnosis of post-traumatic stress disorder according to DSM-IV criteria. In: *Cadernos de saúde pública* 28 (7), S. 1312–1318.

Rasch, Björn; Frieze, Malte; Hofmann, W.; Naumann, E. (2010): [Einfaktorielle Varianzanalyse, zweifaktorielle Varianzanalyse, Varianzanalyse mit Messwiederholung, Verfahren für Rangdaten, Verfahren für Nominaldaten]. Mit 61 Tabellen. 3., erw. Aufl. Berlin: Springer (Quantitative Methoden, Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler ; Bd. 2).

Reicherzer, M.; Henrich, G.; Huber, D. (2008): Prävalenz traumatischer Lebensereignisse bei Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik – eine retrospektive Feldstudie. In: *Psychotherapie*, 13(2), 125-131.

Reid, S.; Wessely, S.; Crayford, T.; Hotopf, M. (2001): Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 322 (7289), S. 767.

Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (2005): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Online verfügbar unter <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/9783621275545.pdf>, zuletzt geprüft am 04.03.2016.

Richter-Appelt, H.; Tiefensee, J. (1996): Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Ausgewählte Ergebnisse der Hamburger Studie (Teil 1). In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 46 (11), S. 367–378.

Rief, W. (2007): Analyzing the Problems in Managing Patients with Medically Unexplained Symptoms. In: *J Gen Intern Med* 22 (5), S. 704–706. DOI: 10.1007/s11606-007-0151-2.

Rief, W.; Barsky, A. J. (2005): Psychobiological perspectives on somatoform disorders. In: *Psychoneuroendocrinology* 30 (10), S. 996–1002. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.018.

Rief, W.; Pilger, F.; Ihle, D.; Verkerk, R.; Scharpe, S.; Maes, M. (2004): Psychobiological Aspects of Somatoform Disorders. Contributions of Monoaminergic

Transmitter Systems. In: *Neuropsychobiology* 49 (1), S. 24–29. DOI: 10.1159/000075335.

Ronel, J.; Noll-Hussong, M.; Lahmann, C. (2008): Von der Hysterie zur F45.0. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 9 (03), S. 207–216. DOI: 10.1055/s-2008-1067473.

Rossa, B.; Breull, A. (2004): Somatoforme Störungen in der Allgemeinmedizin. In: *Z Allg Med* 80 (7), S. 281–288. DOI: 10.1055/s-2004-822799.

Sack, M.; Boroske-Leiner, K.; Lahmann, C. (2010): Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. In: *General Hospital Psychiatry* 32 (3), S. 315–320. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.01.002.

Sack, M.; Lahmann, C.; Jaeger, B.; Henningsen, P. (2007): Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? In: *The Journal of nervous and mental disease* 195 (11), S. 928–933. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181594846.

Saito, Yuri A.; Petersen, Gloria M.; Locke, G. Richard; Talley, Nicholas J. (2005): The Genetics of Irritable Bowel Syndrome. In: *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 3 (11), S. 1057–1065. DOI: 10.1016/S1542-3565(05)00184-9.

Schaefer, R.; Hausteiner-Wiehle, C.; Häuser, W.; Ronel, J.; Herrmann, M.; Henningsen, P. (2012): Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 109 (47), S. 803–813. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803.

Schnurr, P. P.; Green, B. L. (2004): Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. In: *Advances in mind-body medicine* 20 (1), S. 18–29.

Shedden-Mora, M.; Lau, K.; Kuby, A.; Groß, B.; Gladigau, M.; Fabisch, Al.; Löwe, B. (2015): Verbesserte Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen: Ein koordiniertes gestuftes Netzwerk (Sofu-Net). In: *Psychiatrische Praxis* 42 Suppl 1, S. S60-4. DOI: 10.1055/s-0034-1387690.

Smith, R. C.; Dwamena, F. C. (2007): Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. In: *Journal of general internal medicine* 22 (5), S. 685–691. DOI: 10.1007/s11606-006-0067-2.

- Spinhoven, P.; Penninx, B. W.; van Hemert, A. M.; Rooij, M. de; Elzinga, B. M. (2014): Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors. In: *Child abuse & neglect* 38 (8), S. 1320–1330. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.01.017.
- Spitzer, C.; Barnow, S.; Gau, K.; Freyberger, H. J.; Grabe, H. J. (2008): Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. In: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 42 (4), S. 335–341. DOI: 10.1080/00048670701881538.
- Spitzer, C.; Barnow, S.; Völzke, H.; John, U.; Freyberger, H. J.; Grabe, H. J. (2009): Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. In: *Psychosomatic medicine* 71 (9), S. 1012–1017. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5.
- Spitzer, R. L. (1999): Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD<SUBTITLE>The PHQ Primary Care Study</SUBTITLE>. In: *JAMA* 282 (18), S. 1737. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B. (2006): A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. In: *Archives of internal medicine* 166 (10), S. 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Stein, M. B.; Barrett-Connor, E. (2000): Sexual assault and physical health: findings from a population-based study of older adults. In: *Psychosomatic medicine* 62 (6), S. 838–843.
- Stein, Murray B.; Lang, Ariel J.; Laffaye, Charlene; Satz, Leslie E.; Lenox, Rebecca J.; Dresselhaus, Timothy R. (2004): Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. In: *General Hospital Psychiatry* 26 (3), S. 178–183. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2003.11.003.
- Stekel, W. (1908): *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Stone, J.; Wojcik, W.; Durrance, D.; Carson, A.; Lewis, S.; MacKenzie, L. et al. (2002): What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". In: *BMJ (Clinical research ed.)* 325 (7378), S. 1449–1450.

Stuart, S.; Noyes, R. (1999): Attachment and interpersonal communication in somatization. In: *Psychosomatics* 40 (1), S. 34–43. DOI: 10.1016/S0033-3182(99)71269-7.

SULLIVAN, PATRICK F.; EVENGRD, BIRGITTA; JACKS, ANDREAS; PEDERSEN, NANCY L. (2005): Twin analyses of chronic fatigue in a Swedish national sample. In: *Psychol. Med.* 35 (09), S. 1327. DOI: 10.1017/S0033291705005222.

Tagay, S. (2005): Traumatische Ereignisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung bei Patienten der Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik. Online verfügbar unter http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-13023/Tagay_Dissertation.pdf, zuletzt geprüft am 05.11.2015.

Tagay, S.; Repic, N.; Senf, W. (2013): Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. In: *Psychotherapeut* 58 (1), S. 44–55. DOI: 10.1007/s00278-011-0847-y.

Tiber Egle, U. (2000): Die somatoforme Schmerzstörung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (21).

Toft, T.; Fink, P.; Oernboel, E.; Christensen, K.; Frosthalm, 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.

van der Kolk, B. A. (1994): The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In: *Harvard review of psychiatry* 1 (5), S. 253–265.

van der Kolk, B. A.; Pelcovitz, D.; Roth, S.; Mandel, F. S.; McFarlane, A.; Herman, J. L. (1996): Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. In: *The American journal of psychiatry* 153 (7 Suppl), S. 83–93.

van Dessel, N.; den Boeft, M.; van der Wouden, J. C.; Kleinstäuber, M.; Leone, S. S.; Terluin, B. et al. (2014): Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 11, S. CD011142. DOI: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.

van Ravesteijn, H.; Wittkamp, K.; Lucassen, P.; van de Lisdonk, E.; van den Hoogen, H.; van Weert, H. et al. (2009): Detecting Somatoform Disorders in Primary Care With the PHQ-15. In: *The Annals of Family Medicine* 7 (3), S. 232–238. DOI: 10.1370/afm.985.

Waal, M. de; Arnold, I. A.; Eekhof, J. A. H.; van Hemert, M. (2004): Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 184, S. 470–476.

Wachen, J. S.; Shipherd, J. C.; Suvak, M.; Vogt, D.; King, Lynda A.; King, D. W. (2013): Posttraumatic stress symptomatology as a mediator of the relationship between warzone exposure and physical health symptoms in men and women. In: *Journal of traumatic stress* 26 (3), S. 319–328. DOI: 10.1002/jts.21818.

Walker, E. A.; Katon, W.; Russo, J.; Ciechanowski, P.; Newman, E.; Wagner, A. W. (2003): Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. In: *Archives of general psychiatry* 60 (4), S. 369–374. DOI: 10.1001/archpsyc.60.4.369.

Wendt, F. (2011): Begriffsgeschichte und Konzeptualisierung des psychischen Traumas. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie - Vol. 5 - Issue 1 - 2011 - pp. 3-11*.

Wiborg, J. F.; Gieseler, D.; Fabisch, A. B.; Voigt, K.; Lautenbach, A.; Löwe, B. (2013): Suicidality in Primary Care Patients With Somatoform Disorders. In: *Psychosomatic medicine* 75 (9), S. 800–806. DOI: 10.1097/PSY.000000000000013.

Williams, J. W.; Pignone, M.; Ramirez, G.; Perez Stellato, C. (2002): Identifying depression in primary care. A literature synthesis of case-finding instruments. In: *General Hospital Psychiatry* 24 (4), S. 225–237. DOI: 10.1016/S0163-8343(02)00195-0.

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. DOI: 10.1016/0022-3956(94)90036-1.

Wittchen, H.-U.; Gloster, A.; Beesdo, K.; Schönfeld, S.; Perkonig, A. (2009): Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. In: *CNS spectrums* 14 (1 Suppl 1), S. 5–12.

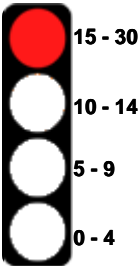
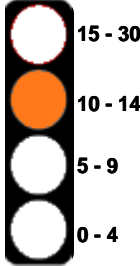
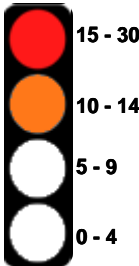
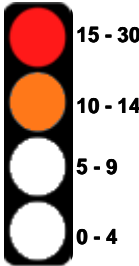
Wittchen, H.-U.; Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 44 (10), S. 993–1000. DOI: 10.1007/s001030100269.

Wolfe, F.; Hassett, A. L.; Walitt, B.; Michaud, K. (2011): Mortality in fibromyalgia: a study of 8,186 patients over thirty-five years. In: *Arthritis care & research* 63 (1), S. 94–101. DOI: 10.1002/acr.20301.

Zlotnick, C.; Johnson, J.; Kohn, R.; Vicente, B.; Rioseco, P.; Saldivia, S. (2006): Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. In: *Psychological medicine* 36 (11), S. 1523–1533. DOI: 10.1017/S0033291706008282.

A Informationen für den Hausarzt („Ampelschema“)

Behandlung im Rahmen des Sofu-Net möglich, **wenn 1. oder 2** zutrifft:

| | |
|---|---|
| <p>1. Schwere somatoforme Symptomatik (SOM rot)</p> | <p>2. Mittlere somatoforme Symptomatik mit Komorbidität (SOM orange + AN oder DEP rot/orange)</p> |
| <p>1. SOM</p>  <p>15 - 30 10 - 14 5 - 9 0 - 4</p> | <p>2. SOM</p>  <p>15 - 30 10 - 14 5 - 9 0 - 4</p> <p>und</p> <p>ANG oder DEP</p>  <p>15 - 30 10 - 14 5 - 9 0 - 4</p>  <p>15 - 30 10 - 14 5 - 9 0 - 4</p> |
| <p>Behandlungskonsequenz für alle Untergruppen:</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung des Patienten im SofuNet</p> <p><input type="checkbox"/> Überweisung an Netzwerkpartner</p> | |

Wenn somatoforme Symptomatik unauffällig, aber Patient bei Angst- oder Depressionssymptomatik rot bzw. orange psychotherapeutische und / oder pharmakologische Behandlung erwägen.

B Screening-Fragebogen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

psychenet 
Hamburger Netz psychische Gesundheit

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

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

**Zentrum für Innere
Medizin**

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

Patienten-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 letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Nicht beeinträchtigt | Wenig beeinträchtigt | Stark beeinträchtigt |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| f. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| g. Schmerzen im Brustbereich | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| h. Schwindel | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| i. Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| j. Herzklopfen oder Herzrasen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| k. Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| n. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| o. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

SOM

 0 + + =

| 2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Schwierigkeiten zu entspannen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

ANG

 0 + + + =

| 3. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? | Überhaupt nicht | An einzelnen Tagen | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 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 stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

DEP

 0 + + + =

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
- nein

16) Wie sind Sie krankenversichert?

- bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- bei einer privaten Krankenkasse

17) Aus welchen Quellen beziehen Sie Informationen zu Gesundheitsthemen?

| | nicht | manchmal | oft |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Medizinisches Fachpersonal (z.B. Arzt, Krankenschwester, Apotheker) | <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"/> |

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.

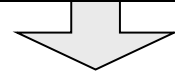
| Beispiel: | nie | sehr selten | selten | oft | sehr oft | immer |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe ____ kalte Füße. | <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:



| | Wie häufig trifft dies auf Sie zu? | nie | sehr selten | selten | oft | sehr oft | immer |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Ich fühle mich ____ krank. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Wenn ich körperliche Beschwerden habe, mache ich mir ____ Sorgen, ob diese jemals aufhören werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Wenn ich zum Arzt gehe, fühle ich mich ____ unverstanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Während ich körperliche Beschwerden habe, muss ich ____ an diese denken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Ich fühle mich körperlich ____ schwach und empfindlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Ich erlebe ____, dass Ärzte meine gesundheitlichen Probleme übertrieben finden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Bei körperlichen Beschwerden denke ich ____, dass es sich um Zeichen einer ernsthaften Erkrankung handelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Ich zweifle ____ daran, dass die Diagnosen, die ich von Ärzten bekommen habe, richtig waren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Ich habe ____ Angst, dass etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmen könnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Haben Sie bei Frage k „nie“ angekreuzt, lassen Sie bitte die Fragen l–o aus und fahren mit Fragebogen 19 fort!

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. | Ich war _____ verzweifelt, weil ich körperliche Beschwerden hatte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. | Ich machte mir _____ Sorgen, weil ich durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt war. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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: | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

C 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 **pseudonymisiert¹ (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 pseudonymisierter² (verschlüsselter)** Form, d.h. ohne Nennung des Namens, der Adresse oder der Telefonnummer. Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in anonymisierter² 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 anonymisiert².

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 anonymisiert² 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

2

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)

D Einverständniserklärung



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

**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

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 **pseudonymisiert¹ (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 pseudonymisierter³ (verschlüsselter) Form**, d.h. ohne Nennung des Namens, der Adresse oder der Telefonnummer. Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in anonymisierter² 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.

³ 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 bestimmbarer 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 anonymisiert².

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 anonymisiert² 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:

Telefonische Befragung im Rahmen des Gesundheitsnetzes somatoforme Störungen

- POST -

Pat.-ID: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

1. Diagnostik (CIDI)

a) Diagnose und eventuelle Anmerkungen zum CIDI Interview hier eintragen:

b) Notizen zum „onset“ der körperlichen Beschwerden hier eintragen (siehe auch 2.):

2. Behandlung

Füge bei „onset“ das Datum ein, das im Bereich onset bzw. Alter onset des CIDI am längsten zurückliegt (siehe auch 1b).

a) Waren Sie seit „onset“ in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein (*weiter mit 3.*)

Ja

b) Wie viele verschiedene psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen haben Sie seitdem genau begonnen?

_____ (Anzahl)

c) Wie viele dieser Behandlungen umfassten mindestens 5 Gespräche?

_____ (Anzahl)

d) Wann war die **erste** dieser Behandlungen?

_____ Monat _____ Jahr

e) Dauert diese Behandlung aktuell noch an?

Nein, sie endete _____ Monat _____ Jahr

Ja

f) Wie wurde/wird diese Behandlung durchgeführt?

ambulant

teilstationär / tagesklinisch

stationär

g) Ging/geht es in der Behandlung um die von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden?

nein

teilweise

ausschließlich

h) Hat Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin diese Behandlung veranlasst bzw. empfohlen?

Nein

Ja

➔ *Falls es mehr als eine Behandlung gab... (siehe auch 2b)*

i) Sind Sie momentan in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein (*weiter mit 3.*)

Ja

j) Wie wird diese Behandlung durchgeführt...?

ambulant

teilstationär / tagesklinisch

stationär

k) Geht es in der Behandlung um die von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden?

- nein
- teilweise
- ausschließlich

l) Hat Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin diese Behandlung veranlasst bzw. empfohlen?

- Nein (*weiter mit 3.*)
- Ja

3. Soziodemographie

| | | | | | |
|-----------|---|------|-------|------|--|
| 1 | Geburtsdatum Monat und Jahr) | (nur | Monat | Jahr | |
| 3 | In welchem Land sind sie geboren? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> in Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land und zwar <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 4 | Wenn nicht in Deutschland: Seit wann leben sie in Deutschland? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> _____ Jahr | | | | |
| 5 | Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Mehrfachangaben möglich) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Deutschland und/oder <input type="checkbox"/> andere, und zwar: <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 6 | Aus welchem Land stammen Ihre Eltern? | | | | |
| | Ihre Mutter <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| | Ihr Vater <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 9 | Wie viele Personen , Sie selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in Ihrem Haushalt? Gemeint sind alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder. | | | | |
| | <input type="checkbox"/> _____ Personen | | | | |
| 9a | Und wie viele davon sind unter 18 Jahre alt? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> _____ Personen | | | | |
| 10 | Bitte geben Sie die Postleitzahl ihres Wohnortes an: <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| 11 | Gehen Sie zur Zeit zur Schule <input type="checkbox"/> nein (<i>weiter mit 12</i>) <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| | Welchen höchsten Schulabschluss streben Sie an? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Einen anderen Schulabschluss und zwar: <input type="checkbox"/> _____ | | | | |

| 12 | Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|---|--|--|--|---|--|---|---|---|---|---|
| | <p>Sie sind zurzeit...</p> <p><input type="checkbox"/> nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Student/in, der/die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in) <i>Filter zu Fr. 13</i></p> <p><input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (400 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit-berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden)</p> <p><input type="checkbox"/> Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <p>Nur bei „nicht berufstätig“: Wenn Sie nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig sind: Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung</td> <td><input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau/Hausmann</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Altershalber in Rente/pensioniert</td> <td><input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vorzeitig in Rente/pensioniert</td> <td><input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistender, soziales Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arbeitslos gemeldet</td> <td><input type="checkbox"/> Auszubildende/r</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schüler/in bzw. Student/in</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar: _____</td> </tr> </table> <p>Welche berufliche Position üben Sie aus oder haben Sie hauptsächlich ausgeübt?</p> | | <input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> Altershalber in Rente/pensioniert | <input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme | <input type="checkbox"/> Vorzeitig in Rente/pensioniert | <input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistender, soziales Jahr | <input type="checkbox"/> Arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r | <input type="checkbox"/> Schüler/in bzw. Student/in | <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung | <input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau/Hausmann | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Altershalber in Rente/pensioniert | <input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitig in Rente/pensioniert | <input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistender, soziales Jahr | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Schüler/in bzw. Student/in | <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | <p>(Falls Sie arbeitslos bzw. berentet oder Hausfrau/Hausmann sind, beziehen Sie die Fragen auf den Beruf, den Sie zuletzt ausgeübt haben)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Noch in der Ausbildung <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Arbeiter/in:</th> <th style="width: 33%;">Angestellte/r:</th> <th style="width: 33%;">Beamte/r:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ungelernte/r</td> <td><input type="checkbox"/> Mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Pflegehelfer/in, Sekretariatsassistenten/in)</td> <td><input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angelernte/r</td> <td><input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in)</td> <td><input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistent/in bis einschließlich Hauptsekretär/in oder Amtsinspektor/in)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facharbeiter/in</td> <td><input type="checkbox"/> mit eingeständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis)</td> <td><input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektor/in bis einschließlich Oberamtsrat/-rätin)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vorarbeiter/in bzw. Meister/in</td> <td><input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand)</td> <td><input type="checkbox"/> im höheren Dienst (vom Rat/von Rätin aufwärts)</td> </tr> </tbody> </table> | | Arbeiter/in: | Angestellte/r: | Beamte/r: | <input type="checkbox"/> Ungelernte/r | <input type="checkbox"/> Mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Pflegehelfer/in, Sekretariatsassistenten/in) | <input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in) | <input type="checkbox"/> Angelernte/r | <input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in) | <input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistent/in bis einschließlich Hauptsekretär/in oder Amtsinspektor/in) | <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in | <input type="checkbox"/> mit eingeständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis) | <input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektor/in bis einschließlich Oberamtsrat/-rätin) | <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/in bzw. Meister/in | <input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand) | <input type="checkbox"/> im höheren Dienst (vom Rat/von Rätin aufwärts) |
| Arbeiter/in: | Angestellte/r: | Beamte/r: | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ungelernte/r | <input type="checkbox"/> Mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Pflegehelfer/in, Sekretariatsassistenten/in) | <input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Angelernte/r | <input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in) | <input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistent/in bis einschließlich Hauptsekretär/in oder Amtsinspektor/in) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in | <input type="checkbox"/> mit eingeständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis) | <input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektor/in bis einschließlich Oberamtsrat/-rätin) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/in bzw. Meister/in | <input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand) | <input type="checkbox"/> im höheren Dienst (vom Rat/von Rätin aufwärts) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Selbständige/r:</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständige/r Landwirt/in</p> <p><input type="checkbox"/> Akademiker/in im freien Beruf (z.B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/Rechtanwältin, Steuerberater/in)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständige/r im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung</p> <p><input type="checkbox"/> Mithelfende/r im Familienbetrieb</p> | <p><input type="checkbox"/> Anzahl der Mitarbeiter/innen: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------|--|--|
| 15 | Welche Krankenversicherungen haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich) | |
| | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (einschließlich Zusatzversicherungen) |
| | <input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung/Selbstzahler | |

4. SF-12

| | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|---|--|
| | Ausgezeichnet 1 <input type="checkbox"/> | Sehr gut 2 <input type="checkbox"/> | Gut 3 <input type="checkbox"/> | Weniger gut 4 <input type="checkbox"/> | Schlecht 5 <input type="checkbox"/> |
| 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben? | | | | | |

| | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <p>Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einen normalen Tag ausüben.</p> <p><i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i></p> | Ja, stark eingeschränkt | Ja, etwas eingeschränkt | Nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
| 2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. mehrere Treppenabsätze steigen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| <p>Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</p> | Ja | Nein |
| 4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| <p>Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?</p> | Ja | Nein |
| 6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| | Überhaupt nicht 1 <input type="checkbox"/> | ein bisschen 2 <input type="checkbox"/> | Mäßig 3 <input type="checkbox"/> | Ziemlich 4 <input type="checkbox"/> | Sehr 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? | | | | | |

| In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entsprechen) Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> | Immer | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | Nie |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9. . . . ruhig und gelassen? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 10. . . . voller Energie? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| 11. . . . entmutigt und traurig? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

| | Immer | Meistens | Manchmal | Selten | Nie |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

5. Whiteley-7

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Denken Sie, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Machen Sie sich viel Sorgen über Ihre Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis besteht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam gemacht werden (durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder einen Bekannten), machen Sie sich dann Sorgen, dass Sie diese Krankheit auch bekommen könnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Finden Sie, dass Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. IPQ-B

Bitte bei den nachfolgenden Fragen diejenige Antwort nennen, die am Besten zutrifft.

1. Wie stark beeinträchtigen Ihre körperlichen Beschwerden ihr Leben?

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| überhaupt keine | | | | | | | | | | sehr starke |
| Beeinträchtigung | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

2. Wie lange meinen Sie, dass Ihre körperlichen Beschwerden noch andauern werden?

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| nur noch | | | | | | | | | | für immer |
| ganz kurz | | | | | | | | | | |

3. Wie stark meinen Sie, Ihre körperlichen Beschwerden selbst kontrollieren zu können?

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| absolut | | | | | | | | | | extreme |
| keine Kontrolle | | | | | | | | | | Kontrolle |

4. Wie stark meinen Sie, dass eine Behandlung bei Ihren körperlichen Beschwerden helfen kann?

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| überhaupt | | | | | | | | | | extrem |
| nicht | | | | | | | | | | hilfreich |

5. Wie stark spüren Sie ihre körperlichen Beschwerden?

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| überhaupt | | | | | | | | | | extrem |
| nicht | | | | | | | | | | stark |

6. Wie stark machen Sie sich Sorgen über Ihre körperlichen Beschwerden?

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| überhaupt keine | | | | | | | | | | extreme |
| Sorgen | | | | | | | | | | Sorgen |

Nun geht es darum, wie stark sich ihre gesundheitlichen Probleme (körperliche oder psychische) in den letzten 6 Monaten auf ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt haben. Denken Sie an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger schafften als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Zur Beantwortung dieser Frage stellen Sie sich bitte eine Linie vor, die von 0 bis 10 durchnummeriert ist. Am unteren Ende der Linie steht die 0. Sie bedeutet, dass Ihre gesundheitlichen Probleme keine Auswirkungen auf ihre Arbeit hatten. Am oberen Ende steht die 10. Sie bedeutet, dass ihre gesundheitlichen Probleme sie völlig an der Arbeit gehindert haben. Nennen Sie mir nun den Punkt auf dieser Skala, der in ihren Augen aussagt, inwieweit ihr Gesundheitszustand Sie bei ihrer Arbeit in den letzten 6 Monaten eingeschränkt hat. besch3

Erforderliche Parameter fehlen oder sind falsch.

Nun kommen ein paar kurze Fragen zu eventuellen Rentenbezügen.

2. Beziehen Sie derzeit eine Rente? rent0_0

- Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt)**
 Nein **(Wenn nein, weiter mit Frage 2.)**

2a. Welche Rente beziehen Sie? rent1_0

- ① Volle Erwerbsunfähigkeitsrente / Rente wegen voller Erwerbsminderung
 ① Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung / Berufsunfähigkeitsrente
 ② Altersrente / Vorruhestandszahlungen
 ③ Sonstiges

2b. Seit wann beziehen Sie diese Rente? rent2_0

Monat Jahr

2. Allgemeine Gesundheit

Jetzt werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen von der jede drei Antwortmöglichkeiten hat. Bitte geben Sie an, welche Antwort am besten Ihren heutigen Gesundheitszustand beschreibt.

(Erinnern Sie den Befragten wenn nötig daran, dass der Zeitrahmen sich auf heute bezieht.)

Zunächst möchte ich Sie bezüglich Ihrer Mobilität/Beweglichkeit befragen.

Frage 1: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme herumzugehen?
 2. Sie haben einige Probleme herumzugehen?
 3. Sie sind ans Bett gebunden?

Antwort des Befragten: EQ1_0

Als Nächstes möchte ich Sie fragen, wie Sie für sich selbst sorgen können.

Frage 2: Würden Sie sagen ...

1. *Sie haben keine Probleme, für sich selbst zu sorgen?*
2. *Sie haben einige Probleme, sich selbst zu waschen oder sich anzuziehen?*
3. *Sie sind nicht in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?*

Antwort des Befragten: EQ2_0

Als Nächstes möchte ich Sie bezüglich allgemeiner Tätigkeiten befragen, z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten.

Frage 3: Würden Sie sagen ...

1. *Sie haben keine Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?*
2. *Sie haben einige Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?*
3. *Sie sind nicht in der Lage, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?*

Antwort des Befragten: EQ3_0

Als Nächstes möchte ich Sie bezüglich Ihrer Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen.

Frage 4: Würden Sie sagen, Sie haben ...

1. *keine Schmerzen oder Beschwerden?*
2. *mäßige Schmerzen oder Beschwerden?*
3. *extreme Schmerzen oder Beschwerden?*

Antwort des Befragten: EQ4_0

Zum Schluss möchte ich Sie bezüglich Angst oder Niedergeschlagenheit befragen.

Frage 5: Würden Sie sagen, Sie sind ...

1. *nicht ängstlich oder deprimiert?*
2. *mäßig ängstlich oder deprimiert?*
3. *extrem ängstlich oder deprimiert?*

Antwort des Befragten: EQ5_0

Ich möchte Sie jetzt bitten, eine etwas andere Aufgabe durchzuführen. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, bitte ich Sie, sich in Gedanken eine Skala vorzustellen, ähnlich einem Thermometer. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist am oberen Ende der Skala mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0" am unteren Ende der Skala.

Ich möchte Sie bitten, mir den Punkt auf der Skala zu nennen, wo Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand anbringen würden.

Antwort des Befragten: EQ6_0

3. Stationäre Versorgung

Die nun folgenden Fragen betreffen stationäre Versorgungsleistungen. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen nur den Zeitraum der letzten sechs Monate.

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus? Vollstationär bedeutet, dass sie sowohl ihre Tage als auch ihr Nächte in einem Krankenhaus verbracht haben.

Tage STV1_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Psychiatrie?

Tage STV2_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Klinik für psychosomatische Medizin?

Tage STVx_1

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik?

Tage STV3_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären oder tagesklinischen Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus? Teilstationär bzw. tagesklinisch bedeutet, dass sie ihre Tage in einem Krankenhaus verbracht haben, ihre Nächte allerdings zu Hause. Bitte zählen Sie hier Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

Tage STV4_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Psychiatrie? Bitte zählen Sie Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

Tage STV5_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Klinik für psychosomatische Medizin? Bitte zählen Sie Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

Tage STVx_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Rehabilitationsklinik? Bitte zählen Sie hier Wochenenden und behandlungsfreie Tage auch hier nicht mit.

Tage STV6_0

4. Ambulante ärztliche Versorgung

Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit der ambulanten, ärztlichen Versorgung. Ich werde Ihnen nacheinander eine Reihe von Ärzten verschiedener Fachrichtungen nennen und Sie sagen mir bitte zu jedem dieser Fachärzte, wie oft Sie diese in den letzten 6 Monaten aufgesucht haben bzw. dieser bei Ihnen zu Hause war?

| | | | |
|------------------------------|--|------------------------------|---|
| Allgemeinmediziner, Hausarzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV12_0 | Internist ohne Schwerpunkt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV22_0 |
| Orthopäde | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV32_0 | Neurologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV42_0 |
| Psychiater | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV52_0 | Psychologe / Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV62_0 |
| Frauenarzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV72_0 | Urologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV82_0 |
| Hautarzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV92_0 | Augenarzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV102_0 |
| HNO-Arzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV112_0 | Kardiologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV122_0 |
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV132_0 | Radiologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV142_0 |
| Ambulanter Chirurg | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV152_0 | Zahnarzt/Kieferorthopäde | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV162_0 |
| Nephrologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV172_0 | Pneumologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV182_0 |
| Diabetologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV192_0 | Rheumatologe | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV202_0 |
| Krankenhausambulanz | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV212_0 | Kassenärztlicher Notdienst | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV202_02 |
| Notarzt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AV232_0 | | |

Gibt es ansonsten noch einen Facharzt, den Sie in den letzten 6 Monaten aufgesucht haben und nach dem ich Sie nicht gefragt habe? Wenn ja, welcher Arzt war das und wie oft haben sie diesen aufgesucht?

_____ AV242_0
AV151_0

5. Ambulante nichtärztliche Versorgung

Nun möchte ich mit Ihnen gerne einige ambulante Therapien des nicht-ärztlichen Bereiches durchsprechen. Ich werde Ihnen dafür verschiedene Maßnahmen nennen und Sie sagen mir bitte wie oft sie diese Maßnahmen in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen haben.

| | | | |
|---|--|---|---|
| Ergo- oder Arbeitstherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV12_0 | Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV22_0 |
| Inhalation | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV32_0 | Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV42_0 |
| Massage oder Lymphdrainage | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV52_0 | Sport- oder Bewegungstherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV62_0 |
| Sprech- und Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV72_0 | Wärme-, Kälte-, Wassertherapie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV82_0 |
| Selbsthilfegruppen, Welche? NAV91_0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV92_0 | Sonstige, welche ? NAV101_0 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NAV102_0 |

6. Transport zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie

Als nächstes frage ich Sie nach Transporten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie. Alle Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate. Bitte beachten Sie, dass Hin- und Rückweg zusammen einer Fahrt entsprechen.

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem PKW unternommen und wie viele Kilometer haben Sie dabei insgesamt zurückgelegt?

T12_0 km T13_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit der Straßenbahn bzw. dem Bus unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T22_0 € T23_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem Zug unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T32_0 € T33_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem Krankentransport unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T42_0 € T43_0

Wie oft wurden Sie im betreffenden Zeitraum von einem Rettungswagen transportiert?

T52_0

7. Medikamente

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu den Medikamenten stellen, die sie einnehmen.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente eingenommen?

Hierzu zählen nicht Medikamente, die Sie im Rahmen einer stationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung bzw. einer Kur/Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben. M0_0

- ① Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt.)**
② Nein **(Wenn nein, weiter mit Abschnitt 10.)**

Haben Sie die Verpackungen der Medikamente vorliegen oder in Griffweite?

(Wenn ja): *Legen Sie bitte die Verpackungen der entsprechenden Medikamente vor sich hin. Auf der Unterseite der Verpackungen befindet sich ein Strichcode und darunter steht eine mehrstellige Zahl, die von den Buchstaben PZN eingeleitet wird. Bitte nennen Sie mir diese Nummern. Und sagen Sie mir bitte auch, wie viele Packungen dieser Medikamente Sie in den letzten 6 Monaten erhalten haben.*

(Tragen Sie PZN und Anzahl aller Packungen die genannt werden untereinander in die entsprechenden Zeilen auf der nächsten Seite ein. Danach weiter mit Frage 8)

(Wenn nein): *Kennen Sie die Namen der Medikamente?*

(Tragen Sie die Namen in die betreffenden Spalten auf der nächsten Seite ein)

In welcher Form haben Sie diese Medikamente zu sich genommen? Waren es Tabletten, Kapseln oder

Dragees? Handelte es sich um Tropfen? War es eine Salbe oder wurde es gespritzt?

Oder handelte sich eine andere Form?

(Tragen Sie die Darreichungsform in die betreffenden Spalten ein)

Wie viele Packungen dieser Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten erhalten oder gekauft?

(Tragen Sie die Anzahl in die betreffenden Spalten ein)

| | Wie heißt das Medikament? [NAME] | PZN [PZN] | Tabletten | <input type="checkbox"/> | [PACKUNG S GRÖßE] | | [PACKUNGS ANZAHL] | | |
|---|--|---|---|--------------------------|---|--------------------------|---|----|--------------------------|
| | | | Dragees | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | Tropfen | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | Salbe | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | Spritzen | <input type="checkbox"/> | | | | N1 | <input type="checkbox"/> |
| | | | Kapseln | <input type="checkbox"/> | | | | N2 | <input type="checkbox"/> |
| | | | Sonstige | <input type="checkbox"/> | N3 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | Andere | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 1 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M11_0 | M12_0 | M13_0 | | M14_0 | | M15_0 | | |
| 2 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M21_0 | M22_0 | M23_0 | | M24_0 | | M25_0 | | |
| 3 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M31_0 | M32_0 | M33_0 | | M34_0 | | M35_0 | | |
| 4 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M41_0 | M42_0 | M43_0 | | M44_0 | | M45_0 | | |
| 5 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M51_0 | M52_0 | M53_0 | | M54_0 | | M55_0 | | |
| 6 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M61_0 | M62_0 | M63_0 | | M64_0 | | M65_0 | | |
| 7 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M71_0 | M72_0 | M73_0 | | M74_0 | | M75_0 | | |
| 8 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | M81_0 | M82_0 | M83_0 | | M84_0 | | M85_0 | | |
| | M191_0 | M92_0 | M93_0 | | M94_0 | | M95_0 | | |

8. Hilfsmittel

Als nächstes frage ich Sie nach medizinischen Hilfsmitteln die Sie möglicherweise in den letzten sechs Monate genutzt haben. Hilfsmittel, die Sie ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthaltes genutzt haben, zählen nicht dazu.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten...

...ein Hörgerät gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM11_0 | HM12_0 |

...einen Rollstuhl gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM21_0 | HM22_0 |

...eine Gehhilfe gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM31_0 | HM32_0 |

...eine Brille gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM41_0 | HM42_0 |

...Verbandsmaterial gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viel:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM51_0 | HM52_0 |

...Inkontinenzeinlagen gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM61_0 | HM62_0 |

...Stütz- und Kompressionsstrümpfe gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | □ □ □ □ Stück |
| Nein <input type="checkbox"/> | |
| HM71_0 | HM72_0 |

9. Hilfe von professionellen Diensten, Angehörigen und Freunden

Wir möchten uns nun der Hilfe zuwenden, die Sie von Freunden, Angehörigen oder professionellen Diensten erhalten haben.

a) Haben Sie in den letzten 6 Monaten krankheitsbedingt Hilfe von Professionellen Diensten, zum Beispiel von ambulanten Pflegediensten oder Haushaltshilfen, in Anspruch nehmen müssen. Wenn ja, um wie viele Tage und Stunden pro Tag handelte es sich? HF11_0/ HF1_0

Tage Stunden pro Tag

b) Haben Sie in den letzten 6 Monaten krankheitsbedingt Hilfe von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten in Anspruch nehmen müssen? Wenn ja, um wie viele Tage und Stunden pro Tag handelte es sich? HF2_0

Tage Stunden pro Tag

10. Sonstige medizinische Leistungen und Mittel

Nun kommen wir zu medizinischen Leistungen und Mittel, die bisher nicht abgefragt wurden.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten weitere Leistungen oder Mittel gekauft bzw. erhalten, die Sie bisher noch nicht angegeben haben? Wenn ja, welche Leistungen oder Mittel waren dies und wie viel haben diese Leistungen oder Mittel gekostet? Wie viel haben Sie davon selbst zahlen müssen?

| | Leistung oder Mittel | Wie viel hat die angegebene Leistung, das Mittel gekostet? | |
|---|----------------------|--|---------------------|
| | | Kosten insgesamt | Eigene Zuzahlung |
| | | | 0 = Keine Zuzahlung |
| 1 | SL111_0 |€ SL112_0 |€ SL113_0 |
| 2 | SL121_0 |€ SL122_0 |€ SL123_0 |
| 3 | SL131_0 |€ SL132_0 |€ SL133_0 |
| 4 | SL141_0 |€ SL142_0 |€ SL143_0 |

F Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben, sei es durch sachliche Ratschläge oder aufbauende Worte.

Herrn Professor Dr. Löwe, Direktor des Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Hamburg-Eppendorf danke ich für die Überlassung des Arbeitsthemas sowie für die Betreuung und die konstruktiven Gespräche.

Mein besonderer Dank gilt Frau Doktor Shedden-Mora, meiner Betreuerin, die mir in der entscheidenden Phase dieser Arbeit hilfsbereit zur Seite stand, für ihre ständige Bereitschaft, Schwierigkeiten gemeinsam zu diskutieren und einen Lösungsweg zu finden.

Weiterhin bedanke ich mich bei Sonja Parsai, die mich als Freundin und Kollegin Tag für Tag mit guten Ratschlägen und einem offenen Ohr unterstütze.

Meinen Eltern, denen ich diese Arbeit widme, meinen Geschwistern Volker und Charlotte und meinem Freund Christoph danke ich für ihre konsequente Unterstützung, für den Rückhalt und ihr Vertrauen. Ich liebe Euch!

G Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Christina Cosima Jebens
Adresse: Schrammsweg 13a, 20249 Hamburg
Telefon: 0176-84539071
E-Mail: christina.jebens@web.de
Geburtstag: 3.12.1988
Geburtsort: Detmold
Familienstand: Ledig
Staatsangehörigkeit: Deutsch

Ärztliche Tätigkeit

Seit 01/16 Assistenzärztin an der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik
Lüneburg

Akademische Ausbildung

10/2008 - 06/2015 Humanmedizinstudium an der Universität Hamburg im
Juni 2015 abgeschlossen mit der Note „gut“

Schulische Ausbildung

06/2008 Erlangen der Allgemeinen Hochschulreife am
Leopoldinum

Hamburg, 22. April 2016
Christina Jebens

H Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig 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: