

Aus der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Institut für Allgemeinmedizin
Leiter: Prof. Dr. med. Jörg Schelling

Die Versorgungsrealität von
Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen
und somatoformen Körperbeschwerden
in einer Hausarztpraxis im Ballungsraum
München

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanmedizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München
vorgelegt von
Milena Susanne Auhagen
aus
Köln

München 2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:

Prof. Dr. Albert Standl

Mitberichterstatter:

Prof. Dr. Rolf Holle,

Prof. Dr. Karl-Heinz Brisch

Prof. Dr. Robert Perneczky

Dekan:

Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung:

01.06.2017

Meinen Eltern gewidmet.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	7
1.1	Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden	7
1.1.1	Prävalenz	8
1.1.2	Soziodemographie	10
1.1.3	Ätiologie	10
1.1.4	Psychische Komorbidität	11
1.1.5	Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit	12
1.1.6	Herausforderungen für den Hausarzt	14
2	HINTERGRUND: DEFINITION UND BEGRIFFSERKLÄRUNG	17
2.1	Definition: nicht-spezifisch, funktionell, somatoform	17
2.1.2	Abgrenzung zu psychischen Diagnosen	21
2.1.3	Kritik und Probleme der aktuellen Klassifikationen	22
2.2	Zielsetzung	24
3	PATIENTEN UND METHODEN	25
3.1	Studiendesign und Ablauf	25
3.2	Definition der Patientengruppen	26
3.2.1	Psychosomatische Patienten	26
3.2.2	Kontrollgruppe der somatischen Patienten	29
3.3	Datenerfassung der Patienten	32
3.4	Statistische Methoden	34
4	ERGEBNISSE	36

4.1	Darstellung der psychosomatischen Patienten	36
4.1.1	Charakteristiken der Psychosomatiker	36
4.1.2	Ausprägung der psychosomatischen Beschwerden	38
4.1.3	Komorbidität der Psychosomatiker	43
4.2	Vergleich der Patientengruppen	46
4.2.1	Beschreibung der Kontrollgruppe	46
4.2.2	Psychische Komorbidität	47
4.2.3	Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit	49
4.3	Psycho-Sozialer Stress der psychosomatischen Patienten	51
4.3.1	Psycho-soziale Problemfelder	51
5	DISKUSSION	55
5.1	Diskussion der Methoden	55
5.1.1	Design und Ablauf	55
5.1.2	Erhebung der Patientendaten	56
5.2	Diskussion der Ergebnisse	59
5.2.1	Darstellung der psychosomatischen Patienten	60
5.2.2	Vergleich der Patientengruppen	68
5.2.3	Psycho-soziale Stressfaktoren	70
6	SCHLUSSFOLGERUNG	74
7	ZUSAMMENFASSUNG	75
8	LITERATURVERZEICHNIS	76
9	TABELLENVERZEICHNIS	84
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	85
11	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	86

12 ANHANG	88
12.1 Tabelle der S3 Leitlinie: Fachdisziplinen und klinisch relevante Beschwerden	88
12.2 Tabelle der S3-Leitlinie: Relevante psychische Differentialdiagnosen	92
12.3 Stress Skala von Holmes und Rahe	94
12.4 Diagnose- und Therapiealgorithmus der S3 Leitlinie	96
12.5 Die S3 Leitlinie für den Schreibtisch	97
13 DANKSAGUNG	98
14 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	99

Gender Hinweis:

In dieser Dissertation wird zu Gunsten der besseren Lesbarkeit sowie aus Platzgründen zumeist die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind diese Begriffe sowohl auf weibliche als auch auf männliche Menschen bezogen.

1 Einleitung

1.1 Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Es ist ein sehr häufiges Phänomen im klinischen Alltag eines Arztes, dass sich Patienten mit körperlichen Beschwerden, die nicht hinreichend somatisch erklärt werden können, präsentieren. Ein Großteil dieser Beschwerden ist Ausdruck von sogenannten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Beschwerden (1.1.2). Solche Beschwerden finden in den meisten Fällen im Verlauf der Diagnostik keine somatische Begründung (1-3). Patienten sind dadurch häufig verunsichert. Der Krankheitswert solcher Beschwerden besteht in einer (unverhältnismäßig) starken Beeinträchtigung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit (4, 5). Patienten zeichnen sich durch eine überdimensionale Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und viele Arbeitsunfähigkeitstagen aus (6, 7). Auf der Seite der Behandler besteht aktuell eine starke Heterogenität und Unklarheit im Umgang der bezeichneten Patientengruppe (5) (1.1.5-1.1.6). Vor diesem Hintergrund wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2013 die fachübergreifende „S3-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ publiziert. Die evidenzbasierte Expertenleitlinie befasste sich vor allem mit den Gemeinsamkeiten inhomogener Darstellungen von psychosomatischen Beschwerden. Auf dieser Grundlage wurden allgemeine Kriterien und praxisrelevante Diagnose- und Therapieempfehlungen herausgearbeitet (4). Unsere Studie untersucht die psychosomatischen Patienten einer Hausarztpraxis, die durch die S3 Leitlinie beschrieben werden.

1.1.1 Prävalenz

In der Allgemeinbevölkerung sind körperliche Beschwerden ein alltägliches Phänomen. In einer Studie von Hiller et. al. zu Somatisierung in Deutschland gaben 82% der befragten Menschen Beschwerden an, die sie in der vergangenen Woche leicht beeinträchtigt hatten. Von einer starken Beeinträchtigung berichteten 22% der Befragten (8). Drei von vier der Beschwerden waren ohne klinische Relevanz und verschwanden wieder, ohne dass die Notwendigkeit bestand, eine Ursache zu suchen.

Wenden sich Menschen mit körperlichen Beschwerden an ihren Arzt, werden sie zu Patienten und es erfolgt eine sorgfältige Ursachenabklärung. Wird kein ausreichendes körperliches Korrelat gefunden, werden die Beschwerden „medizinisch nicht erklärbar“ genannt. In der aktuellen Literatur findet häufig der Begriff „Medically Unexplained Symptoms (MUS)“ Anwendung (2, 9-12). Der Begriff MUS wird aufgrund seiner somatischen Fixierung für die Erklärung von Beschwerden in unserer Arbeit nicht verwendet. Eine Ausnahme für die Verwendung von MUS besteht, wenn zitierte Studien, die sich auf MUS beziehen, diskutiert werden.

Die Häufigkeit von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen in der Bevölkerung ist aufgrund verhältnismäßig wenig valider und eingeschränkter und heterogener Diagnosekriterien schwer abzuschätzen (10, 13, 14). Eine systematische Literaturanalyse von Haller et. al. verdeutlichte, dass die Prävalenz höher als vermutet und besonders hoch in Hausarztpraxen ist. Funktionelle, somatoforme und medizinisch nicht erklärbare Symptome sind sehr häufige Konsultationsgründe in der medizinischen Primärversorgung in Deutschland (9). Im Modul „Psychische Gesundheit“ der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, auch DEGS1-MH genannt (15), wurden 2014 repräsentative Daten zur deutschen Bevölkerung veröffentlicht. Die geschätzte Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen für 18-79 jährige Erwachsene innerhalb eines Jahres lag bei 27,7 Prozent. Die DEGS1-MH

verdeutlicht die große Bedeutung psychischer und somatoformer Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung der deutschen Bevölkerung. Es wurden sowohl psychosomatische Beschwerden, wie die Diagnosegruppe der somatoformen Störungen, als auch psychische Diagnosen erhoben. Mit 3,5 Prozent (5,2% bei Frauen, 1,7% bei Männern) befand sich die Prävalenz von somatoformen Störungen an der Spitze (15). Angststörungen waren mit 15 Prozent die häufigsten Diagnosen, gefolgt von Depression mit einer Prävalenz von 8 Prozent. Diese Studie verwendete den ICD-10-Code (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, s.u.). Die somatoformen Störungen waren durch die ICD-10-Ziffer F45 eingegrenzt. Die Definition dieser Diagnoseziffer wird unter 2.1 besprochen.

Die Patientengruppe, die in unserer Arbeit abgebildet werden soll, ist im DEGS1-MH nur teilweise repräsentiert. Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen im allgemeinmedizinischen Setting unterscheiden sich von der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung. In der Allgemeinmedizin sind sie bedeutend höher (10, 13, 16, 17). Es wird davon ausgegangen, dass 20-30% der Konsultationen in Hausarztpraxen durch funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bedingt sind. Die Zahlen wurden durch aktuelle multizentrische Querschnittstudien erhoben (7, 10, 11, 18). Eine aktuelle Literaturübersicht von Haller et al. stellte heraus, dass mindestens ein MUS in 40-49 Prozent der Patienten deutscher Hausarztpraxen diagnostiziert werden konnte. Nach den aktuellen Daten von staatlichen Gesundheitsversicherungen sind 91% aller Patienten mit einer Diagnose nach dem Kapitel F4 der ICD-10 („neurotische, belastungs- und somatoforme Störung) ausschließlich in der somatischen Medizin durch Allgemeinärzte und Spezialisten versorgt (9). Das bedeutet, dass nur ein geringer Teil bei psychosomatisch spezialisierten Fachärzten und Kliniken versorgt ist. In der (somatisch-)fachärztlichen Versorgung wird mit einer Prävalenz psychosomatischer Beschwerden von bis zu 50% gerechnet (19).

1.1.2 Soziodemographie

Aktuelle Studien belegen, dass Frauen mehr somatische Symptome erleben und berichten als Männer und dass die Prävalenz von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen bei Frauen höher ist, als bei Männern (11, 12, 14, 20-22). Solche Störungen können in jedem Lebensalter auftreten. Die meisten Patienten erhalten eine Diagnose in ihrem fünften Lebensjahrzehnt. Besonders schwere Verläufe sind vor allem mit einem frühen Beginn in der Adoleszenz verbunden (23). Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen können in jeder sozialen Schicht und bei jedem Bildungsgrad auftreten. Ein schwerwiegender Verlauf ist mit niedrigem sozioökonomischen Status und einer kürzeren Dauer der Schulbildung assoziiert (16, 23, 24). Somatoforme Störungen werden in allen Kulturen berichtet und stellen eine medizinische Herausforderung dar (14).

1.1.3 Ätiologie

Das Verständnis von der Entwicklung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden steht noch am Anfang. Es bestehen komplexe Wechselwirkungen von biologischen, psycho-sozialen, iatrogen/medizinischen und soziokulturellen Faktoren (5). Einen integrativen Ansatz für Verständnis von Krankheit und der Verbesserung einer Arzt-Patienten-Interaktion bietet das heute sehr relevante biopsychosoziale Modell nach Engel (13, 25, 26). Hausärzte sollen sich im Umgang mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Beschwerden konsequent an ein multifaktorielles Verständnis und einen biopsychosozialen Ansatz halten. Diese Empfehlung wird sowohl von Bensing und Verhaak als auch von der S3 Leitlinie ausgesprochen (5, 27). Der biopsychosoziale Ansatz steht einer alleinigen biomedizinischen, das bedeutet somatischen Sichtweise bei jeder Art von Beschwerden gegenüber. Der in der Schulmedizin (noch) verbreitete Körper-Seele-Dualismus hat in dem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit keine Berücksichtigung (28). Übergänge zwischen Seele und Körper sind fließend. Körperliche Be-

schwerden können den psychischen Zustand beeinflussen, wie auch umgekehrt psychische Empfindungen durch körperliche Symptome zum Vorschein kommen können. Der Mensch als Ganzes wird als ein Wesen verstanden, das sich durch seine Gesamtheit aus Konstitution und eigener Geschichte (Autobiographie) vor dem Hintergrund der aktuellen Lebensverhältnisse auszeichnet (28). In diesem Modell wird das Ungleichgewicht von Schutz- und Risikofaktoren für die Genese von Krankheit betrachtet. Es werden Erlebnisse aus der Kindheit, das (nachgeahmte) Krankheitsverhalten innerhalb der Familie, aktuell schwierige Lebenssituationen und eine veränderte Antwort und Bewertung von Stressfaktoren (Stressverarbeitung) berücksichtigt.

Begünstigende prädisponierende Faktoren für somatoforme Störungen wurden in aktuellen Studien untersucht. Als begünstigende Gemeinsamkeiten in der Vorgeschichte der Patienten wurden mangelnde Geborgenheit im Elternhaus, eine geringe Qualität der Paarbeziehung und wenig Verständnis für die Beschwerden von Seiten nahestehender Personen herausgearbeitet (29). Auch zeigten sich starke Assoziationen von posttraumatischen Belastungsstörungen (traumatische Erfahrungen wie sexueller Missbrauch, Krieg, Gewalt) mit somatoformen Störungen (30).

Aktuelle psychosoziale Belastungen können akute Auslöser für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sein. Sie werden „critical life events“ genannt und sind unter den Auslösesituationen die häufigsten (5, 31, 32). Die Verknüpfung von Stressbelastungen und einer Beschwerde- oder Krankheitsmanifestation wurde auch durch die Erforschung in der Psychoneuroimmunologie untersucht und bestätigt (33-35).

1.1.4 Psychische Komorbidität

In dieser Arbeit umfasst der Begriff psychisch auch psychiatrische Erkrankungen und Diagnosen. Wir haben uns in der Terminologie für psychisch und gegen „psychiatrisch“ entschieden, da dies in der Literatur gängiger ist.

Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Beschwerden leiden häufig gleichzeitig an anderen psychischen Erkrankungen – sie sind psychisch komorbide (16, 36). Angststörungen und Depression sind mit Abstand die häufigsten zusätzlich diagnostizierten psychischen Erkrankungen (15, 16). Patienten, die in der Primärmedizin auf Somatisierungsskalen hohe Werte erreichten, litten zusätzlich häufig an Depression oder Angststörungen (37). In einer Metaanalyse zu psychischen Komorbidität bei MUS wurden Prävalenzzahlen von 41-59 % für die Diagnose Depression und 65 % für Angststörungen angegeben (38).

In der Diagnostik von psychischen Beschwerden besteht eine zusätzliche Schwierigkeit: Patienten tendieren dazu, psychische Beschwerden nicht direkt zu benennen. Interessanterweise geben ungefähr 60 Prozent der Patienten mit Depressionen körperliche Beschwerden beim Hausarzt an, nur 5 Prozent nennen ihre psychische Belastung direkt als Grund für eine Konsultation (39). Ebenso verhält es sich mit psychosomatischen Beschwerden (13). Patienten sind sich meist der psychosomatischen Genese ihrer körperlichen Empfindungen nicht bewusst.

Man könnte meinen, dass psychosomatische Beschwerden eine Manifestation von den bereits erforschten und definierten psychischen Erkrankungen wie Angststörung oder Depression sind. Viele Studien haben herausgestellt, dass sich nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Beschwerden mit Angststörungen und Depression überlappen. Gleichzeitig konnten sie auch ihre Unabhängigkeit von diesen psychischen Erkrankungen belegen (16, 36). In 2.1.2 wird die diagnostische Abgrenzung zu psychischen Diagnosen thematisiert.

1.1.5 Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit

Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen (im speziellen psychosomatischer Erkrankungen) und der starken Inanspruchnahme von

Gesundheitsleistungen. Der GEK-Report 2008 veröffentlichte Ergebnisse der GEK-Studie (Gmünder Ersatzkasse) über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gesetzlich versicherter deutscher Patienten. Die Ergebnisse sorgten deutschlandweit für Aufsehen. Im internationalen Vergleich bewegt sich Deutschland mit 18,1 ambulanten Arztkontakten im Jahr 2008 auf der Spitzenposition (40). Die Versorgung der Patienten mit psychosomatischen Störungen ist unabhängig vom Tätigkeitsbereich des Arztes schwierig und häufig mit einer starken Unzufriedenheit von Seiten der Patienten und Behandler verbunden (41). Durch eine häufige Diagnostik – meist eine umfangreiche Überdiagnostik, übermäßig viele Ausfalltage und auch Fehlbehandlungen sind der Patient und der behandelnde Arzt gleichermaßen betroffen (4, 7, 14, 42). Es wurde bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in vielzähligen Studien der letzten Jahre nachgewiesen, dass sie eine hohe und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zeigen. (5, 6, 8, 24, 43). Sie besuchten häufiger den Hausarzt als Patienten ohne psychische Erkrankungen oder Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen (16).

Psychosomatische Patienten haben einen starken Leidensdruck. Die Lebensqualität und auch ihre Funktionsfähigkeit im Alltag kann so stark beeinträchtigt sein, dass sie arbeitsunfähig werden. Die eingeschränkte Partizipation am Alltag und Arbeitsprozess als Folge der psychosomatischen Beschwerden wirkt sich durch Arbeitsausfalltage und hohe Kosten erheblich auf die Gesellschaft aus. Belastungen ergeben sich sowohl aus direkten Kosten (Diagnostik und Therapie) als auch aus indirekten Kosten (z.B. Verdienstausschlag bzw. Verminderung der Arbeitsproduktivität) (7).

Die Folge der ständig wachsenden Bedürfnisse einer umfassenden medizinisch-psychischen Versorgung schlägt sich deutlich im ambulanten Versorgungsbereich nieder. Sogenannte psycho-soziale Gesprächsleistungen (Basisdiagnostik und Therapie) nahmen nach Angaben der Bundesärztekammer in den letzten Jahren zu (44). Auch im politischen Feld, im wissenschaftlichen Kontext und im gesundheitsökonomischen Bereich hat diese Datenlage der psychosomatischen Grundversorgung in

Deutschland eine wachsende Bedeutung erfahren (41). Es besteht ein hoher Bedarf an Forschung, die sich praxisbezogen mit dieser Patientengruppe im allgemeinmedizinischen Kontext und den (diagnostischen) Herausforderungen für den Allgemein- arzt beschäftigt (9).

1.1.6 Herausforderungen für den Hausarzt

Hausärzte sind der erste Ansprechpartner für Patienten mit medizinischen Beschwerden und Fragestellungen. Dadurch entsteht besonders in der Hausarztpraxis ein großes Spektrum an unterschiedlichen Beratungsanlässen, die körperliche aber auch psychische oder soziale Fragestellungen beinhalten. Eine Herausforderung für die Allgemeinmedizin ist, dass im Gegensatz zu Spezialisten und Krankenhäusern keine Selektion der Patienten stattfindet (25). Es besteht ein sogenannter „Niedrig-Prävalenzbereich“. Das bedeutet, dass viele Krankheitsentitäten nur selten gesehen werden. Diese daraus resultierende diagnostische Unsicherheit ist ein immanenter Faktor der täglichen hausärztlichen Tätigkeit. Der Hausarzt nimmt im Gesundheitswesen eine Schlüsselstellung ein. Diese sogenannte „Gate-Keeper“-Funktion erfüllt er, indem er erste diagnostische und therapeutische Schritte einleitet. Bei gesundheitlichen Grenzfällen, die eine schnelle Einschätzung über Bedrohlichkeit und Dringlichkeit einer Erkrankung verlangen, kann sich der Hausarzt wissenschaftlicher Algorithmen bedienen. Sie liefern ihm sogenannte „red-flags“ und anwendbare Kriterien für das weitere Procedere. Trifft dieser Fall ein (z.B. linksthorakaler Schmerz mit Verdacht auf einen Herzinfarkt), kann er den Patienten zu einem Spezialisten überweisen und seine Versorgung gewährleisten. Diese „red-flags“ und Versorgungsnetzwerke zur schnellen Versorgung fehlten bislang in der alltäglichen Praxis, wenn es sich um psychosomatische Patienten handelte (25). Ein ersten diagnostischer Algorithmus wurde zusammen mit der S3 Leitlinie für den Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden veröffentlicht und findet sich im Anhang. Er beschreibt unter anderem Warnsignale

für abwendbar gefährliche Verläufe. Auch Anzeichen, die mit einem schweren oder leichten Verlauf assoziiert sein können, werden den Behandlern durch die Leitlinie aufgezeigt.

Eine zusätzliche Herausforderung in der Erkennung psychosomatischer Patienten ist die Diskrepanz von benötigter und real vorhandener Zeit für diese Patientengruppe. Ein Hausarzt behandelt in Deutschland 243 Patienten pro Woche (40) und ist damit im europäischen Vergleich der Kontaktraten an einsamer Spitze (25). Dadurch bleibt dem deutschen Allgemeinarzt pro Patient neun Minuten. In dieser kurzen Zeit muss er praktische Aufgaben (Arzt-Patienten-Interaktion, Diagnosestellung) und bürokratische Anforderungen (Codierung, Verschreibung von Medikamenten, Überweisungen, Telefonate mit Kollegen) unterbringen. Durch diese Einschränkung bleibt in der Praxis weniger Zeit, psychosomatische Beschwerden ganzheitlich zu betrachten und psycho-soziale Belange zu besprechen (24). Um eine längere Gesprächsleistung als psychosomatische Leistung vergütet zu bekommen, kann der Arzt die „verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen“ mit der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) Ziffer 35110 abrechnen. Die Bedingung an den Arzt für eine Abrechnung ist die Ausbildung in der psychosomatischen Grundversorgung. Vor der Abrechnung der Ziffer 35110 muss zunächst eine differentialdiagnostische Abklärung erfolgt sein. Die EBM Ziffer 35110 schreibt eine Gesprächsdauer von mindestens fünfzehn Minuten vor (44). Sie darf höchstens drei mal am Tag abgerechnet werden. Wird diese Ziffer im Vergleich zu anderen Allgemeinarztpraxen überdurchschnittlich oft abgerechnet, hält die Kassenärztliche Vereinigung den Hausarzt dazu an, diese Leistung nur bei einer limitierten Zahl von Patienten zu erbringen.

Diese stark einschränkenden Bedingungen erschweren es dem Hausarzt erheblich, sich nach seiner Fachkenntnis und den Empfehlungen der aktuellen Forschungsergebnisse mit psychosomatischen Patienten zu beschäftigen (13). Die Terminologie, Konzeptionierung und Verwaltung von nicht-spezifischen, funktionellen und soma-

toformen Störungen scheint sehr problematisch und inkonsistent zwischen Hausärzten und Forschern zu sein. Diese Tatsache verkompliziert zum einen die praxisorientierte und evidenzbasierte Tätigkeit des Hausarztes und zum anderen die Forschung auf dem psychosomatischen Gebiet (4, 14).

Aus diesen Gründen wird unsere Arbeit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden im hausärztliche Setting aus dem Blickwinkel eines praktizierenden Hausarztes betrachten.

2 Hintergrund: Definition und Begriffserklärung

Nicht-spezifische Körperbeschwerden (in der Literatur auch „medically unexplained Symptoms“ oder MUS) umfassen eine große Gruppe von Patienten. Hingegen kann man Patienten, die mit einer in Klassifikationssystemen definierten Diagnose dieses Beschwerdekreises behaftet sind, als Subgruppen verstehen (11).

In den Klassifikationssystemen ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th Revision) der World Health Organisation und dem DSM-V (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störung, fünfte Edition) der American Psychiatric Association stellen vor allem die somatoformen Störungen/Somatisierungsstörung ein eigenes Kapitel dar. In 2.1.1.2 werden die Diagnosen und ihre Klassifikationssysteme eingehender besprochen.

2.1 Definition: nicht-spezifisch, funktionell, somatoform

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Störungen können relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder vieler Fachdisziplinen einschließen (5). Die AWMF hat in der S3 Leitlinie eine Auflistung relevanter Beschwerden der verschiedenen Fachdisziplinen veröffentlicht. Da sie einen beachtlichen Umfang hat, werden wir in *Tabelle 1* einen Auszug der Tabelle mit beispielhaften Syndromen und Beschwerden für ausgewählte Fachbereiche zeigen. Die vollständige Liste der Leitlinie findet sich im Anhang. Für die Allgemein- und Familienmedizin werden vielzählige Beschwerden beschrieben, die in Gruppierungen nach Organsystemen (u.a. tho-

rakale Beschwerden, wichtige Allgemeinsymptome, abdominelle Beschwerden) eingeteilt werden können.

Tabelle 1 Ausgewählte Fachdisziplinen und Beispiele relevanter Beschwerden (Auszug aus Tabelle 5.1 von der S3 Leitlinie (5))

Psychosomatische Medizin & Psychiatrie	Somatisierungsstörung, (nicht wahnhaft) körperdysmorphe Störung
Allgemeinmedizin	Abgeschlagenheit, Völlegefühl, Herzrasen, Verspannungen, sexuelle Gleichgültigkeit
Innere Medizin	Reizdarmsyndrom, atypischer Brustschmerz
Neurologie	Spannungskopfschmerz, psychogene Bewegungsstörungen, Schwindel
Orthopädie	Rückenschmerzen, chronische Schmerzen
Arbeitsmedizin	Multiple Chemikalienunverträglichkeit
Dermatologie	Somatoformer Juckreiz, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Dysästhesien der Haut, Haarausfall
Urologie	Reizblase, anogenitales Syndrom

2.1.1.1 Nicht-spezifische Körperbeschwerden

Es stellt sich die Frage: Was sind „nicht-spezifische Körperbeschwerden“? Dieser Terminus wurde in der S3 Leitlinie verwendet, um auf die Besonderheit im Umgang mit Beschwerden in der Allgemeinmedizin (1.1.3) einzugehen. Der Begriff „medically-unexplained“ sollte vermieden werden. „Nicht-spezifisch“ betont die (vorläufig, oft aber auch dauerhaft) fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden, mit denen Patienten ihre Ärzte, v.a. ihren Hausarzt aufsuchen“ (5). Zum einen soll „nicht-spezifisch“ sich einer frühen Etikettierung und Medikalisierung von Beschwerden entgegenzusetzen. Zum anderen hat er zum Ziel, die Notwendigkeit einer frühen und bewusst gestalteten Arzt-Patient Beziehung bei gleichzeitig abwartender, somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik zu betonen. Sie ist besonders wichtig im Umgang mit solchen Patienten (5).

2.1.1.2 Funktionelle Körperbeschwerden

Funktionelle Körperbeschwerden sind eine heterogene Gruppe von Beschwerden, die überwiegend beschreiben, dass die Funktion und nicht die Struktur eines betroffenen Organ(-systems) betroffen ist. Auch eine zentralnervöse Verarbeitung der Wahrnehmung dieser Beschwerden kann gestört sein (5). Objektiv nachweisbare Ursachen oder Erklärungsmuster fehlen bei funktionellen Körperbeschwerden. Viele Fachdisziplinen haben eigene Bezeichnungen wie zum Beispiel Fibromyalgie, Chronic Fatigue, Reizdarmsyndrom (Colon Irritable) oder Chronischer Unterbauchschmerz der Frau definiert. Zudem existieren Leitlinien für den Umgang mit Patienten der genannten funktionellen Syndrome. Jede der Diagnosen hat eine allgemeine Definition gemeinsam: Sie a) haben eine definierte Dauer der Beschwerden, b) können nicht hinreichend somatisch erklärt werden und c) beschreiben typische Symptome. Die Begriffe „funktionelle Syndrome“ oder „functional disorders“ finden sowohl bei Ärzten als auch in der Literatur sehr unterschiedliche Verwendung (45). Hausärzte bevorzugen die Codierung funktioneller Syndrome vor einer Codierung mit somatoformen Störungen (9).

2.1.1.3 Somatoforme Körperbeschwerden

Bis heute sind somatoforme Störungen als psychische Erkrankungen mit eigenen Kapiteln in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM V definiert. Somatoforme Störungen werden in diesen Systemen weiter in Untergruppen unterteilt. Der Begriff Somatisierungsstörung der vierten Version des DSM wurde in der Neuauflage (2013) des DSM-V verlassen und grundlegend verändert (s.u.). Die ICD-10 Klassifikation erfasst somatoforme Störungen in dem Kapitel der F45 Diagnosen. Da sich die Datenanalyse unserer Arbeit auf den Zeitpunkt vor Herausgabe der fünften Version des DSM bezieht, werden wir in *Tabelle 2* die Diagnosen von ICD-10 und dem DSM-IV gegenüberstellen.

Tabelle 2 Diagnosekategorien somatoformer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV

Diagnose	nach ICD-10	nach DSM-IV
Somatisierungsstörung	F45.0	300.81
Undifferenzierte somatoforme Störung	F45.1, F48.0	300.81
Hypochondrische Störung	F45.2	300.7
Körpersdysmorphie Störung	F45.2	300.7
Somatoforme autonome Funktionsstörung	F45.3	
Anhaltende Schmerzstörung	F45.4	307.89
Schmerzstörung	F45.4	307.80
Sonstige somatoforme Störung	F45.8	
Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	F45.9, F44.xx, F45.xx	300.81

Gemäß ICD-10 werden die Diagnosen F45.x somatoforme Störungen durch eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der ärztlichen Versicherung, dass diese nicht körperlich begründbar sind charakterisiert. Das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten kann bei bestehenden somatischen Erkrankungen nicht durch diese erklärt werden (46).

Im DSM-IV mussten für eine Somatisierungsstörung multiple Körperbeschwerden, das heißt mindestens acht Beschwerden aus vier Organsystemen vorliegen. Sie sollten über mehrere Jahre anhalten, vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben und seit mehr als zwei Jahren bestehen (47). Die DSM-IV Kriterien sind sehr umfangreich und wurden hier für ein besseres Verständnis zusammengefasst.

In der neuen Auflage des DSM werden die im DSM-IV als „Somatisierungsstörung“ bezeichneten Diagnosen als „Somatic Symptom Disorder“ (SSD) diagnostiziert. Das Negativkriterium, dass die Beschwerden „medizinisch nicht erklärbar“ (MUS) sind,

wurde verlassen. Dafür wurde der Kriterienkatalog um ein (Positiv-)Kriterium ergänzt. Es beschreibt eine maladaptive Reaktion (in Form von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen), die mit den Symptomen verbunden ist. Auch eine Schweregradeinschätzung kann auf der Basis von zusätzlichen körperlichen und psychischen Beschwerden vorgenommen werden. Zwar wurde erfreulicherweise mit dieser Änderung ein Schritt zu einem besseren Verständnis des SSD gemacht. Das neue DSM-Kapitel wird jedoch wegen Inkohärenz und klinisch wenig hilfreichen Diagnosekriterien stark kritisiert (48).

2.1.2 Abgrenzung zu psychischen Diagnosen

Psychische Diagnosen wie Depression und Angststörung sind die wichtigsten Differentialdiagnosen von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen. Häufig treten sie nebeneinander auf (16). Sie sollten in der somatischen Medizin von Allgemeinärzten oder Fachärzten von den psychosomatischen Beschwerden abgegrenzt und vorzugsweise nebeneinander diagnostiziert und auch verschlüsselt werden (49). Es wurde in der S3 Leitlinie eine Tabelle von besonders relevanten psychischen Differentialdiagnosen entworfen. *Tabelle 3* stellt beispielhaft psychische Diagnosen dieser Tabelle dar. Sie verdeutlicht, dass eine diagnostische Abgrenzung möglich ist, jedoch auch durch eine Leitlinie nicht erheblich vereinfacht wird.

Tabelle 3 Differentialdiagnostisch relevante, häufig auch komorbid auftretende Krankheitsbilder (Auszug aus Tabelle 7.1 von (5))

Differentialdiagnosen (ICD-10)	Dominierende Beschwerden	Relevante Beschwerden (Beispiele)
Depressive Störung (F3 X)	Niedergeschlagenheit, Interessenverlust	Erschöpfung, Schmerzen, Schlaf- & Appetitstörung
Angststörungen (F40 oder F41)	Generalisierte Angst, Panikattacken	Palpitationen, Meidungsverhalten, attackenartiger Schwindel
Suchterkrankung (F10-19)	Medikament- & Alkoholabhängigkeit	Einnahme zur Symptomlinderung
Anpassungsstörung (F43.0)		Klarer Bezug zu einer entscheidenden Lebensveränderung
Nichtorganische Schlafstörung (F51)		Ein- & Durchschlafprobleme
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.19)	„Flashbacks“ wie im Film	Schreckhaftigkeit, Gefühl der emotionalen Abstumpfung

2.1.3 Kritik und Probleme der aktuellen Klassifikationen

Die Diagnose einer Erkrankung wird heutzutage als Tor zu ihrer klinischen Behandlung begriffen (13). Wenig praktikable und inkonsistente Diagnosekriterien führen in der Allgemeinmedizin zu diagnostischen Barrieren, die sich negativ auf die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden auswirken (13, 36, 48).

Vor dem Hintergrund der Neuauflagen des ICD (voraussichtliche Herausgabe 2018) und des DSM V (erschieden 2013) werden aktuell die Diagnose-Konstrukte des ICD-10 und DSM- als wenig praktikabel kritisiert und grundlegend diskutiert (16, 36, 48, 50-52). Bisher sind die F45 Diagnosen des ICD-10 Ausschlussdiagnosen mit unzureichender Diagnosevalidität, die zu einer erheblichen Verzögerung der Diagnostik und Behandlung führt (16, 52). Die Umsetzung der F45 Diagnosen wird von Ärzten und Patienten als unbefriedigend erlebt (4). Während somatische Krank-

heitsbilder oft graduell nach Schweregrad codiert werden, fehlt diese Möglichkeit der Graduierung bei psychosomatischen Erkrankungen (36). Die fünfte Version des DSM hat zwar mit den erheblichen Neuerungen in Form des „somatic symptom disorder“ einige der Kritiken berücksichtigt, es ist jedoch nicht das Diagnosehandwerk eines Hausarztes. Es besteht eine starke Notwendigkeit für die Forschung, sich der Realität und Tätigkeit der Hausärzte anzunehmen (9). Durch eine „Bottom-up-Studie“ muss zunächst dargestellt werden, wie der Allgemeinarzt Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden im Praxisalltag einordnet. Dies gewährleistet weitere Schritte zur Verbesserung der Versorgung. Unsere Arbeit verfolgt diesen Ansatz.

2.2 Zielsetzung

Diese Studie hat zum Ziel, die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen (NFS) Körperbeschwerden in einer Hausarztpraxis realitätsnah zu untersuchen.

Dabei werden die Kenntnisse des Arztes über die biopsychosoziale Belange der Patienten genauso betrachtet wie die Daten zur Prävalenz von Erkrankungen (psychisch und somatisch), der Inanspruchnahme der Praxis (Arztkontakte und Überweisung) und der Arbeitsunfähigkeit.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Erhebung liegt auf der Untersuchung von Zusammenhängen von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen mit der Komorbidität anderer Erkrankungen und einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen. Dazu wird die Patientengruppe mit NFS mit einer Kontrollgruppe von Patienten mit somatisch erklärten Erkrankungen verglichen.

Es werden folgende Hypothesen untersucht:

- Der Anteil von Patienten mit NFS Körperbeschwerden in der Allgemeinarztpraxis ist hoch. Diese Patienten bilden bezüglich der erhobenen Daten eine heterogene Gruppe.
- Die Patienten mit NFS Körperbeschwerden unterscheiden sich hinsichtlich der Komorbidität, dem Inanspruchnahmeverhalten und ihrer Arbeitsausfalltage von der Kontrollgruppe.
- Der Allgemeinarzt ist in der Lage, Patienten mit NFS Körperbeschwerden im biopsychosozialen Blickfeld zu sehen und kennt ihre psycho-soziale Belastungsfaktoren.

3 Patienten und Methoden

3.1 Studiendesign und Ablauf

Bei der vorliegenden Dissertation handelt es sich um eine retrospektiv-statistische Analyse von Krankenakten einer Allgemeinarztpraxis innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr (01.07.2012 bis 31.06.2013). Die betrachtete Praxis befindet sich im Ballungsraum München und hat aufgrund der Lage in der Vorstadt ein großes Einzugsgebiet von Patienten. Die retrospektive Betrachtung der Daten konnte unter der Bedingung von Qualitätsstandards bei der Versorgung psychosomatischer Patienten durchgeführt werden. Wir konnten sicherstellen, dass die Daten und Akten der Patienten bei psychosomatischen Fällen leitlinienkonform dokumentiert wurden. Dazu gehörten a) eine korrekte Codierung, b) leitliniengerechte Therapie und Diagnostik und c) ärztliche Qualifikationen der psychosomatischen Grundversorgung. Die Praxis ist eine Lehrpraxis der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU).

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit werden von jetzt an Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden „Psychosomatiker“ oder „psychosomatische Patienten“ genannt.

Im Ablauf der Studie erfolgte zunächst die Identifikation der Patientenpopulation von psychosomatischen Patienten (Psychosomatiker). Insgesamt 90 Psychosomatiker wurden durch Ausschlusskriterien nachträglich ausgeschlossen. Erst nach der Erhebung der Daten der Psychosomatiker wurde eine Kontrollgruppe entworfen. Die Patientendaten (siehe 3.3) der Psychosomatiker wurden im Arztinformationssystem (elektronische Patientenakte) erfasst und patientenbezogen als Variablen in Excel-Tabellen codiert. Es folgte die Auswertung der Art und Anzahl der psychosomati-

schen Beschwerden und somit die Erstellung eines individuellen Symptomprofils. Dieses Profil war unter anderem für das anschließende Matching der Kontrollgruppe von Bedeutung. Patienten mit rein somatischen Erkrankungen (hier Somatiker genannt) definierten die Kontrollgruppe, welche adjustiert nach Alter, Geschlecht und Symptomprofil entworfen wurde. Die Daten der Somatiker wurden mit der gleichen Methode wie bei den Psychosomatikern erfasst (siehe 3.3). Der letzte Abschnitt der Studie betraf die statistische Analyse der anonymisierten Patientendaten (siehe 3.4 *Statistische Methoden*).

Alle Daten wurden durch den Arzt und die Arzthelferinnen erhoben und irreversibel anonymisiert an die Autorin weiter gegeben. Die Patientendaten wurden vertraulich behandelt und zu keinem Zeitpunkt an Dritte weitergereicht. Die Zustimmung der Ethikkommission der LMU München wurde vor Durchführung der Studie eingeholt.

3.2 Definition der Patientengruppen

3.2.1 Psychosomatische Patienten

3.2.1.1 Einschlusskriterien

Es galten folgende Kriterien für die Aufnahme in die Studie als Psychosomatiker:

- Alter: mindestens achtzehn Jahre
- Abrechnungsziffer 35110: „verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen“ (siehe *zusätzliche Erklärung*)
- Praxisinterne Bezeichnung der Psychosomatiker mit „PSER“ d.h. psychosomatische Erschöpfung (siehe *zusätzliche Erklärung*)
- Dauerdiagnose: funktionelle Syndrome wie z.B. Fibromyalgie, Colon Irritable, Chronic Fatigue
- Arztkontakt innerhalb des Zeitraumes 01.07.2012 - 31.06.2013

- Bei erstem Arztkontakt als neuer Patient: Kontakt im ersten betrachteten Quartal 01.07.2012 -01.10.2012

3.2.1.2 Ausschlusskriterien

Nicht zulässig für die Aufnahme in die Gruppe der Psychosomatiker waren

- Alter: unter achtzehn Jahren
- Diagnosen: Demenz, Alzheimer, Autismus, Schizophrenie
- Versterben im betrachteten Zeitraum (n=1)
- Als neuer Patient erster Arztkontakt nach dem ersten betrachteten Quartal (d.h. nach dem 01.11.2012)
- Kontakt zur ausschließlichen Rezeptabholung

Zusätzliche Erklärung zu den Einschlusskriterien

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung (EBM) umschreibt die Abrechnungsziffer 35110 als die „verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, die mit einer systematischen Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion einhergeht und mindestens eine Dauer von fünfzehn Minuten haben muss“ (53). Wird die Ziffer 35110 abgerechnet, so ist zuvor eine eingehende Abklärung eventueller körperlicher Ursachen der beklagten Beschwerden erfolgt. Diese „differentialdiagnostische Abklärung psychosomatischer Krankheitszustände“ wird im EBM als die Ziffer 35100 codiert und ist die Voraussetzung für die Abrechnung der Ziffer 35110. Wir haben uns bewusst alleinig für die Ziffer 35110 entschieden. Sie indiziert, dass die psychosomatischen Beschwerden differentialdiagnostisch abgeklärt sind und rein somatische Ursachen ausgeschlossen wurden.

Die praxisinterne, psychosomatische Zusatzbezeichnung PSER („psychosomatisches“ und/oder „psychovegetatives Erschöpfungssyndrom“) wird in der bezeichneten Praxis grundsätzlich bei psychosomatischen Patienten verwendet. Diese eigene Diagnosehilfe des Alltags hat sich in der Praxis etabliert und ist eine mit vielen psy-

chosomatischen Diagnosen vereinbare Kennzeichnung. Praxisintern werden Kriterien angewandt, die in Form eines Algorithmus zu der Bezeichnung PSER führen. Folgende Kriterien bestimmen den PSER-Algorithmus.

1. Kontakt und **Basisanamnese**: Der Patient berichtet von Beschwerden und subjektive Beeinträchtigungen, Triggerfaktoren, eventuell auch psychosoziale Belastungen.
2. **Erweiterte Anamnese**: Bei Hinweisen auf besondere Belastungsfaktoren exploriert der Arzt aktuelle Lebensumstände und eventuell biographische Belastungen.
3. Nebenbei läuft die **somatische Abklärung** der berichteten körperlichen Empfinden. Zusätzliche somatische und psychische Diagnosen werden berücksichtigt und behandelt.
4. Es wird kein diagnostisches Korrelat für die Beschwerden gefunden. Der Patient erhält die **Kennzeichnung PSER**.

In der Praxis konnten die Psychosomatiker entweder über die alleinige Bezifferung mit 35110 oder PSER identifiziert werden. Auch ein gleichzeitiger Vermerk von Ziffer 35110 und PSER war möglich.

3.2.1.3 Psychosomatische Beschwerdekomplexe

Bezüglich der Psychosomatiker erfolgt innerhalb des Praxissystems grundsätzlich eine eingehendere Benennung des psychosomatisch betroffenen Organsystems (z.B. Kardiopulmonal bei Brustschmerzen oder Gastrointestinal bei Verdauungsbeschwerden). Die Unterteilung in psychosomatische Beschwerdekomplex-Cluster dient dazu, die Ausprägung der präsentierten Beschwerden in körperliche Kategorien nach Organ-Funktionssystemen einzuteilen. Es wurden folgende Beschwerden in passende Beschwerdekomplex-Cluster eingeteilt.

1. Thorakale Beschwerden (Kardiopulmonal=KP)
Herzrasen, Herzstolpern, Atemhemmung, Atembeklemmung, Druckgefühl, Beklemmungsgefühl, Globusgefühl und retrosternale Schmerzen.

2. Beschwerden des Bewegungsapparates (Muskuloskelettal=MS)
Arthritische Beschwerden, Wirbelsäulen-Syndrome, Verkrampfungen, Verspannungen und Schmerzen (Rücken, Arme, Beine, Gelenke).

3. Beschwerden im abdominellen Bereich (Gastrointestinal=GI)
Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Druckgefühl, Bauchschmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten, Aufstoßen/postprandiale/dyspeptische Beschwerden, Sodbrennen, Meteorismus, Diarrhöen, häufiger Stuhldrang, Appetitverlust und Mundtrockenheit.

4. Wichtige Allgemeinsymptome, Beschwerden des Nervensystems und der Sinnesorgane (Generalisiert=GN)
Abgeschlagenheit, Leistungsknick, außergewöhnliche Müdigkeit, Schweißausbrüche/Hitzewallungen, Schlafstörungen, Konzentrationsbeschwerden, Gedächtnisstörungen, Juckreiz, Schwindel, Gleichgewichtstörungen, Ohrgeräusche und Kopfschmerzen.

Da viele Patienten mehr als einen Beschwerdekomples (BS) präsentierten, wurden auf diese Weise für 338 Patienten 575 Beschwerdekomples erfasst.

3.2.2 Kontrollgruppe der somatischen Patienten

Die Kontrollgruppe sollte ein Drittel der Anzahl der erhobenen psychosomatischen Beschwerdekomples darstellen, da beide Patientengruppen vordergründig nach ei-

nem angepassten Symptomprofil gematcht werden sollten. Die Somatiker wurden also nicht anteilig an der Anzahl der Psychosomatiker berechnet. Insgesamt wurden 575 psychosomatische Beschwerdekompexe erhoben, die Fallzahlberechnung der Kontrolle sollte 190 betragen. Um eventuellen nachträglichen Ausschlüssen zuvorzukommen, wurden 200 Somatiker in die Kontrollgruppe aufgenommen. Da niemand ausgeschlossen wurde, verblieben 200 Patienten. Die Kontrollgruppe wurde nach Alter und Geschlecht adjustiert. Zum Beispiel präsentierten Psychosomatiker insgesamt n=92 kardiopulmonale psychosomatische Beschwerdekompexe (74 Frauen, 18 Männer). Dem zufolge wurden für die Kontrollgruppe ein Drittel dieser BS in Form von Patienten mit organisch begründeten Herzerkrankungen gesucht (n=31 Patienten (24 weibl., 6 männl.))

Es galten folgende Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe der Somatiker:

3.2.2.1 Einschlusskriterien

- Alter: mindestens achtzehn Jahre
- Arztkontakt innerhalb des Zeitraumes 01.07.2012 - 31.06.2013
- Bei erstem Arztkontakt als neuer Patient: Kontakt im ersten betrachteten Quartal 01.07.2012 -01.10.2012

3.2.2.2 Ausschlusskriterien

- Abrechnungsziffer 35110: „verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen“ *(s.u.)
- Praxisinterne Bezeichnung der Psychosomatiker mit „PSER“ * (s.u.)
- Alter: unter achtzehn Jahre
- Dauerdiagnose: funktionelle Syndrome wie z.B. Fibromyalgie, Colon Irritabile, Chronic-Fatigue-Syndrom
- Ausschließliche Rezeptabholung
- Als neuer Patient erster Arztkontakt nach dem ersten betrachteten Quartal (d.h. ab 01.11.2012)

*Es wurde sichergestellt, dass auch vor und nach dem Zeitraum 01.07.2012 - 31.06.2013 keine psychosomatische Genese der Beschwerden festgestellt wurde. Dafür erweiterten wir den Zeitraum der beiden mit * gekennzeichneten Ausschlusskriterien auf zwei Jahre und vier Monate. Es durften zwischen 01.07.2010 und 01.11.2013 weder PSER noch 35110 verzeichnet werden.

3.2.2.3 Äquivalente somatische Diagnosen

Die äquivalenten Diagnosen sind klar definierte, hinreichend organisch begründete Diagnosen, die den unter 3.2.1.3 beschriebenen Beschwerdekomples-Clustern der Psychosomatiker entsprechen. Unter der Eingabe von Diagnosestichworten und dem benötigten Alter und Geschlecht wurden die passenden Somatiker im Arzteinformati-onssystem gesucht. Erschienen durch die gezielte Suche mehr Patienten als für die Anzahl der Kontrollgruppe vorhergesehen, so wurden hier die Somatiker durch das Zufallsprinzip bestimmt. Akute Atemwegsinfekte und gynäkologische Beschwerden wurden im Vorhinein als mögliche Diagnose ausgeschlossen.

Er ergaben sich folgende vier Diagnose-Cluster.

1. Kardio-Pulmonale Erkrankungen

Kardiomyopathie, Koronare Herzerkrankung (KHK), Arterielle Hypertonie, Mitralklappenstenose, Mitralklappeninsuffizienz, Brustaortenaneurysma, Myokarditis, Endokarditis, Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD) & Lungenfibrose und Mukoviszidose.

2. Muskuloskelettale Erkrankungen

Kreuzbandrupturen, Meniskusläsionen, Arthritis, symptomatische Arthrose, Erkrankungen der Bandscheibe, Tendovaginitis, Tendinitis, Epicondylitis, Karpaltunnelsyndrom und Bursitis trochanterica.

3. Gastrointestinale Erkrankungen

Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, Divertikulitis, Kolonkarzinom, Pankreatitis, Refluxerkrankungen und Hiatushernie, Choledocholithiasis, Cholezystolithiasis, Hämorrhiden und Sigmadivertikulose.

4. Endokrinologische, Hämatologische Erkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane

Anämie unterschiedlicher Genese, Hashimoto-Thyreoiditis, Hypothyreose, Lagerungsschwindel, Vestibularis-Syndrom und Migräne.

3.3 Datenerfassung der Patienten

Aus dem Arzteinformationssystem wurden insgesamt einundzwanzig Daten und Informationsmerkmale als Variablen erhoben. Sie bilden die Grundlage der statistischen Analyse und werden im Folgenden als Merkmale bezeichnet. Sie werden in *Tabelle 4* wiedergegeben. Jeder Psychosomatiker wurde bezüglich des Vorhandenseins der Merkmale 1) - 21) geprüft. Bei den Somatikern wurden die Merkmale 11) – 21) auf Vorhandensein untersucht.

Für die Erfassung der dokumentierten Stressfaktoren wurde die Social Readjustment Scale, eine Skala mit 43 Lebensereignissen nach Holmes und Rahe verwendet (54). Sie besteht aus einem Inventar von unterschiedlich gewichteten Belastungsfaktoren, die in drei Kategorien (intrapersonell, familiär, beruflich) eingeteilt werden können (31, 55). Die gesamte Skala wird im Anhang dargestellt.

Tabelle 4 Auflistung der Patientenmerkmale

1)	Anzahl der psychosomatischen Beschwerden
2)	Kardio-Pulmonale Beschwerden
3)	Muskuloskelettale Beschwerden
4)	Gastrointestinale Beschwerden
5)	Generalisierte Beschwerden
6)	Vorhandensein eines Funktionellen Syndroms nach ICD-10
7)	Anzahl der dokumentierten Stressoren
8)	Familiäre Stressoren
9)	Intrapersonelle Stressoren
10)	Berufliche Stressoren
11)	Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose (siehe ^{a)})
12)	Angststörung (generalisierte Angststörung, Panikstörung, Phobie)
13)	Depression (siehe ^{b)})
14)	sonstige psychiatrische Diagnosen (Verhaltensstörung, Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung)
15)	Anzahl der somatischen Diagnosen (siehe ^{a)})
16)	Vorhandensein eines Tumorleidens
17)	Anzahl der Praxisbesuche
18)	Anzahl der Überweisungen an Fachärzte und Kliniken aller Fachrichtungen
19)	Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage
20)	Alter
21)	Geschlecht

Zu Ergänzungen zu Tabelle 4:

- a) die Diagnosen mussten als Dauerdiagnosen (d.h. länger als zwei Quartale) im System verzeichnet sein.
- b) Jegliche Art der Depression inklusive somatisierte Depression. S3 Leitlinie zu Somatisierter Depression: „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind NICHT automatisch gleichzusetzen mit lavierten bzw. somatisierten Depressionen!“ (5).

3.4 Statistische Methoden

Für die Dateneingabe und Darstellung in tabellarischer und graphischer Form wurde das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel 2011 verwendet. Die statistische Auswertung erfolgte mit der Statistik Software von IBM, SPSS Version 21.

Die Basisdaten der Patientenpopulationen wurden deskriptiv beschrieben. Ein t-Test oder ein X^2 -Test wurde je nach Verteilung durchgeführt.

Bei der Analyse der psychosomatischen Beschwerdekompexe (BS) konnten die Psychosomatiker in drei Gruppen gemäß der Anzahl der BS eingeteilt werden. Die drei Gruppen wurden auf Unterschiede in der Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit mit dem Kruskal-Wallis Rangsummen-Test für nichtnormalverteilte Daten untersucht und durch den Post-Hoc-Test erweitert.

Mit dem Risikoschätzer Odds Ratio wurde das Risiko der psychischen Komorbidität und zusätzlich im Einzelnen die Odds Ratio für Angst und Depression berechnet. Über den Chi-Quadrat-Test wurden Unterschiede im Ausmaß der Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit einer psychischen Komorbidität ermittelt. Der Man-Whitney-U Test für nicht normalverteilte Daten zeigte, ob innerhalb der

Patientengruppen diejenigen Patienten mit einer psychischen Komorbidität eine erhöhte Inanspruchnahme der Praxis und mehr Arbeitsunfähigkeitstage haben.

Zusätzlich wurde in der Zielpopulation der Psychosomatiker eine multiple lineare Regressionsanalyse adjustiert nach Alter und Geschlecht durchgeführt. Die drei abhängigen Variablen A: Summe der Besuche, B. Arbeitsunfähigkeit und C. Anzahl der Beschwerdekompexe wurden auf die folgenden potenziellen Einflussfaktoren untersucht. 1. Das Vorhandensein einer *psychiatrischen Diagnose*, 2. Das Vorhandensein einer *somatischen Diagnose* und 3. Die Summe aus dem *Stress-Score*, 4. Die *Anzahl der Stressoren* und die 5. Die *Anzahl der somatischen Diagnosen*.

4 Ergebnisse

4.1 Darstellung der psychosomatischen Patienten

4.1.1 Charakteristiken der Psychosomatiker

Im Zeitraum von 01.07.2012 bis 31.06.2013 wurden 2120 Patienten versorgt. Hierzu gehören auch Patienten, die im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes behandelt wurden. Die Population der Psychosomatiker machte mit 428 einen Anteil von 20,2% aus. Davon wurden 282 Psychosomatiker (66%) mit der Praxisinternen Kennzeichnung „PSER“ gekennzeichnet. Eine PSER-Kennzeichnung ohne die Ziffer 35110 war bei 25% (n=107) der Psychosomatiker gegeben.

321 Psychosomatiker (75%) wurden durch die EBM Ziffer 35110 erfasst. Eine EBM-Ziffer ohne PSER Kennzeichnung verzeichneten 34%.

175 Psychosomatiker (41%) waren sowohl mit PSER als auch mit der 35110 gekennzeichnet. *Abbildung 1* zeigt den Anteil der Psychosomatiker an der Patientengesamtheit. Zusätzlich werden die Gruppen „nur PSER“, „nur 35110“ und „PSER und 35110“ abgebildet.

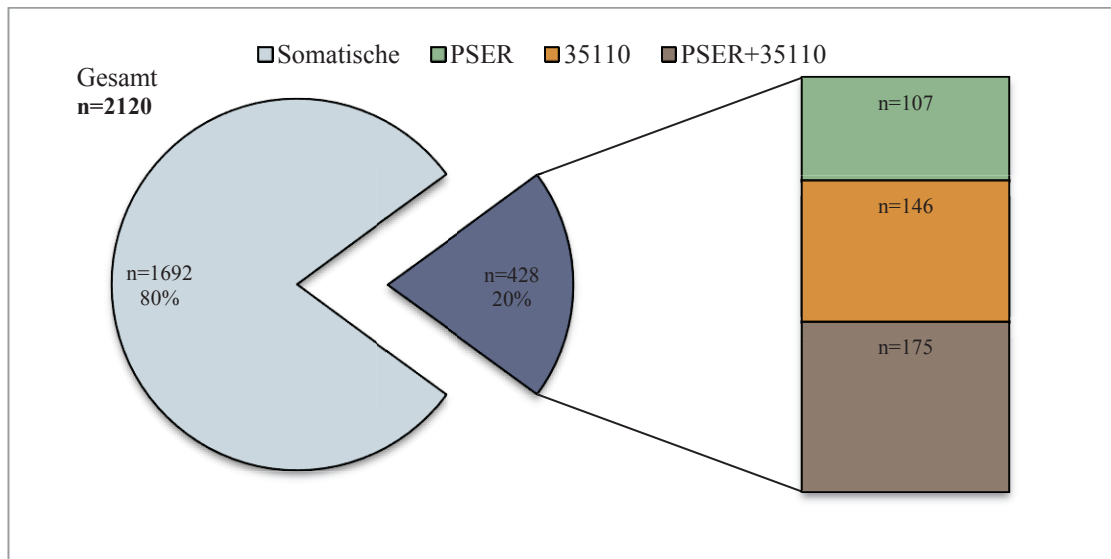


Abbildung 1 Anteil der Psychosomatiker an der Patientengesamtheit und deren Zusammensetzung aus Patienten mit Kennzeichnung PSER, Ziffer 35110 und Patienten mit beiden Kennzeichnungen

Nach Anwendung der Ausschlusskriterien (siehe 3.2.2) konnten 338 Patienten als Psychosomatiker in die vorliegende statistische Analyse einbezogen werden. Der prozentuale Anteil der untersuchten psychosomatischen Patienten von 2120 Patienten war 16%.

Bei den Psychosomatikern zeigte sich eine signifikante Geschlechtsdifferenz mit einem Anteil von 80% (n=271) weiblicher Patienten. Der Altersmedian lag bei 49 Jahren (min:18, max:87). In der Altersspanne zwischen 40 und 60 Jahren waren 54% (n=184) aller Patienten vertreten. *Abbildung 2* zeigt eine detaillierte Darstellung mit einer Unterscheidung der beiden Geschlechter und ihrer Häufigkeit in den Altersgruppen.

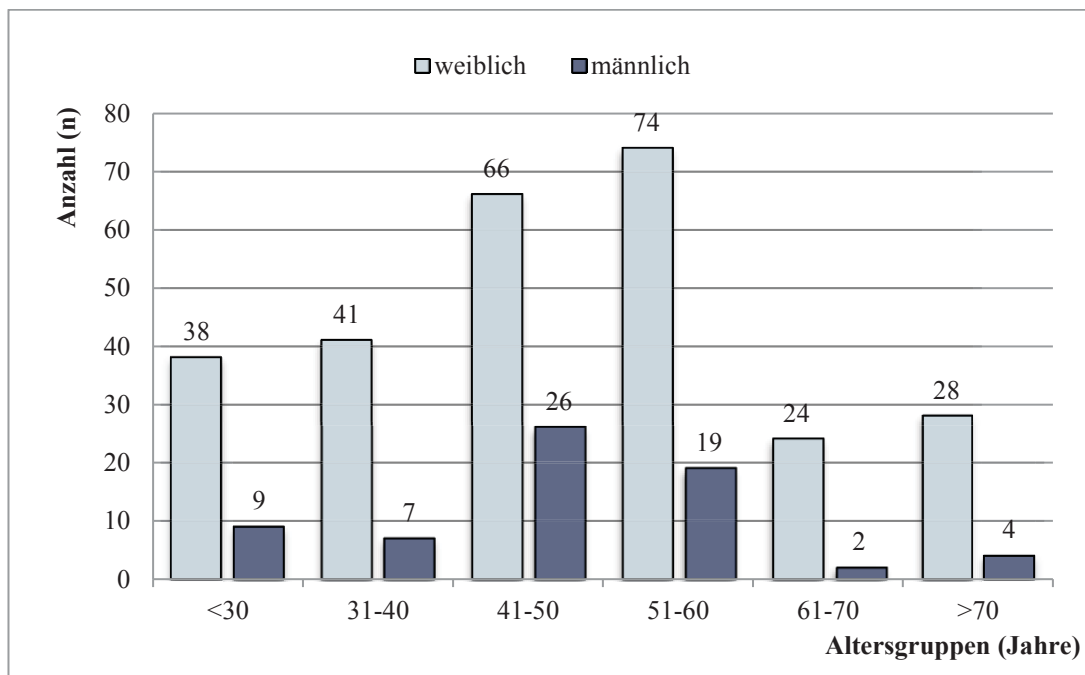


Abbildung 2 Altersverteilung der Psychosomatiker mit Geschlechtsdifferenzierung

4.1.2 Ausprägung der psychosomatischen Beschwerden

Wir unterscheiden zwischen Psychosomatikern und psychosomatischen Beschwerdekomplessen (BS), die unter 3.2.1.3 eingehend erklärt werden. Ein Psychosomatiker kann mehrere BS präsentieren.

4.1.2.1 Symptomcluster der psychosomatischen Beschwerdekomplessen

Insgesamt 338 Psychosomatiker präsentierten 575 BS und damit im Durchschnitt 1,7 Beschwerden pro Psychosomatiker. Daraus ergab sich, dass der „BS generalisiert“ mit 199 (35% von 575) am häufigsten ausgeprägt war. Die anderen Beschwerdekomplessen waren mit 150 (26%) als „BS muskuloskelettal“, 134 (23%) als „BS gastrointestinal“ und mit 92 Patienten (16%) als „BS kardiopulmonal“ vertreten (siehe *Abbildung 3*).

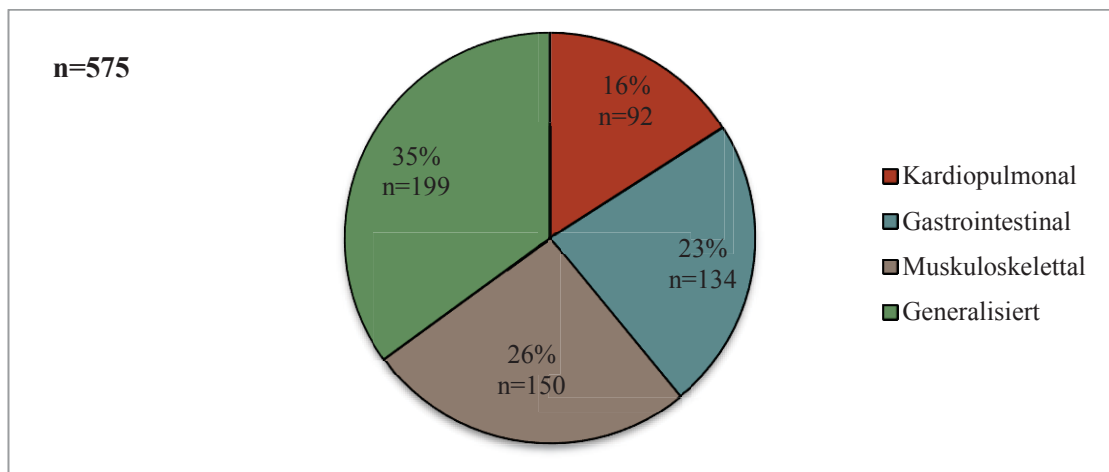


Abbildung 3 Prozentualer Anteil der Symptom-Beschwerdecluster an der Gesamtheit von 575 Beschwerdekomplexen (BS)

Neben diesen vier BS wurden basierend auf dem Diagnosespektrum der ICD-10 aus dem Formenkreis der funktionellen Syndrome Fibromyalgie, Colon Irritable und Chronic Fatigue erfasst. Bei 71 Psychosomatikern (21%) bestand die codierte Diagnose eines funktionellen Syndroms. Genauer betrachtet zeigte sich folgende Verteilung der Diagnosen: Colon Irritable 13.9% (n=47), Fibromyalgie 5.3% (n=18), Chronic Fatigue 0.3% (n=1), fünf Patienten (1,5%) wurden sowohl Fibromyalgie als auch Colon Irritable zugeschrieben. Die Diagnose Colon Irritable ging in die Gruppe „Gastrointestinal“, die Fibromyalgie in die Gruppe „Muskuloskelettal“ und das Chronic Fatigue Syndrom in die Gruppe „Generalisiert“ ein.

4.1.2.2 Die Anzahl der psychosomatischen Beschwerdekomplexe (BS-Gruppen)

Die Psychosomatiker wurden in drei Patientengruppen nach der Anzahl der erfassten Beschwerdekomplexe (BS) zugeteilt. Die Gruppen bestanden aus Patienten mit einem, zwei oder drei/mehr als drei BS. Mehr als einen BS verzeichneten 54% der Psychosomatiker (siehe *Abbildung 4*).

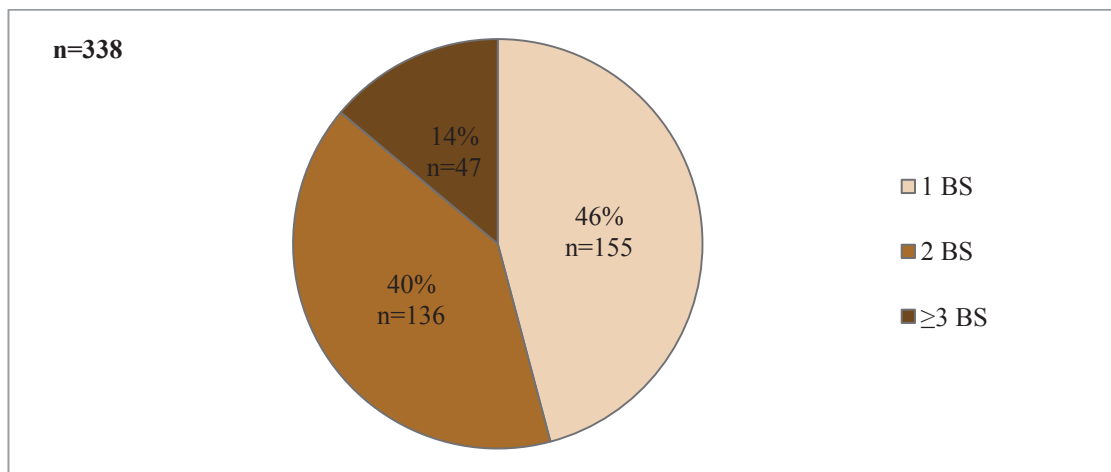


Abbildung 4 Aufteilung der Psychosomatiker in drei Gruppen nach Anzahl der Beschwerdekompexe (BS)

4.1.2.3 Symptomprofile der Beschwerdekompex-Gruppen

Bei Patienten mit einem BS (n=154) war der Cluster „Generalisiert“ mit 38% (n=61) am häufigsten ausgeprägt. Die Clustergruppen MS=23% und GI=22% und KP=17% waren weniger häufig ausgeprägt. Es zeigte sich eine Überlappung der Symptomcluster bei 54% der Psychosomatiker. Durch die Anwendung der Dummy Codierung erhielten wir Aufschluss über die jeweilige Kombination der Beschwerdekompexe in BS2 und BS \geq 3. *Tabelle 5* zeigt die Kombinationsverteilungen der Beschwerde-Cluster. Wir konnten feststellen, dass 126 Patienten beider Gruppen (Psychosomatiker und Somatiker) in der Ausprägung ihrer Beschwerden identisch waren.

Tabelle 5 Kombinationen der Beschwerdekomples-Cluster

Beschwerdekomples	n	% (n)
1 BS	154	100
GN	60	39
MS	34	22
GI	33	21
KP	27	18
2 BS	134	100
GN+GI	45	34
GN+MS	30	23
MS+GI	19	14
GN+KP	18	13
KP+GI	11	8
KP+MS	11	8
3 BS	47	100
GN+GI+MS	25	53
GN+GI+KP	10	21
GN+MS+KP	8	17
KP+MS+GI	4	9
4 BS	3	100

GN = Generalisiert, MS = Muskuloskelettal, GI = Gastrointestinal, KP = Kardiopulmonal

4.1.2.4 Vergleich der Beschwerdekomples-Gruppen für Praxisnutzung und Arbeitsunfähigkeit

Innerhalb der drei Gruppen BS 1, BS 2 und BS ≥ 3 ergab der Kolmogorov-Smirnov-Test ($p_0 < .001$) auf Normalverteilung, dass die Variablen zu *Besuchen*, *Überweisungen* und *Arbeitsunfähigkeit* nicht normalverteilt waren. Der Kruskal-Wallis Test für nichtnormalverteilte Daten zeigte, dass sich die drei BS Gruppen in ihren Mittelwerten (Anzahl der Besuche und Überweisung, Arbeitsunfähigkeitstage) signifikant unterschieden ($\text{Chi}^2(2)=18$, $p < .001$). Die Hypothese, dass Psychosomatiker eine heterogene Gruppe darstellen konnte somit bestätigt werden. Der Unterschied der Mittelwerte von Besuchsanzahl, Arbeitsunfähigkeit und Überweisung zwischen den drei Gruppen war signifikant.

Die detaillierte Analyse durch den Post-Hoc Test ergab, dass sich die Gruppen BS 1 und BS 2 im Mittelwert der *Anzahl der Praxisbesuche* signifikant unterscheiden (mittlere Differenz(MD)= 4.2, p=.01).

Unterschiede zwischen den drei BS-Gruppen hinsichtlich der *Arbeitsunfähigkeitstage* zeigten die Gruppen BS1 mit BS2 eine signifikante Differenz (MD=-4.75, p=.003). Die Unterschiede der Kombinationen aus BS1 mit BS \geq 3 (MD=-3,14, p=.16) und BS2 mit BS \geq 3 (MD=1.6, p=.47) waren nicht signifikant.

Die *Anzahl der Überweisungen* unterschied sich die Gruppe der BS1 signifikant zu den Gruppen BS2 (MD=-1,59, p=<.001) und BS \geq 3 (MD=-1.2, p=.029). Die Ergebnisse werden in *Abbildung 5* dargestellt.

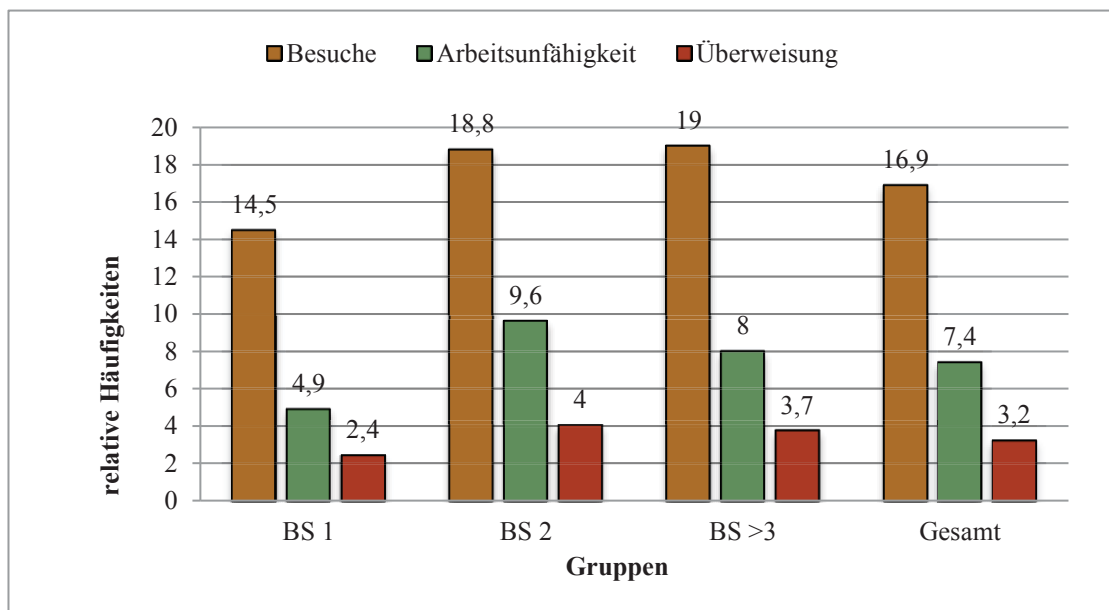


Abbildung 5 Relative Häufigkeit der Mittelwerte im Vergleich zwischen den Beschwerdekplex-Gruppen (BS) und der Gesamtheit (Besuche, Arbeitsunfähigkeit und Überweisung)

4.1.3 Komorbidität der Psychosomatiker

4.1.3.1 Somatische Komorbidität

Unsere Analyse zeigte, dass nahezu zwei Drittel (n=228) der Psychosomatiker auch körperlich erkrankt waren. Im Durchschnitt lag die Prävalenz der somatischen Erkrankungen pro Psychosomatiker bei 1,2 (min=1, max=7).

Die Auswertung ergab, dass bei Psychosomatikern insgesamt 112 (49%) mit einer, 70 (31%) Patienten mit zwei, 33 Patienten mit drei (14,5%) und 12 (5%) Patienten vier oder mehr als vier somatischen Nebendiagnosen diagnostiziert waren (siehe *Abbildung 6*). Bei 6% (n=20) der Patienten war ein Tumorleiden diagnostiziert. Mit der Korrelationsanalyse nach Pearson zeigte sich signifikant, dass das Vorhandensein einer somatischen Diagnose leicht mit der Anzahl der BS-Komplexe korreliert ($r=.107$, $p=.019$).

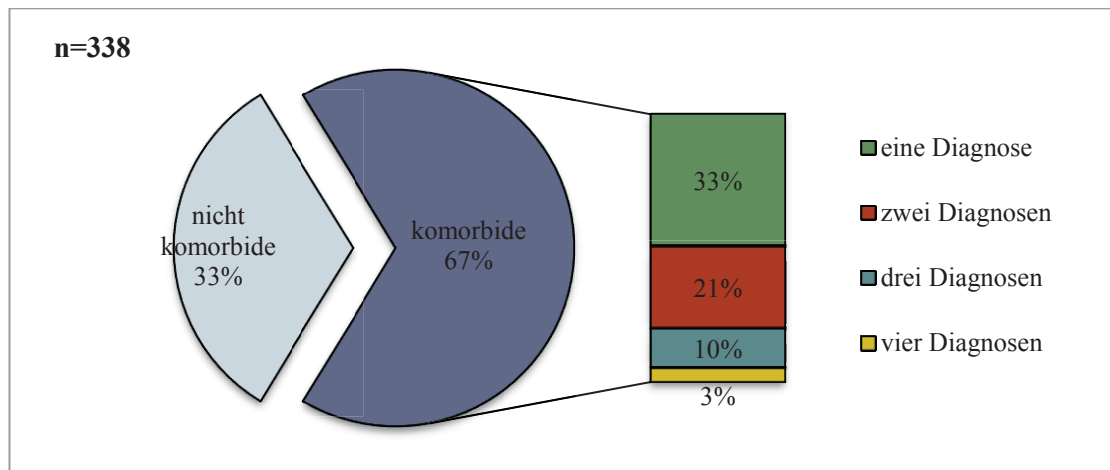


Abbildung 6 Prävalenz der somatischen Komorbidität der Psychosomatiker in Prozent

4.1.3.2 Psychische Komorbidität

Die Prävalenz der psychischen Komorbidität lag bei 46% (n=157) für das Vorhandensein von mindestens einer psychischen Erkrankung. Im einzelnen ergab die Auswertung, dass 118 Psychosomatiker (35%) an einer Depression und 68 Psychosoma-

tiker (20%) an Angststörungen litten. Bei 32 Psychosomatikern (9%) zeigte sich eine Ko-Prävalenz beider Diagnosen. Drei (1%) litten an sonstigen psychischen Diagnosen (siehe *Abbildung 7*).

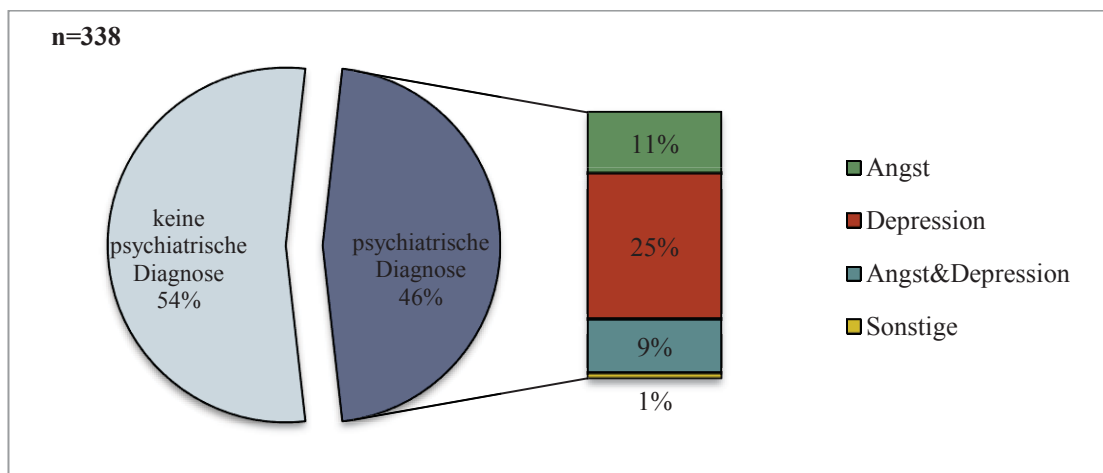


Abbildung 7 Prävalenz der psychische Komorbidität und der Diagnose Angst und Depression bei Psychosomatikern in Prozent

4.1.3.3 Prävalenz psychischer Diagnosen innerhalb der BS-Gruppen

Mit der steigenden Anzahl der Beschwerdekompexe erhöhte für sich betrachtet die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eine psychische Diagnose vorlag. Es bestand eine Prävalenz aller Psychosomatiker von 46%. Bei Psychosomatikern mit drei/mehr als drei psychosomatischen Beschwerden lag die Prävalenz mit 66% über dem Durchschnitt. Mit 40% stellte die Prävalenz der Gruppe mit einer Beschwerde sich unterdurchschnittlich dar. Der prozentuale Anteil von Patienten mit psychischer Komorbidität innerhalb der drei BS-Gruppen wird in *Tabelle 6* dargestellt.

Tabelle 6 Psychische Komorbidität in den jeweiligen Beschwerdekomples-Gruppen (BS)

	Psychische Diagnose	Keine psychische Diagnose	Gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)
1 BS	62 (40)	93 (60)	155 (100)
2 BS	64 (47)	72 (53)	136 (100)
3 BS	31 (66)	16 (34)	47 (100)
Gesamt	157 (100)	181 (100)	338 (100)

4.1.3.4 Multiple lineare Regressionsanalyse

Das Regressionsmodell sollte den Einfluss der Variablen „Anzahl der BS-Komplexe“, „Anzahl der Somatischen Diagnosen“, „Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose“, „Anzahl der Stressoren“ und „Vorhandensein einer somatischen Diagnose“ auf die Varianz der abhängigen Variablen Anzahl der Besuche, Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage und Anzahl der Beschwerdekomples untersuchen.

Die Varianz der abhängigen Variable „Anzahl der Besuche“ konnte zu 26% (korr. $R^2=.258$) mit den oben aufgezählten Variablen erklärt werden könnte. Dieser Varianzanteil ist auch im Vergleich zur Gesamtvarianz signifikant ($F(6,309)=19.24$, $p=<0.001$). Die relative Wichtigkeit der oben aufgeführten Variablen für die Vorhersage der Besuchsanzahl ergab, dass die Anzahl der somatischen Diagnosen ($T=6.730$) und die Anzahl der BS-Komplexe ($T=2.668$) für die Vorhersage interpretiert werden konnten. Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigte signifikant, dass das Vorhandensein einer somatischen Diagnose leicht mit der Anzahl der BS-Komplexe korreliert ($r=.107$, $p=.019$). Die Anzahl der somatischen Diagnosen trägt gemäß der Beta-werte $0.467/0.133=3,5$, das heißt dreieinhalb Mal mehr als die Anzahl der BS-Komplexe zur Vorhersage der Besuchsanzahl bei.

Die Varianz der abhängigen Variable „Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage“ ergab keine signifikante Aufklärung ($F(6,308)=1.493$, $p=.18$). Die Analyse hinsichtlich der

abhängigen Variable „Anzahl der BS-Komplexe“ konnte so gut wie gar nicht, d.h. nur mit 3% der Variablen signifikant aufgeklärt werden ($F(5,310)=2,932$, korr. $R^2=.030$, $p=.013$). Die einzige Variable, die zur Vorhersage der Anzahl der BS-Komplexe beitragen könnte wäre Vorhandensein einer psychischen Diagnose ($\beta=.154$, $T=2.783$, $p<.001$).

4.2 Vergleich der Patientengruppen

4.2.1 Beschreibung der Kontrollgruppe

4.2.1.1 Zusammensetzung der Gruppe der Somatiker

Die somatische Kontrollgruppe bestand aus 200 Patienten. Gemäß den Symptomkomplex-Anteilen der Psychosomatiker (*siehe 4.1.2*) ergab sich die in *Abbildung 8* dargestellte Aufteilung der somatischen Symptomprofile. Insgesamt waren zehn Patienten (5%) von einem Tumorleiden betroffen.

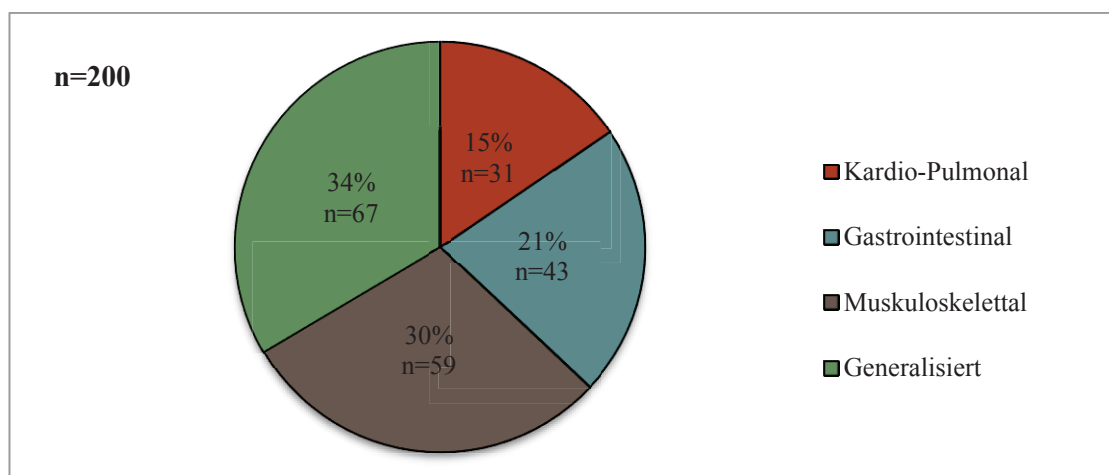


Abbildung 8 Zusammensetzung der Gruppe der Somatiker nach Symptomprofilen

Von den 200 Patienten waren 80% weiblich, der Altersmedian lag bei 49 Jahren (min:18, max:84). Die Somatiker wurden durch eine der unter 3.3.2 beschriebenen Diagnosen gemäß den Fallzahlen ausgewählt.

4.2.1.2 Somatische Erkrankungen der Kontrollgruppe

Die somatisch erkrankten Patienten wurden über ein Diagnosestichwort im Praxis-system gesucht. Häufig bestand eine Ko-Prävalenz somatischer Diagnosen. Die durchschnittliche Prävalenz somatischer Diagnosen war 2,15 (min=1, max=6). Somatiker wurden in vier Gruppen gemäß der Anzahl der somatischen Diagnosen (SD) eingeteilt (*Abbildung 9*).

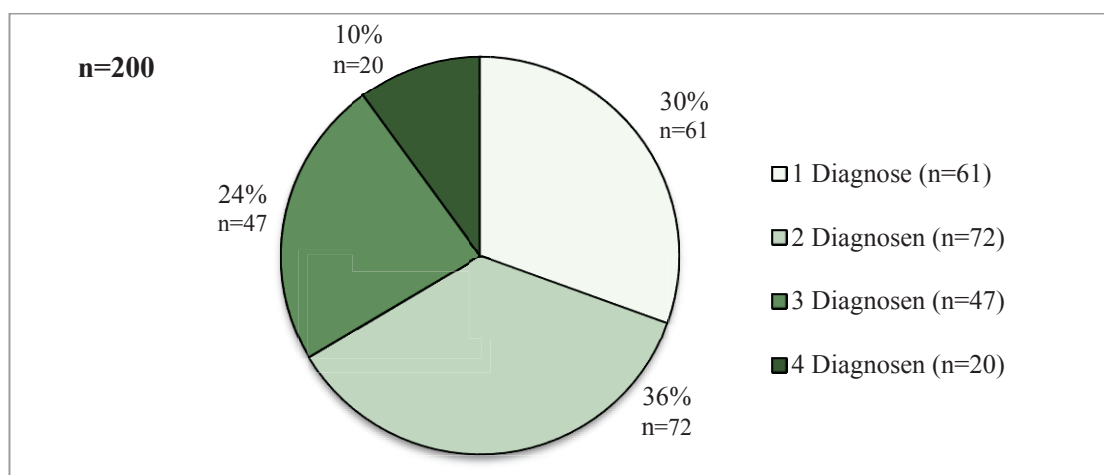


Abbildung 9 Prävalenz somatischer Komorbidität bei Somatikern

4.2.2 Psychische Komorbidität

Die Prävalenz der Psychosomatiker lag im Durchschnitt bei 0.62 psychiatrischen Diagnosen. Im Vergleich lag die durchschnittliche Prävalenz der Somatiker bei 0.13. Die beiden Patientengruppen unterschieden sich signifikant (Exakter Test nach Fisher $p < .001$). In der Kontrollgruppe verzeichneten insgesamt 10,5% ($n_k=21$) der Patienten eine psychiatrische Diagnose davon 2% ($n_k=4$) Angst, 6,5% ($n_k=13$) De-

pression, und 2% (n=4) hatten sowohl Angst als Depression als Diagnose nur ein Patient hatte ein sonstige psychiatrische Diagnose.

Im einzelnen war das Risiko als Psychosomatiker eine psychiatrische Diagnose zu verzeichnen um den Faktor 7,4 (OR=.135) erhöht. *Tabelle 7* stellt den Vergleich der psychischen Komorbidität und eine Aufgliederung in die Anzahl der psychischen Diagnosen dar.

Tabelle 7 Vergleich der Anzahl psychischer Diagnosen

	Psychosomatiker	Somatiker
	n (%)	n (%)
Keine Diagnose	181 (54)	179 (89,5)
1 Diagnose	113 (32)	17 (8,5)
2 Diagnosen	39 (12)	4 (2)
≥ 3 Diagnosen	5 (2)	0 (0)
Gesamt	338 (100)	200 (100)

Beide Gruppen unterschieden sich auch signifikant bezüglich der Prävalenz der Diagnosen Depression und Angststörungen wie es in *Tabelle 8* dargestellt ist. Das Risiko eine Angststörung als Diagnose zu verzeichnen ist bei Psychosomatikern um den Faktor 5,35 (OR=.187) erhöht. Bezüglich der Diagnose Depression ist das Risiko um 5,8 (OR=.173) größer (Exakter Test nach Fisher $p < .001$).

Tabelle 8 Vergleich der Prävalenz psychischer Diagnosen

	Psychosomatiker	Somatiker
	n (%)	n (%)
≥ 1 Diagnose	157 (46)	21 (11)
Angst	68 (20)	4 (2)
Depression	118 (35)	13 (6,5)
Angst und Depression	32 (10)	4 (2)

4.2.3 Inanspruchnahme und Arbeitsunfähigkeit

Im Vergleich zu der Kontrollgruppe wies die Gruppe der Psychosomatiker mehr Arztkontakte und mehr Überweisungen auf und verzeichnete mehr Arbeitsunfähigkeitstage. Beide Gruppen unterschieden sich in den drei Merkmalen signifikant ($p < .001$). Durchschnittlich besuchten Psychosomatiker 17 mal (min:1; max: 62) und Somatiker 11 mal (min: 1; max: 45) im Jahr die Praxis. Eine Kontaktzahl von einem bis dreißig Arztbesuchen im Jahr lag bei 98% der Somatiker und 86% der Psychosomatiker vor (siehe *Tabelle 9*).

Tabelle 9 Gegenüberstellung der Psychosomatiker und Somatiker hinsichtlich ihrer Praxisbesuche

Anzahl der Besuche	Psychosomatiker		Somatiker	
	n	%	n	%
1-5	52	15	56	28
6-15	140	41	91	45
16-30	101	30	49	25
31-45	32	9.7	4	2
46-60	12	4	0	0
>60	1	.3	0	0
Gesamt	338	100	200	100

Überweisungen an andere Fachgebiete erhielten Psychosomatiker im Durchschnitt 3,2 (min: 1; max: 21) und Somatiker 1,9 (min: 1; max: 17). Psychosomatiker waren im Durchschnitt länger krank geschrieben als Somatiker (siehe Abbildung 10). Eine Arbeitsunfähigkeit (AU) wurde bei 50% der Psychosomatiker (n=169) ausgestellt. Deutlich weniger, 35% (n=130), der Somatiker erhielten eine Ausstellung der AU. *Abbildung 10* liefert einen Überblick über die Praxisnutzung und Arbeitsunfähigkeit.

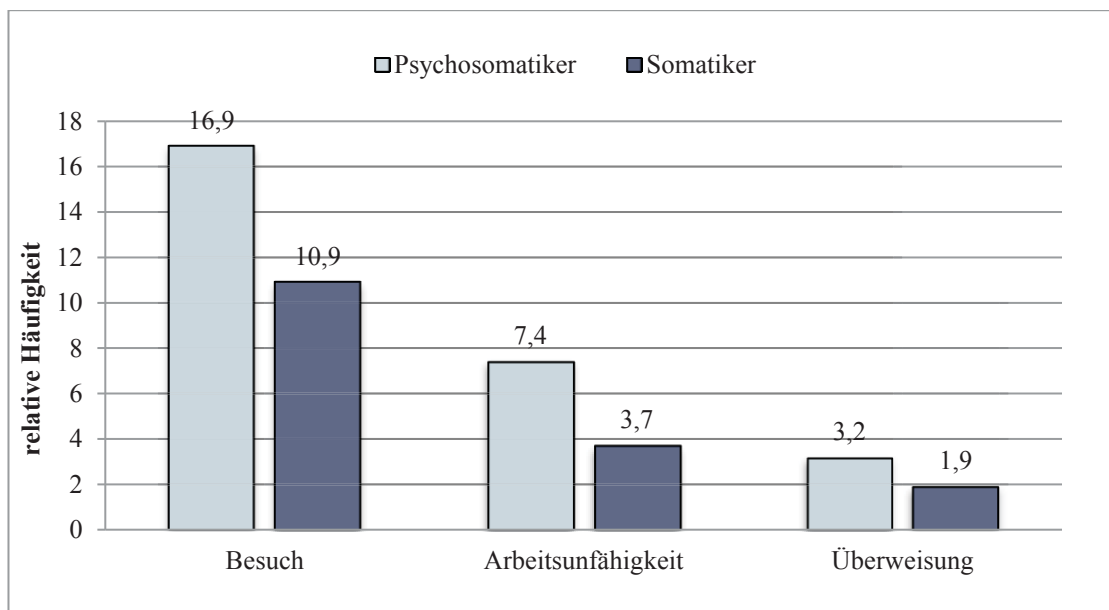


Abbildung 10 Vergleich der relativen Häufigkeiten bezüglich Besuche, Arbeitsunfähigkeit und Überweisung

4.3 Psycho-Sozialer Stress der psychosomatischen Patienten

4.3.1 Psycho-soziale Problemfelder

Die Untersuchung zu den psycho-sozialen Problemfeldern (PF) ergab, dass dem Arzt bei 332 Patienten (98%) mindestens ein Stressor bekannt war und er diesen notiert hatte. Bei sechs Patienten (1,7%) konnte der Arzt das genaue psycho-soziale PF nicht benennen, es war somit nicht konkret in den Akten verzeichnet. *Abbildung 11* zeigt eine Aufteilung der Psychosomatiker nach ihrer Anzahl notierter Stressoren.

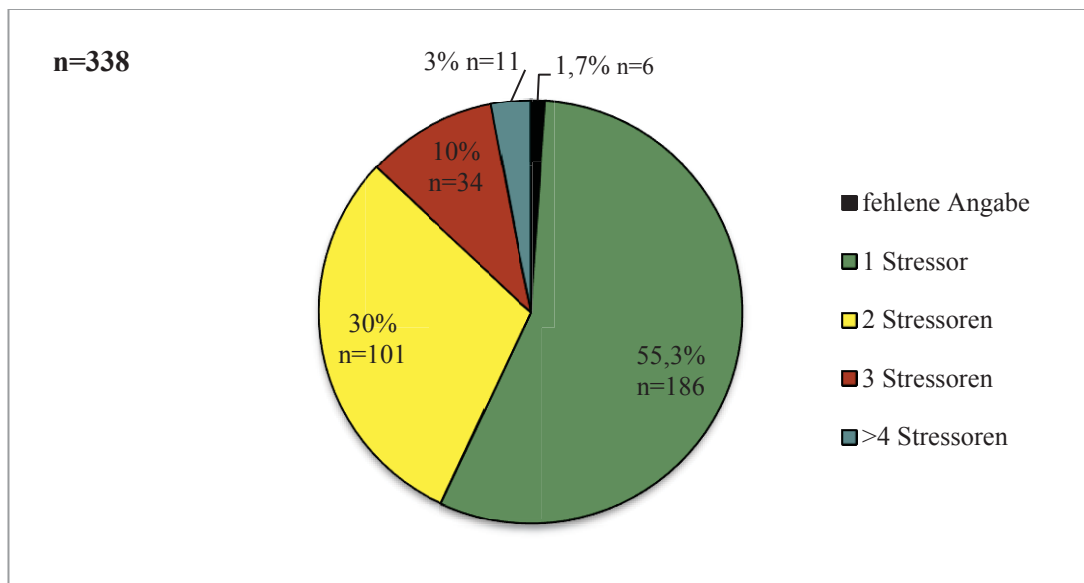


Abbildung 11 Anzahl der notierten Stressoren pro Psychosomatiker

4.3.1.1 Angaben über die Problemfelder: Familiär, Personell und Professionell

Wie in 3.3 *Erfassung der Patientendaten* beschrieben, wurden die individuellen psycho-sozialen PF als Stressoren in Kategorie-Gruppen eingeteilt. Häufig waren Belastungen in familiären Rahmenbedingungen notiert. Die genaue Verteilung stellt

Tabelle 10 dar. Durch die fehlenden Angaben beziehen sich die folgenden Angaben in *Tabelle 11-13* auf die gewertete Patientenzahl von 332 Patienten.

Tabelle 10 Anteile der Problemfelder bei Frauen und Männern

	Frauen	Männer	Gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)
Familiär	175 (65)	27 (40)	202 (60)
Intrapersonell	138 (51)	40 (58)	178 (53)
Beruflich	105 (39)	30 (45)	135 (40)
Gesamt	271 (100)	67 (100)	332 (100)

Familiäres Problemfeld

Der behandelnde Arzt notierte sich bei 202 Patienten ein familiäres PF. Frauen hatten prozentual häufiger familiären Stress als Männer (vgl. *Tabelle 10*). *Tabelle 11* gibt Aufschluss über die häufigsten familiären Stressfaktoren.

Tabelle 11 Häufigste familiäre Stressfaktoren

Stressfaktoren	n (%)
Tod eines Familienangehörigen	12 (6)
Scheidung	20 (10)
Auseinandersetzung mit (Ehe-)Partner	55 (27)
Gesundheitszustand eines Familienangehörigen	63 (31)
Andere	52 (26)
Gesamt	202 (100)

Berufliches Problemfeld (Problematik am Arbeitsplatz)

Der behandelnde Arzt notierte bei 135 Patienten ein berufliches PF, wobei Männer prozentual gering häufiger arbeitsplatz-bedingte Stressoren zeigten als Frauen. *Tabelle 12* gibt Aufschluss über die häufigsten beruflichen Stressfaktoren.

Tabelle 12 Häufigste beruflich Stressfaktoren

Stressfaktoren	n (%)
Veränderungen im beruflichen Verantwortungsbereich	63 (47)
Änderung von Arbeitszeit und -bedingungen	36 (27)
Ärger mit dem Vorgesetzten	20 (15)
Andere	16 (11)
Gesamt	135 (100)

Personelles Problemfeld

Der behandelnde Arzt notierte sich bei 178 Patienten ein intrapersonelles PF. Davon wurde bei 52% (92 der 178 Patienten) die „eigene Verletzung oder Krankheit“ als Belastung notiert. Dies bedeutet nach eigenen Angaben des Arztes, dass diese Patienten eine psychosomatische Störung im Zuge eines medizinischen Krankheitsfaktors entwickelt haben. *Tabelle 13* gibt Aufschluss über die häufigsten intrapersonellen Stressfaktoren.

Tabelle 13 Häufigste intrapersonelle Stressfaktoren

Stressfaktoren	n (%)
Eigene Verletzung oder Krankheit	92 (52)
Änderung der Lebensstandards	12 (7)
Ausbildungsbeginn oder -abschluss	9 (5)
Wohnungswechsel	11 (6)
Erhebliche Einkommensveränderungen	11 (6)
Andere	43 (24)
Gesamt	178 (100)

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Methoden

5.1.1 Design und Ablauf

In der Vorliegenden Arbeit wurden Patientendaten von psychosomatischen Patienten einer Hausarztpraxis detailliert dargestellt. Positiv hervorzuheben ist, dass die Abbildung die Realität der Arbeits- und Codier-Weise des Arztes untersucht, ohne sich auf ICD-10 Diagnosen zu stützen. Bisher sind die F45 Diagnosen des ICD-10 Ausschlussdiagnosen mit unzureichender Diagnosevalidität, die zu einer erheblichen Verzögerung der Diagnosestellung und Behandlung führt (16, 52). Die Daten der Studie wurden retrospektiv erhoben. Man kann davon ausgehen, dass sie keiner Selektionsbias von Seiten des Arztes unterliegen. Wir konnten das Spektrum einer Praxis realitätsnah abbilden. Unsere Studie erhebt keinen Anspruch auf repräsentative Aussagen für die Allgemeinmedizin. Die konsequente Einhaltung der Patientenrekrutierung sowie eine ausgewogene Verteilung des Erhebungszeitraumes über vier Quartale hinweg führte zu einer guten Voraussetzung für eine ausgewogene Stichprobenerhebung der Praxis.

Der Ansatz, die Arbeitsweise des Arztes mit psychosomatischen Patienten praxisnah zu erforschen, könnte in Nachfolgeuntersuchungen auf eine multizentrische Studie erweitert werden. Damit könnten Unterschiede zwischen verschiedenen strukturierten Allgemeinarztpraxen herausgearbeitet werden. Die Heterogenität der Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden könnte damit untersucht werden. Eine Verbesserung der Versorgungsstruktur und Praktikabilität von Diagnosehilfen bei psychosomatischen Patienten setzt die Kenntnis der realen (heterogenen) Versorgungssituation voraus (13). Da vor allem psychosomatische Beschwerden drei bis fünf Jahre brauchen, um diagnosti-

ziert und therapiert zu werden (5), sollte in Zukunft eine prospektive, longitudinale Studie bevorzugt werden. Das retrospektive Design in dieser Studie stellt eine starke Limitierung dar und sollte in folgenden Studien mit dem Ziel einer realistischen Darstellung von psychosomatischen Patienten vermieden werden.

5.1.2 Erhebung der Patientendaten

5.1.2.1 Identifizierung der psychosomatischen Patienten

Als Identifikationskriterien für Psychosomatiker verwendeten wir die Abrechnungsziffer des EBM 35110 und der praxisinternen Kennzeichnung „PSER“ (psychosomatische Erschöpfung). Ziel dieser Methode war es, auch psychosomatische Patienten einzuschließen, die eventuell nicht nach dem Maßstab der Codierungsvorgaben abgerechnet wurden. Es scheint, dass dieses Ziel erreicht wurde, da 25% der Psychosomatiker keine EBM-Ziffer 35110, sondern alleinig die praxisinterne Kennzeichnung „PSER“ trugen. Ein starker Kritikpunkt dieses Vorgehens könnte zum einen die sehr subjektive Komponente durch die Einschätzung des Arztes sein. Mit Einschlusskriterium „PSER“ sind die Angaben zu den psychosomatischen Patienten dieser Praxis nicht auf andere hausärztliche Settings übertragbar. Wir können jedoch feststellen, dass es in dieser untersuchten Praxis in 25% der Fälle dazu kommt, dass psychosomatische Patienten nur praxisintern bekannt sind. Diese Zahl ist beachtlich und wird unter 5.2.1.1 eingehend diskutiert. Der Hausarzt ist für die Bezeichnung seiner Patienten mit „PSER“ einem internen Algorithmus gefolgt. Die Kriterien des praxisinternen Algorithmus gleichen dem Schema der S3 Leitlinie. Dies könnte bedeuten, dass ein internes Qualitätssystem für die Benennung „PSER“ in dieser Praxis besteht, was den aktuellen Anforderungen für Diagnostik und Therapie entspricht. In unserer Arbeit wurden keine validierten Fragebögen oder Diagnosealgorithmen zur Identifikation oder Bestimmung der Komorbidität verwendet, da sie in der untersuchten Praxis anscheinend keinen praktischen Stellenwert haben. Eine aktuelle systematische Literaturübersicht von Murray et al. zu den diagnostischen Barrieren von nicht-

spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis unterstützt diese Beobachtung. Sie zeigten, dass in der Hausarztpraxis somatoform-ähnliche Dysfunktionen schwierig durch validierte Fragebögen und Interviews beurteilt werden können (13).

Im Gegensatz zu unserer Arbeit verwendeten Prävalenzstudien zu somatoformen und funktionellen Störungen in der medizinischen Grundversorgung häufig ICD-10 Codierungen, DSM-IV-Kriterien und den Patient-Health-Questionnaire (PHQ-15) (7, 8, 11). In den letzten Jahren wurde jedoch die Diagnosekomplexe der psychosomatischen Erkrankungen, wie sie im ICD-10 und DSM-IV definiert sind, stark kritisiert (50, 51, 56). Die AWMF Leitlinie konstatiert: „Die derzeit noch gültigen Diagnosekonstrukte für somatoforme Störungen gelten als wenig praktikabel und wenig valide und werden gerade grundlegend diskutiert.“ (5). Jeder Allgemeinarzt hat aufgrund der diversen Möglichkeiten somatoforme Störungen zu codieren, einen eigenen Weg gefunden, diese Patienten zu codieren und zu kennzeichnen (52). Dieses Phänomen können wir in unserer Arbeit beschreiben. Auch bei funktionellen Diagnosen (z.B. Chronic Fatigue oder Fibromyalgie) ist bekannt, dass sich Kliniker eher auf ihr eigenes Wissen und ihre Urteilsfähigkeit berufen, wenn es um Diagnostik und Therapie geht (57, 58). Vor diesem Hintergrund könnte der Ansatz für eine realistische und beispielhafte Darstellung mithilfe eines Kriteriums wie „PSER“ durchaus als positiv gewertet werden. Eine Nachfolgeuntersuchung zu der realen Einschätzung und Kennzeichnung in deutschen Hausarztpraxen wäre interessant. Wie kennzeichnen Hausärzte auf der Basis der diagnostischen Barrieren für sich potentielle und bereits bekannte psychosomatische Patienten entsprechend den heutigen Standards? Für eine flächendeckende Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung ist es besonders wichtig, eine konsequente und strukturierte Schulung der Hausärzte und Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anzubieten. Darüber hinaus könnte die Entwicklung von praktikablen Erkennungshilfen, welche Angaben im Arztinformationssystem berücksichtigen, ein weiterer Schritt zu einer Verbesse-

zung der Versorgung von psychosomatischen Patienten in deutschen Hausarztpraxen sein.

5.1.2.1.1 Diagnosen

Die Diagnosen von somatischen und psychischen Erkrankungen wurden aus dem Computersystem der betrachteten Praxis ausgezählt. Sie stellen nach den Codier-Richtlinien eine „dauerhafte Behandlungsrelevanz“ dar. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Diagnosen nicht unbedingt die wirkliche Morbidität der Patienten widerspiegeln. Das Dokumentationsverhalten des Arztes hinsichtlich der Dauerdiagnosen wurde nicht evaluiert. In einer multizentrischen Studie zu psychischer Morbidität in Hausarztpraxen fiel das Dokumentationsverhalten sämtlicher Diagnosen der verschiedenen Hausärzte sehr unterschiedlich aus (24). Deswegen ist es nicht sinnvoll, alleine durch die Dauerdiagnosen Rückschlüsse auf die reale Morbidität der Patienten zu ziehen. Zusätzlich fließen Dauerdiagnosen mit in die Vergütung der Hausärzte ein und können durch die gekoppelte Entlohnung dazu führen, dass sie etwas häufiger von „dauerhafter Behandlungsrelevanz“ sind.

5.1.2.2 Bestimmung der Kontrollgruppe

Für das Matching der Kontrollgruppe stand eine Identifikation auf der Basis eines Organsystem-bezogenen Diagnoseprofils im Vordergrund. Ziel war es, Patienten auszuwählen, die sich mit ähnlichen Beschwerden vorstellten wie die der psychosomatischen Patienten. Die Dummy Codierung zeigte, dass durch dieses Verfahren 126 somatische Patienten mit der Kombination ihrer somatischen Diagnosen die gleiche organspezifische Ausprägung hatten, wie die Beschwerdekombinationen von 126 psychosomatischen Patienten. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der präsentierten Symptome ist dieses Ergebnis als positiv zu bewerten. Da nicht alle möglichen Beschwerden mithilfe von Fragebögen erhoben wurden, ist dieses Ergebnis jedoch wenig aussagekräftig. Die im Praxissystem notierten psychosomatischen Be-

schwerden dürfen nur als Annäherung an die realen Beschwerden der Psychosomatiker gedeutet werden.

5.1.2.3 Auswahl der Patientendaten

In unserer Arbeit wurden keine Angaben zum Familienstand, zum höchsten erreichten Schulabschluss, zur Berufsausbildung, sowie zum Erwerbsstatus abgefragt. Der Informationsverlust im Bezug auf die soziodemographischen Daten ist ein negativer Aspekt dieser Arbeit. Es ist bekannt, dass geringe Berufsausbildung, ein niedriger Erwerbsstatus und ein lediger Familienstatus mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vergesellschaftet sind (4, 12, 17, 24). Wir gehen davon aus, dass diese Tatsache in unserer Studie kein großes Gewicht hat. Der Hausarzt hat durch die meist langjährige Betreuung und „erlebte Anamnese“ ein umfassendes Gesamtbild der Soziodemographie der einzelnen Patienten (25).

5.1.2.4 Erhebung der psycho-sozialen Stressfaktoren

Aufgrund des retrospektiven Designs können wir selbstverständlich keine aussagekräftigen Ergebnisse zu psycho-sozialen Problemfeldern bieten. Vielmehr soll hier eine Darstellung über die Informationen der Belastungssituationen von Psychosomatikern bei diesem Allgemeinarzt gegeben sein. Individuelle Faktoren, wie maladaptive Krankheitsannahmen, dysfunktionale Krankheitsverhalten oder iatrogene Somatisierung konnten keine Beachtung in der Erhebung von Stressfaktoren finden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Aufgrund des Designs der retrospektiv-statistischen Studie können aus der vorliegenden Arbeit selbstredend keine definitiven kausalen Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von psychosomatischen Beschwerden mit der Inanspruchnahme der

Praxis, Arbeitsunfähigkeit oder psycho-sozialen Stressoren gezogen werden. Alle Ergebnisse können deshalb im Wesentlichen nur hinweisend auf mögliche Zusammenhänge sein und sollten vorsichtig interpretiert werden.

5.2.1 Darstellung der psychosomatischen Patienten

5.2.1.1 Prävalenz

Der Anteil aller Patienten, die mit der EBM Ziffer 35110 und/oder der praxisinternen Kennzeichnung „PSER“ identifiziert wurden, liegt mit 20% im gleichen Bereich großer Prävalenzstudien zu somatoformen Störungen oder medizinisch nicht erklär-baren Symptomen (MUS) im deutschen allgemeinmedizinischen Setting. In der Lite-ratur geht man davon aus, dass 20-30% der Konsultationen in Allgemeinarztpraxen durch funktionelle oder somatoforme Beschwerden verursacht werden, die im Ver-lauf nicht durch somatische Diagnosen und Befunde erklärt werden können. (7, 10, 11, 18). Geht man von „medizinisch nicht erklär-baren Beschwerden“ (MUS) aus, liegen Prävalenzzahlen in deutschen Hausarztpraxen zwischen 40-49% (9). Durch Ausschlusskriterien wurden in dieser Arbeit nur 16% der Patienten, die in ersten Li-nie als Psychosomatiker identifiziert wurden analysiert. Mögliche Effekte durch die fehlenden Angaben zu diesen Patienten können sich auf die Gesamtergebnisse dieser Studie auswirken. Der geringe Patientenanteil mit definierten funktionellen Diagnosen (Fibromyalgie, Colon Irritable und Chronic Fatigue) von 21% weist darauf hin, dass bei diesem Anteil der Psychosomatiker eine Diagnosestellung nach festgelegten Kriterien erfolgte. Die Diagnosen der ICD-10 im Kapitel F45.x wurden nicht erho-ben. Wie viele Psychosomatiker der Praxis eine F45.x erhalten haben wäre eine wichtige Zusatzinformation gewesen.

5.2.1.2 Codierung und Kennzeichnung Psychosomatiker

Beachtlich ist, dass sich insgesamt nur 41% der Psychosomatiker durch beide Identi-fikationskriterien (PSER und 35110) auszeichneten. Psychosomatiker mit der allei-

niger Identifikation durch die Ziffer 35110 haben einen Anteil von 34%. Dieser Anteil kann dadurch erklärt werden, dass eventuell nicht bei jeder Abrechnung auch eine interne Kennzeichnung erfolgte. Herausstechend ist das Ergebnis, dass ein Viertel der Psychosomatiker durch die interne Kennzeichnung „PSER“ (Psychosomatische Erschöpfung) identifiziert aber nicht mit der Ziffer 35110 abgerechnet wurde. Diese Tatsache könnte unterschiedliche Ursachen haben.

Zum einen können die Psychosomatiker, die nur mit PSER bezeichnet wurden eine psychosomatische Beschwerde im Hintergrund haben. Der vordergründige Konsultationsgrund bei den erfassten Kontakten war jedoch in den Fällen vorwiegend mit somatischen Erkrankungen verbunden und deswegen wurde keine 35110 abgerechnet.

Zum anderen können diese Gruppe der Psychosomatiker nur leichte Beschwerden haben, die der Arzt durch einen eventuell geringeren Aufwand als nicht mit der 35110 abrechnungswürdigen Leistungen eingeschätzt hat. Eventuell könnte dies auch durch das Fehlen der Möglichkeit einer Graduierung der Beschwerden bedingt sein.

Eine weitere Möglichkeit für eine Erklärung der 25% „nur PSER“-Gruppe kann auf das Abrechnungssystem zurückgeführt werden. Es könnte der Abrechnungslimitierung durch eine Abrechnungsobergrenze der Ziffer 35110 geschuldet sein. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) schreibt dem Hausarzt im Sinne seines Praxis-Budgets Maßstäbe für die Abrechnung von Ziffern mit einer Obergrenze vor. Diese Obergrenze wird auf der Basis von durchschnittlichen Abrechnungszahlen der Hausarztpraxen in Bayern berechnet. Liegt eine Praxis über dem Durchschnitt, auch wenn sie in Wirklichkeit diese Anzahl der psychosomatischen Patienten betreut, kann es zu einer Beanstandung seitens der KVB kommen. Es werden folglich Regressforderung wirksam, die dem Hausarzt nicht die gesamte Vergütung seiner (schon erbrachten) Leistungen garantiert.

Diese uneinheitliche Verteilung hinsichtlich der Identifikationskriterien zeigt auch, dass in der Allgemeinarztpraxis keine praktikable Diagnoseverschlüsselung besteht, die alle Attribute von psychosomatischen Patienten vereint. Es wird keine Unterscheidung innerhalb der heterogenen psychosomatischen Patientengruppe ermöglicht. Es besteht aktuell die Tatsache, dass eine Graduierung nach Schweregraden von psychosomatischen Beschwerden mit den Diagnoseklassifikationen nicht gegeben ist. Graduierungen bei somatischen Erkrankungen sind hingegen Standard (46). Dies deutet auf eine fehlende Gleichwertigkeit von psychosomatischen Beschwerden und somatischen Erkrankungen hin. Von Seiten des Gesundheitssystems werden demnach die Beschwerden der Patienten und die Bedeutung in der Primärversorgung stiefmütterlich behandelt. Wenn die Codierung das Tor zur Therapie ist, wird im ICD-11 eine gründliche Revision der Diagnostischen Kriterien und Graduierung erwartet werden müssen.

5.2.1.3 Geschlechtsverteilung

In unserer Arbeit waren 80% der analysierten Psychosomatiker Frauen. Dieser Wert ist ähnlich bis hoch im Vergleich zu Studien mit ähnlichem Setting. In der Literatur besteht eine starke Heterogenität zu Geschlechtsunterschieden bei psychosomatischen Patienten. Bei Patienten mit MUS in der Primärversorgung zeigten Smith und Gardiner, dass 79% weibliche Patienten waren (51). Im Vergleich dazu ergab eine Querschnittsstudie von Hanel und Henningsen mit 1751 allgemeinmedizinischen Patienten, dass 57% der Patienten mit somatoformen Störungen Frauen repräsentierten. Im Gegensatz dazu zeigten Schneider und Kollegen sowie de Waal keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei Patienten mit somatoformen Störungen (22, 24, 42). Die unterschiedliche Darbietung von psychosomatischen Beschwerden bei Männern und Frauen sollte weiterhin erforscht werden. Es kann sein, dass Männer zusätzlich unterversorgt sind.

Unser Ergebnis ist für die Deutung in Bezug auf die Praxisnutzung von erheblicher Bedeutung. Untersuchungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen impli-

zieren, dass Frauen im Allgemeinen ein stärkeres Inanspruchnahmeverhalten des Gesundheitssystems zeigen und eine überwiegende Mehrheit bei Patienten mit MUS darstellen (12). Das bestehende Ungleichgewicht, das eventuell durch eine (teilweise) lückenhafte Detektion der psychosomatischen Männer entstanden ist, kann sich auf unsere Ergebnisse auswirken.

5.2.1.4 Psychosomatische Beschwerden

5.2.1.4.1 Anzahl

Es zeigte sich, dass die Gruppe der Psychosomatiker eine heterogene Gruppe darstellt. Wir konnten unter den Psychosomatikern drei Gruppen von Patienten mit einer unterschiedlichen Anzahl von Beschwerden identifizieren. Es ergab sich, dass sich 55% der Psychosomatiker mit zwei oder drei/mehr als drei Beschwerden präsentierten. Diese Gruppe kennzeichnete sich durch höhere Prävalenz psychischer Diagnosen, ein stärkeres Inanspruchnahmeverhalten und eine höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen im Vergleich zu der Gruppe mit einer Beschwerde und zum Durchschnitt der Psychosomatiker. Man könnte darauf schließen, dass ein polysymptomatischer Verlauf auch für einen schweren Verlauf psychosomatischer Beschwerden steht. Die Erfassung der Anzahl der Beschwerden scheint für die Beeinträchtigung jedes einzelnen Psychosomatikers und auch für die Belastung der Praxis relevant zu sein. Diese Beobachtung wurde auch von Fink und Schroeder sowie von Creed und Henningsen berichtet (11, 36). Eine hohe Anzahl an beklagten Beschwerden gilt als ein starker Prädiktor für die funktionelle Beeinträchtigung, psychiatrische Komorbidität und hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (5, 36).

Auch die S3 Leitlinie definiert das Auftreten mehrerer Beschwerden als einen Indikator für einen schweren Verlauf (5). Es könnte in Folgestudien herausgestellt werden, welche weiteren Faktoren in der Praxis schnell und zielführend schwere Verläufe von psychosomatischen Beschwerden kennzeichnen können. Die AWMF liefert in der S3-Leitlinie mit klinischen Charakteristika für leichte bzw. schwere Verläufe eine Grundlage für Folgeuntersuchungen. In Anhang befindet sich der gesamte Di-

agnose-Algorithmus der Leitlinie. Die dort beschriebenen Charakteristika möchten wir hier im Sinne der Vollständigkeit aufzählen.

- Anzahl der Beschwerden,
- Häufigkeit und Dauer der Beschwerden,
- Annahmen/Verhaltensweisen hinsichtlich Krankheit/Gesundheit,
- Funktionelle Beeinträchtigung,
- Psychosoziale (evtl. biographische) Belastung,
- Psychische Komorbidität
- Behandler-Patienten-Beziehung

Es wird deutlich, dass unsere Arbeit einen Teil dieser Kriterien erfasst hat. Mit diesem Anteil konnte schon ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten beschrieben werden. Da psychosomatische Patienten einen sehr großen Anteil von hausärztlichen Praxen in Deutschland ausmachen, wäre es vorteilhaft, die oben beschriebenen Kriterien in Form einer einfachen Dokumentation in ein Arztinformationssystem zu integrieren. Hier könnten auch die „red-flags“ für gefährliche Verläufe ihren Platz finden.

5.2.1.4.2 Ausprägung

Unterschiede unserer Arbeit zu größeren repräsentativen Studien mit ähnlichem Setting wurden in Bezug auf die Ausprägung der Symptome und Symptom-Cluster deutlich. (8, 36). Dies könnte sich durch die unterschiedlichen Ansatzpunkte und Ausrichtungen der teilnehmenden Hausärzte erklären. Der Hauptanteil unserer Arbeit zeigte sich mit generalisierten Symptom-Cluster, die Beschwerden waren sehr wenig differenziert. Dominierende Cluster bei Hiller und Rief waren das muskuloskelettale System (8). Zusätzlich zeigten sich in unserer Arbeit häufige Überlappungen mit anderen Symptom-Clustern. Diese Beobachtung zeigten auch Fink und Schröder (36). Wir stellen die Frage, ob die Beschwerden in den vier verschiedenen Clustern überhaupt unterschiedliche und eigenständige Erscheinungen sind oder als verschiedene Ausdrucksformen eines gemeinsamen, tiefgehenden Phänomens begrif-

fen werden können. Durch die Tatsache, dass sich diverse Symptom-Cluster überlappen, besteht die Hypothese, dass sie interkorrelieren. Auch Fink und Kollegen (59), sowie andere Studien, die gleichzeitig mehrere funktionelle Syndrome untersuchten, bestätigen und unterstützen diese Beobachtung (60-62).

5.2.1.5 Komorbidität der Psychosomatiker

5.2.1.5.1 Somatische Komorbidität

In unserer Studie war die Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Psychosomatikern sehr hoch. Das Vorhandensein von mindestens einer somatischen Diagnose korrelierte mit der Anzahl der psychosomatischen Beschwerdekompexe. Dies zeigt, dass hier eine starke Relation zwischen somatischen Erkrankungen und psychosomatischen Störungen bestand. Ähnliche Beobachtungen zu einer hohen somatische Komorbidität bei somatoformen Störungen machten auch Härter und Kollegen (63) und Hanel und Henningsen (16). Somatische Diagnosen sind relevante Differentialdiagnosen für psychosomatische Beschwerden. Treten nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Störungen neben somatischen Diagnosen auf, können sie als unabhängige Begleiterscheinung oder auch in einem kausalen Zusammenhang mit organischen Erkrankungen verstanden werden (5).

5.2.1.5.2 Psychische Komorbidität

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Psychosomatikern mit 46% (für mindestens eine psychische Komorbidität) ähnlich hoch im Vergleich zu anderen repräsentativen Studien war (14, 16, 51). Der Patientenanteil der Psychosomatiker machte in der Patientengesamtheit (2021 Patienten) 7,4% aus. Die gleichen Beobachtungen wurden in Querschnittsstudien mit repräsentativen Charakteristiken gemacht. Hanel und Henningsen stellten in einer Studie mit 1751 Patienten der Allgemeinmedizin fest, dass 18% eine somatoforme Störungen hatten. Komorbidität von somatoformen Störungen und Depression oder Angststörungen bestand bei 7,5% (16).

Im Einzelnen betrachtet waren die Prävalenzzahlen zu Komorbidität der Diagnose Depression (35%) und Angststörungen (20%) vergleichsweise niedrig. Bei Fink und Schröder lag die Komorbidität von somatoformen Störungen, funktionellen Diagnosen und MUS bei Depression zwischen 33 - 50%. Bei Angststörungen beobachteten sie eine Prävalenz von 28 - 67% (36). Sie verwendeten den SCAN Logarithmus der WHO, der gemäß den Diagnosen des DSM IV entstanden ist.

Viele Studien belegen die hohe psychische Komorbidität psychosomatischer Erkrankungen (5). Neben affektiven Erkrankungen (z.B. Depression) und Angststörungen leiden Patienten mit somatoformen Körperbeschwerden an anderen psychischen Erkrankungen. Unter ihnen sind Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Zwangs- und Suchterkrankungen die Häufigsten (5). Für die Hausarztpraxis bedeutet es, dass ein hohes Maß an (differential-)diagnostischem Aufwand betrieben werden muss. Es sollen sowohl psychosomatische Beschwerden erkannt, als auch zusätzlich psychische Diagnosen gestellt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Symptomatik einiger Erkrankungen mit psychosomatischen Beschwerden überlappt, stellt diese Thematik eine große Herausforderung dar. Zu beachten ist, dass die psychosomatischen Beschwerden in vielen Fällen ohne psychische Nebendiagnosen auftraten. Dies wurde auch bei Hanel und Henningsen beobachtet (16). Psychosomatische Beschwerden scheinen demnach nicht einfach eine Erscheinung von psychischen Erkrankungen zu sein.

5.2.1.6 Inanspruchnahme der Praxis

Die jährliche Arztkontaktrate der Psychosomatiker war mit einem durchschnittlichen Wert von 17 pro Psychosomatiker hoch. Im GEK-Report von 2008 wurden für das Jahr 2007 17,7 Kontakte im ambulanten Bereich bei der Auswertung von acht Millionen Patientendaten beobachtet. Davon waren 7,1 der Kontakte im hausärztlichen Bereich (40). Betrachtet man die Arztbesuche unserer Studie genauer, wird deutlich,

dass mit 14% ein geringer Teil der Psychosomatiker eine überdimensionale Inanspruchnahme hatte. Ein Großteil der Psychosomatiker unterschied sich gar nicht bis wenig von der Kontrollgruppe der Somatiker. Es scheint, dass auch hier unter den Psychosomatikern eine Patientengruppe besteht, die eine stärkere Inanspruchnahme aufweist als der Rest. Diese Gruppe konnte (teilweise) auch durch eine Einteilung entsprechend der Anzahl der Beschwerdekomplexe definiert werden. Dies bedeutet, dass nur ein geringer Anteil der Patienten einen großen Anteil der Ressourcen des behandelnden Arztes konsumierte. Von dieser Beobachtung wurde bereits häufig in der Literatur berichtet (6, 64). Hanel und Henningsen veröffentlichten im Rahmen der „FUNKTIONAL-Studie“ im Rhein-Neckar Gebiet bei 1655 Patienten verschiedener Hausarztpraxen ähnliche Ergebnisse zum Inanspruchnahmeverhalten von Patienten mit somatoformen Störungen und psychischer Komorbidität. Patienten ohne psychische Diagnosen machten den größten Anteil von Patienten aus, die ein bis zwei Arztkontakte im Jahr hatten. Die Obergrenze der Arztkontakte wurde auf mehr als zwölf Kontakte gesetzt. Hier waren Patienten ohne psychische Diagnosen nur mit 7,8% vertreten. Im Gegensatz dazu waren Patienten mit zwei oder drei psychischen Diagnosen (Komorbidität von somatoformen und Angststörungen und Depression) vor allem in den Kategorien von 7-12 Kontakte und mehr als 12 Kontakte anzufinden. Die Patienten mit einer erhöhten psychischen Belastung machten nur 5% der Patienten aus, die ein bis zweimal die Hausarztpraxis aufgesucht hatten (16).

Unsere Ergebnisse der Regressionsanalyse stellten heraus, dass die Anzahl der somatischen Diagnosen die hohen Arztkontakte 3,5 Mal besser vorhersagen konnten, als die Anzahl der Beschwerdekomplexe. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von den zitierten Studien. Sie besagen, dass bei psychosomatischen Patienten die somatischen Erkrankungen keine herausragende Auswirkung auf die Inanspruchnahme haben. Es bedeutet für die Praxis unserer Studie, dass auch die somatischen Diagnosen bei Psychosomatikern berücksichtigt werden sollten. Somatische Diagnosen sollten für die

Bewertung der Inanspruchnahme und auch den Verlauf von psychosomatischen Beschwerden in Studien einbezogen werden.

In unserer Arbeit ist das Fehlen eines individuellen Erwartungswertes für die Bewertung des Inanspruchnahmeverhaltens negativ zu bewerten. Es wurde keine differenzierte Operationalisierung durch berechnete Cut-Off-Werte durchgeführt. Der Cut-Off Wert ist ein festgelegter Wert, der z.B. die 10% der Patienten mit der höchsten Inanspruchnahme beinhaltet. Dieser Anteil wird in der Literatur oft „high utilizer“ genannt. Der cut-off-Wert hätte einen individuellen Grenzwert für high utilizer unter Berücksichtigung von somatischen Diagnosen bieten können (65). Ein Patient, der häufig kommt, jedoch auch zusätzlich somatische Erkrankungen hat, liegt eventuell sogar im Rahmen des individuellen Normalwertes der Kontakte für seine Krankheitslast. Andersherum kann ein Patient der weniger Kontakte hat, für seine geringe Krankheitslast verhältnismäßig (zu) viele Arztkontakte verzeichnen. Da dieser Wert jedoch in der Literatur sehr variiert und häufig zum Inanspruchnahmeverhalten ein individueller Erwartungswert (angemessen an somatischen Diagnosen) nicht berechnet wird, wäre ein Vergleich mit aktuellen Zahlen ohnehin schwierig (65). Eine hohe Anzahl von Arztbesuchen könnte bei komorbiden Patienten aufgrund ihrer Krankheiten durchaus adäquat sein und durch diese gerechtfertigt werden. Diese Tatsache wird in der Literatur selten berücksichtigt (24). Weitere Aspekte zur Inanspruchnahme im Vergleich werden unter 4.3.3.2 diskutiert.

5.2.2 Vergleich der Patientengruppen

5.2.2.1 Komorbidität

Im Vergleich zu den Somatikern zeigte sich bei den Psychosomatikern eine geringere somatische Komorbidität. Der signifikante Unterschied bei der Anzahl somatischer Diagnosen könnte unter anderem durch die Kriterien bei der Auswahl der Kontrollgruppe bedingt sein. Unter den Somatikern wurden viele Patienten mit chroni-

schen Erkrankungen erfasst. Studien zu chronischen Erkrankungen stellten fest, dass die Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen oft zusätzliche psychische und somatische Diagnosen haben (66). Lieb et al. und Harter et al. bestätigen, dass chronische somatische Erkrankungen ein Prädiktor für psychische Erkrankungen sind (67, 68). Unsere Selektion könnte sich auf den Vergleich der psychischen Komorbidität auswirken. Es besteht die Möglichkeit, dass in unserer Arbeit eine hohe Anzahl der chronisch erkrankten Somatikern, mit einer erhöhten psychischen Komorbidität im Vergleich zum durchschnittlichen Patientenguts einer Hausarztpraxis dargestellt wurde. Der Unterschied zwischen Somatikern und Psychosomatikern hinsichtlich der psychischen Komorbidität könnte falsch gering sein. Eine homogene Gruppe somatischer Patienten ohne einen großen Anteil chronischer Erkrankungen wäre für einen Vergleich passend gewesen.

Trotz dieser potentiellen Selektion war die Prävalenz psychischer Diagnosen für mindestens eine Diagnose bei Psychosomatikern im Vergleich stark erhöht. Das Risiko, eine psychiatrische Diagnose zu haben ist mit einem 7,4-fachen Faktor für die Psychosomatiker verglichen mit anderen Studien hoch (22, 42). Bei einer Untersuchung von 1046 Patienten in niederländischen Hausarztpraxen war die Wahrscheinlichkeit, eine Komorbidität von somatoformen Störungen und Depression/Angststörungen zu zeigen 3,3-fach höher als durch Zufall (22).

5.2.2.2 Inanspruchnahme

Psychosomatiker hatten signifikant mehr Arztkontakte, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitstage als die Kontrollgruppe. Ähnliche Beobachtungen machten auch Schneider und Kollegen in einer Querschnittsstudie in Oberbayern (24). Häufige Praxisbesuche waren hier zusätzlich stärker mit psychischen Dauerdiagnosen, als mit somatischen Dauerdiagnosen verbunden. Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden wurde in vielzähligen Studien der letzten Jahrzehnten nachgewiesen, dass sie eine hohe und dysfunktionale Inan-

spruchnahme des Gesundheitswesens zeigen (5, 6, 8, 24, 43). Durch aktuelle Daten aus dem allgemeinmedizinischen Bereich wurde belegt, dass prävalente psychische Erkrankungen mit einer höheren Anzahl von Besuchen und Krankenschreibungen korrelieren als somatische Diagnosen (24, 64, 66). Die beiden verglichenen Gruppen unterscheiden sich signifikant in der Prävalenz psychischer Diagnosen. Zusätzlich zu der psychosomatischen Komponente der Beschwerden scheinen auch die psychischen Komorbiditäten ein Faktor für eine hohe Inanspruchnahme zu sein. Nachfolgestudien sollten neue Erkenntnisse zu Berechnung dieses individuellen Erwartungswerts (s.o.) nutzen, um eine bessere Einordnung der Inanspruchnahme durchführen zu können. Ein Unterschied zu einer repräsentativen Studie lässt sich im Kontext der Anzahl der Überweisungen feststellen. Schneider und Kollegen zeigten, dass Überweisungen stärker mit somatischen Diagnosen als mit psychischen Diagnosen assoziiert waren. Wohingegen die Arbeitsunfähigkeitstage stärker mit psychischen Diagnosen, als mit somatischen Diagnosen korrelierten (24).

5.2.3 Psycho-soziale Stressfaktoren

5.2.3.1 Kenntnis des Hausarztes

Die Untersuchungen zu psycho-sozialen Stressfaktoren und ihrer Arztdokumentation ergab, dass der Arzt in 98% der Fälle eigene Notizen zu belastenden Problemfeldern gemacht hatte. Für ihn scheint der empfohlene biopsychosoziale Ansatz praktische Anwendung zu finden. Belastungsfaktoren hatte er in Relation mit den psychosomatischen Beschwerden gesetzt. Hanel und Henningsen konnten in einer Querschnittsstudie untersuchen, dass Patienten mit den Diagnosen Depression, Angststörungen und Somatoformen Störungen häufiger unter sozialem und finanziellen Stress litten als Patienten ohne psychische Diagnosen (16). Der Hausarzt unserer Praxis spielt eine zentrale Rolle für die Integration von psycho-sozialen Belastungen in den Beschwerdekontext seiner psychosomatischen Patienten. Hier unterscheidet er sich von dem durchschnittlichen, durch Studien abgebildeten hausärztlichen Setting. Außer-

gewöhnliche Belastungen in Form von psycho-sozialem Stress werden selten von Hausärzten als Konsultationsgrund oder -faktor angegeben (69, 70). Und dies, obwohl psycho-soziale Belastungen heute anerkannte Faktoren für Ätiologie, Prognose und Verlauf von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen sind (5, 11, 12, 24, 31, 71). Geringe Angaben über psycho-soziale Belange von Patienten im hausärztlichen Bereich können auch einem Defizit der Schulung der Hausärzte (vor allem angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin) im Umgang mit psychosomatischen Patienten begründet sein (13). Eine weitere Ursache ist die knapp bemessene Zeit für Konsultationen (24, 25). Das Bewusstsein von der Relevanz der psycho-sozialen Faktoren im hausärztlichen Bereich sollte in Zukunft weiterhin bestärkt werden.

Unser Ergebnis impliziert, dass es einen Weg geben sollte, der die Kennzeichnung im Praxissystem als auch in der Codier-Weise einfach gestaltet. Damit können psycho-soziale Komponenten bei Beschwerden mit Krankheitswert in die Diagnose integriert werden. Es bestehen derzeit die „Z-Kategorien“ des ICD-10, die dazu eingesetzt werden sollen, Beratungsanlässe reiner psycho-sozialer Art für Codierung eines Arztkontaktes ohne offensichtliche körperliche Diagnosen mit einer Abrechnungsziffer zu versehen. Sie haben zum Ziel, (stigmatisierende) Diagnosen bei sozialen Beratungsanlässen zu vermeiden. Dazu gehören Vorsorgeleistungen oder Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie oder in der Lebensführung oder auch unspezifische Beschwerden ohne Krankheitswertigkeit (72). Da jedoch psychosomatische Beschwerden Krankheitswert haben, (9, 13) ist dieses Modell nicht praktikabel für die Zielgruppe von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Das spiegelt sich auch in der Tatsache wieder, dass die Z-Kategorien eine deutlich untergeordnete Rolle in der täglichen Praxis spielen (72).

5.2.3.2 Ausgewählte Problemfelder

Beachtlich war, dass 27% der Psychosomatiker durch die eigene Krankheitssituation erhöht belastet erschienen. Vor dem Hintergrund der hohen Komorbiditätsrate der Psychosomatiker könnte man das Ergebnis als einen Hinweis deuten, dass körperliche und psychische Erkrankungen individuell das Risiko, an nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zu leiden, erhöhen. In Anbetracht der Tatsache, dass 20% der Psychosomatiker mit Angststörungen diagnostiziert waren, könnte die Möglichkeit bestehen, dass eine erhöhte Besorgnis um die eigene Gesundheit besteht und hierdurch zum Ausdruck kommt. Studien bestätigen eine Korrelation von somatoformen Störungen mit Gesundheitsangst (5). Andernfalls könnten Patienten zusätzlich zu ihren Beschwerden darunter leiden, dass ihre Beschwerden in erster Linie organisch nicht erklärt werden können. Zu der gleichen Hypothese kamen McInnis und Matheson in einer Studie, die Chronic-Fatigue- und Fibromyalgie-Patienten mit Patienten mit Autoimmunerkrankungen verglichen hat (2).

Unser Ergebnis unterstreicht auch, dass der (biomedizinische) Körper-Seele-Dualismus im Verständnis von Krankheit und Gesundheit (wie unter 1.1.3 thematisiert) in der hausärztlichen Tätigkeit dazu führen kann, dass Patienten in ihrer Ganzheit nicht betrachtet werden.

Die Ergebnisse zu den Angaben von arbeitsplatz-assoziierten Belastungen unterscheiden sich von der bisher bekannten Häufigkeit der Angaben von Patienten. Prozentual waren Stressfaktoren des professionellen Bereichs in unserer Arbeit mit 40% der Psychosomatiker am geringsten vertreten. Gulbrandsen et al. stellten heraus, dass bei psycho-sozialen Problemen die arbeits-assoziierte Belastungen dem Hausarzt am häufigsten berichtet werden (70). Das könnte unter anderem daran liegen, dass die Schwelle von arbeitsplatz-assoziierten Problemen zu berichten geringer ist, als von sehr persönlichen Belastungen (73). Generell haben die psychosomatischen Beschwerden mit Assoziation zu beruflichen Rahmenbedingungen durch ihre konstante

Präsenz im Leben der Patienten einen hohen Stellenwert (74). Steht der arbeitende Mensch durch z.B. das Ungleichgewicht durch Leistung und Anerkennung unter Langzeitstress, ergeben sich im Organismus oft langfristige Folgen für die Funktionsweise und Veränderung einzelner Organsysteme (74).

In unserer Arbeit wurde keine Einteilung und Bewertung der Stressfaktoren in individuell schwerwiegende oder leichte Belastungen vorgenommen. Wir konnten darstellen, dass in dieser Praxis die Kenntnis über psycho-soziale Stressfaktoren bei der Versorgung von psychosomatischen Patienten eine zentrale Rolle spielt. In diesem Zusammenhang scheint vor allem die konsequente und strukturierte Schulung der Hausärzte (insbesondere von Ärzten in der Weiterbildung Allgemeinmedizin) im Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen wichtig zu sein.

6 Schlussfolgerung

Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen (NFS) Körperbeschwerden spielen in der Hausarztpraxis eine wichtige Rolle. Es ist ein erheblicher Anteil der Patienten von diesen Beschwerden betroffen. Sie werden durch den Hausarzt in der untersuchten Praxis unterschiedlich bezeichnet und codiert. Unter ihnen konnten wir drei Gruppen identifizieren, die sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten und der Arbeitsunfähigkeit unterscheiden. Im Vergleich zu Patienten mit somatisch hinreichend erklärbaren Beschwerden haben alle Patienten mit NFS ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitswesen. Patienten mit NFS sind häufig somatisch und psychisch komorbide und durch aktuelle Lebensereignisse belastet. Als ein limitierender Faktor für die Versorgung der Patienten kann zum einen die Zeitknappheit in der Hausarztpraxis benannt werden. Um die biopsychosozialen Zusammenhänge zu erkennen und eine adäquate Intervention einleiten zu können, ist jedoch Zeit nötig. Eine Differenzierung zwischen anderen psychischen Erkrankungen scheint häufig nicht einfach oder möglich. Zusätzlich wird die ärztliche Tätigkeit im Bezug auf Patienten mit NFS Beschwerden durch nicht praktikable Diagnosecodierungen und eine Limitierung der Codierung und Vergütung von Seiten der Kassenz ärztlichen Vereinigung erschwert. Es ist notwendig, die Hausarztpraxis durch strukturelle Reformen in Form einer Veränderung der Vergütung von psychosomatischen Leistungen bei der Herausforderung, die Patienten mit NFS darstellen, zu unterstützen. Eine effiziente Strukturierung und Vernetzung des Gesundheitswesens mit einem niederschwelligem Angebot für spezialisierte psychosomatische Einrichtungen könnte auf lange Sicht die Versorgung dieser Patienten verbessern. Besonders wichtig ist die Entwicklung einer, für die Hausarztpraxis praktikablen Identifizierung von Patienten, die eine erhöhte Belastung für die Praxis darstellen. Eine rechtzeitige Erkennung ist auch für die Patienten essentiell, da sie eine somatische Fixierung und viel Leid verhindern kann.

7 Zusammenfassung

Hintergrund: Hausärzte spielen eine entscheidende Rolle in der Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (NSF) (16, 18, 52). Die neue S3 Leitlinie für den Umgang mit Patienten mit NSF Körperbeschwerden wurde 2013 veröffentlicht. Es sollen realitätsnah Patienten mit NSF in einer Allgemeinarztpraxis untersucht werden.

Methode: Eine retrospektive Prävalenzstudie der Patientenpopulation mit NSF einer Hausarztpraxis innerhalb eines Jahres. Patienten mit NSF wurden durch die EBM Ziffer 35110 und eine praxisinterne Kennzeichnung identifiziert und beschrieben. Das Inanspruchnahmeverhalten, Arbeitsunfähigkeitstage und psychische und somatische Komorbidität wurden mit einer Kontrollgruppe rein somatisch erkrankter Patienten verglichen.

Ergebnisse: Patienten mit NSF machten einen Patientenanteil von 20,2% aus, waren überwiegend weiblich (80%) mit einem Altersmedian von 49 Jahren. Prävalenz somatischer Diagnosen lag bei 68%, psychischer Diagnosen bei 46%. Belastungen von psycho-sozialer Art waren überwiegend bekannt. Symptom-Cluster überlappten sich häufig. Es wurde eine Gruppe mit drei/mehr als drei Beschwerden identifiziert, die sich von den anderen mit einem höheren Inanspruchnahmeverhalten und Arbeitsunfähigkeitstagen abhob. Im Vergleich zur Kontrollgruppe haben Patienten mit NSF eine hohe psychische Komorbidität, ein höheres Inanspruchnahmeverhalten und mehr Arbeitsunfähigkeitstage.

Diskussion: Die Versorgung von Patienten mit NSF ist komplex. Neue Diagnosekonzepte und Handlungsvorschläge sowie eine bessere Vergütung für den Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollten an den Bedingungen der Hausarztpraxis orientiert sein und ihrer Besonderheit nachkommen.

8 Literaturverzeichnis

1. Kooiman CG, Bolk JH, Rooijmans HG, Trijsburg RW. Alexithymia does not predict the persistence of medically unexplained physical symptoms. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(2):224-32.
2. McInnis OA, Matheson K, Anisman H. Living with the unexplained: coping, distress, and depression among women with chronic fatigue syndrome and/or fibromyalgia compared to an autoimmune disorder. *Anxiety, stress, and coping*. 2014;27(6):601-18.
3. Jackson JL, Passamonti M. The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *J GEN INTERN MED*. 2005;20(11):1032-7.
4. Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl International*. 2012;109(47):803-13.
5. DEGAM, Schäfert R, Häuser W, Herrmann M, Joram R, Heribert S, et al. S3 Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Report. 2012.
6. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(8):903-10.
7. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2004;47(8):736-44.
8. Hiller W, Rief W, Brahler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(9):704-12.
9. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Arzteblatt international*. 2015;112(16):279-87.

10. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011;52(3):263-71.
11. Creed F, Henningsen P, Fink P. *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Developing Better Clinical Services*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
12. Johnson SK. *Medically Unexplained Illness. Gender and Biopsychosocial Implications*. Washington DC: American Psychological Association; 2007.
13. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Lowe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of psychosomatic research*. 2016;80:1-10.
14. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*. 2007;369(9565):946-55.
15. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87.
16. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*. 2009;67(3):189-97.
17. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*. 1999;40(4):330-8.
18. Benedikt G, Herzog W, Sauer N, Schäfer R, Schell T, Szecseny J, et al. FUNKTIONAL - Ein Curriculum zur Früherkennung und Behandlung somatoformer/funktioneller Beschwerden für Allgemeinärzte. *Z Allg Med*. 2005;81(127.130).
19. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research*. 2001;51(1):361-7.

20. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J GEN INTERN MED*. 2001;16(4):266-75.
21. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefert R, Szecsenyi J, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*. 2009;67(3):189-97.
22. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;184(6):470-6.
23. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):391-408.
24. Schneider A, Wartner E, Horlein E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care--impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. *BMC family practice*. 2011;12:51.
25. Schneider A, Szecsenyi J. *Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis - ein Überblick*. 7., komplett überarb. Aufl. ed. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2010. XXIV, 1352 S. p.
26. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of psychosomatic research*. 2009;67(6):607-11.
27. Bensing JM, Verhaak PF. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet (London, England)*. 2006;367(9509):452-4.
28. Uexküll Tv, Wesiack W. *Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell*. Uexküll, *Psychosomatische Medizin* (7, komplett überarbeitete Auflage). Munich: Urban & Fischer; 2011. p. 3-40.
29. Schumacher S, Rief W, Brahler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. Disagreement in doctor's and patient's rating about medically unexplained symptoms and health care use. *International journal of behavioral medicine*. 2013;20(1):30-7.

30. Kuwert P, Hornung S, Freyberger H, Glaesmer H, Klauer T. Trauma and posttraumatic stress symptoms in patients in German primary care settings. *Der Nervenarzt*. 2015;86(7):807-17.
31. Gupta MA, Gupta AK. Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2004;18(5):560-5.
32. Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosomatic medicine*. 1996;58(5):481-8.
33. Kumar P, Slavich GM, Berghorst LH, Treadway MT, Brooks NH, Dutra SJ, et al. Perceived life stress exposure modulates reward-related medial prefrontal cortex responses to acute stress in depression. *Journal of affective disorders*. 2015;180:104-11.
34. Deak T, Quinn M, Cidlowski JA, Victoria NC, Murphy AZ, Sheridan JF. Neuroimmune mechanisms of stress: sex differences, developmental plasticity, and implications for pharmacotherapy of stress-related disease. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2015;18(4):367-80.
35. Schubert C, Zänker KS, Niggemann B, Schüßler G. *Psychoneuroimmunologie*. Uexküll, *Psychosomatische Medizin* (7, komplett überarbeitete Auflage). Munich: Urban & Fischer; 2011. p. 82-97.
36. Fink P, Schroder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(5):415-26.
37. Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General hospital psychiatry*. 2008;30(3):191-9.
38. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*. 2003;65(4):528-33.
39. Becker N, Abholz H. Prevalence and Detection of Depressive Disorder in German General Practice - A Systematic Review. *Z Allg Med*. 2005;81(474-481).

40. ISEG., Grobe TG, Dörning H. BARMER GEK Arztreport. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsforschung, 2010.
41. Hafner S, Petzold ER. The role of primary care practitioners in psychosocial care in Germany. *The Permanente journal*. 2007;11(1):52-5.
42. Schneider A, Wartner E, Schumann I, Horlein E, Henningsen P, Linde K. The impact of psychosomatic co-morbidity on discordance with respect to reasons for encounter in general practice. *Journal of psychosomatic research*. 2013;74(1):82-5.
43. Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Current opinion in psychiatry*. 2008;21(2):182-8.
44. Bundesärztekammer. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. 2001.
45. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. The function of 'functional': a mixed methods investigation. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2012;83(3):248-50.
46. Information DIfMDu. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM). Version 2016 ed2016.
47. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-52015.
48. Mayou R. Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2014;204(6):418-9.
49. Stein DJ, Muller J. Cognitive-affective neuroscience of somatization disorder and functional somatic syndromes: reconceptualizing the triad of depression-anxiety-somatic symptoms. *CNS spectrums*. 2008;13(5):379-84.
50. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2012;24(6):556-67.

51. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC, Hodges A, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosomatic medicine*. 2005;67(1):123-9.
52. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(9):772-81.
53. Kassenärztliche-Vereinigung. QS Leistung - Psychosomatische Grundversorgung 1999. Available from: http://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_psychsom_gv/.
54. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*. 1967;11(2):213-8.
55. Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *International journal of dermatology*. 2010;49(6):636-41.
56. Noll-Hussong M, Otti A. Functional and Somatoform Disorders in the Mirror of ICD-10 Routine Data. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2015;65(11):439-44.
57. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Annals of internal medicine*. 1994;121(12):953-9.
58. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism*. 1990;33(2):160-72.
59. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic medicine*. 2007;69(1):30-9.
60. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*. 1999;354(9182):936-9.

61. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine*. 1999;130(11):910-21.
62. Robbins JM, Kirmayer LJ, Hemami S. Latent variable models of functional somatic distress. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(10):606-15.
63. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, et al. Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(6):354-60.
64. Schmitz N, Kruse J. The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(8):380-6.
65. Jacobi F, Hölting C. Die Definition von High Utilization. Psychische Störungen und die inadäquate Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Dresden KPuPT, editor. <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/hhj-bern.pdf>2011.
66. Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Health service use among patients with chronic or multiple illnesses, and frequent attenders: secondary analysis of routine primary care data from 1996 to 2006. *Deutsches Arzteblatt international*. 2012;109(47):814-20.
67. Harter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Hofler M, Bengel J, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(6):354-60.
68. Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999;60 Suppl 7:29-36; discussion 7-8.
69. Rosendal M, Vedsted P, Christensen KS, Moth G. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2013;31(1):43-9.
70. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Family practice*. 1998;15(1):1-8.

71. Faravelli C, Catena M, Scarpato A, Ricca V. Epidemiology of Life Events: Life Events and Psychiatric Disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(6):361-8.
72. Gensichen J, Linden M. Psychische Gesundheit: Gesundes Leiden - die Z-Diagnosen. *Dtsch Arztebl International*. 2013;110(3):70-2.
73. Kissling W, Mendel R, Förstl H. Das Burnout-Syndrom: Prävalenz, Symptome, Differenzialdiagnose und Therapie. *Dtsch med Wochenschr*. 2014;139(50):2587-96.
74. Rensing L. *Mensch im Stress*. 2006.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ausgewählte Fachdisziplinen und Beispiele relevanter Beschwerden (Auszug aus Tabelle 5.1 von der S3 Leitlinie (5))	18
Tabelle 2 Diagnosekategorien somatoformer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV	20
Tabelle 3 Differentialdiagnostisch relevante, häufig auch komorbid auf- tretende Krankheitsbilder (Auszug aus Tabelle 7.1 von (5))	22
Tabelle 4 Auflistung der Patientenmerkmale	33
Tabelle 5 Kombinationen der Beschwerdekomples-Cluster	41
Tabelle 6 Psychische Komorbidität in den jeweiligen Beschwerdekomples- Gruppen (BS)	45
Tabelle 7 Vergleich der Anzahl psychischer Diagnosen	48
Tabelle 8 Vergleich der Prävalenz psychischer Diagnosen	49
Tabelle 9 Gegenüberstellung der Psychosomatiker und Somatiker hinsichtlich ihrer Praxisbesuche	49
Tabelle 10 Anteile der Problemfelder bei Frauen und Männern	52
Tabelle 11 Häufigste familiäre Stressfaktoren	52
Tabelle 12 Häufigste beruflich Stressfaktoren	53
Tabelle 13 Häufigste intrapersonelle Stressfaktoren	54
Tabelle 14 ANHANG: Klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedenen Fachdisziplinen, auf die sich diese Leitlinie bezieht (Angaben der Mandatsträger der mitwirkenden Fachgesellschaften)	88
Tabelle 15 ANHANG: Differentialdiagnostisch besonders relevante, aber auch häufig komorbid auftretende Krankheitsbilder aus der psychosozialen Medizin	92
Tabelle 16 ANHANG: Social Readjustment-Scale, Stress-Skala von Holmes und Rahe	94

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Anteil der Psychosomatiker an der Patientengesamtheit und deren Zusammensetzung aus Patienten mit Kennzeichnung PSER, Ziffer 35110 und Patienten mit beiden Kennzeichnungen	37
Abbildung 2 Altersverteilung der Psychosomatiker mit Geschlechtsdifferenzierung	38
Abbildung 3 Prozentualer Anteil der Symptom-Beschwerdecluster an der Gesamtheit von 575 Beschwerdekomplesen (BS)	39
Abbildung 4 Aufteilung der Psychosomatiker in drei Gruppen nach Anzahl der Beschwerdekomplesen (BS)	40
Abbildung 5 Relative Häufigkeit der Mittelwerte im Vergleich zwischen den Beschwerdekomplesen-Gruppen (BS) und der Gesamtheit (Besuche, Arbeitsunfähigkeit und Überweisung)	41
Abbildung 6 Prävalenz der somatischen Komorbidität der Psychosomatiker in Prozent	43
Abbildung 7 Prävalenz der psychische Komorbidität und der Diagnose Angst und Depression bei Psychosomatikern in Prozent	44
Abbildung 8 Zusammensetzung der Gruppe der Somatiker nach Symptomprofilen	46
Abbildung 9 Prävalenz somatischer Komorbidität bei Somatikern	47
Abbildung 10 Vergleich der relativen Häufigkeiten bezüglich Besuche, Arbeitsunfähigkeit und Überweisung	50
Abbildung 11 Anzahl der notierten Stressoren pro Psychosomatiker	51

11 Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften
AU	Arbeitsunfähigkeit
BS	psychosomatische Beschwerdekompexe
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
F	Freiheitsgrade
GI	Gastrointestinaler psychosomatischer Beschwerdekompex
GN	Generalisierter psychosomatischer Beschwerdekompex
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KP	Kardiopulmonaler psychosomatischer Beschwerdekompex
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
MD	Mittlere Differenz
MS	Muskuloskelettaler psychosomatischer Beschwerdekompex
MUS	Medically Unexplained Symptoms
n	Häufigkeit der Merkmalsausprägung

NFS	Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden
OR	Odds Ratio
p	Signifikanzwert
PF	Psycho-Soziale Problemfelder
PSER	psychosomatisches/psychovegetatives Erschöpfungssyndrom
SSD	Somatic Symptom Disorder
T	Regressionskoeffizient

12 Anhang

12.1 Tabelle der S3 Leitlinie: Fachdisziplinen und klinisch relevante Beschwerden

Tabelle 14 ANHANG: Klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedenen Fachdisziplinen, auf die sich diese Leitlinie bezieht (Angaben der Mandatsträger der mitwirkenden Fachgesellschaften)

<p>Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Klinische und Medizinische Psychologie</p>	<p>Somatisierungsstörung, Undifferenzierte Somatisierungsstörung, Somatoforme autonome Funktionsstörung, Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Hypochondrische Störung, Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung (Konversion), (Nicht wahnhafte) Körperdysmorphie Störung, Neurasthenie, „larvierte“ oder „somatisierte“ Depression</p>
<p>Allgemeinmedizin und Familienmedizin</p>	<p>Wichtige Allgemeinsymptome: Abgeschlagenheit, Leistungsknick, außergewöhnliche Müdigkeit, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Schlafstörungen, Essstörung, Kreislaufbeschwerden, Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörungen, Juckreiz Abdominelle Beschwerden (Reizmagen und Reizdarm): Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Druckgefühl, Bauchschmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten, Luftschlucken, vermehrtes Aufstoßen, Sodbrennen; Meteorismus, Schluckauf, Flatulenz, postprandiale dyspeptische Beschwerden, Diarrhöen, häufiger Stuhldrang, Obstipation, Pruritus ani; Kribbeln im Bauch, Appetitverlust, Speisunverträglichkeit, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, Mundtrockenheit, Zungenbrennen Unterbauchbeschwerden/Urogenitale Beschwerden: chronische Unterbauchschmerzen, Pelvipathiesyndrom, Urogenitaltrakt (Reizblase, Urethralesyndrom, Prostatadynie): Häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen, Gefühl erschwerter Miktions, Schmerzen im Unterbauch/Damm, Juckreiz, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; <i>beim Mann:</i> funktionelle Sexualstörungen, Impotenz oder Störungen des Samenergusses; <i>bei der Frau:</i> schmerzhaftes und unregelmäßige Regelblutungen, unge-</p>

	<p>wöhnlicher oder verstärkter Ausfluss, sexuelle Gleichgültigkeit, unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich, funktionelle Sexualstörungen</p> <p>Thorakale Beschwerden: Herzrasen oder Herzstolpern, Atemhemmung/ Atembeklemmungen, Druckgefühl/ Beklemmungsgefühl/Stiche in der Herzgegend; Atmungsstörungen z. B. Hyperventilieren; Globusgefühl, Dysphagie, retrosternale Schmerzen</p> <p>Nervensystem und Sinnesorgane: Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl, Flüsterstimme oder Stimmverlust, Sinnestäuschungen, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Doppelbilder, Ohrgeräusche, Verlust des Hörvermögens, Krampfanfälle, Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit, ticartige Erscheinungen</p> <p>Muskuloskelettal: Arthritische Beschwerden, Wirbelsäulen-Syndrome, Verkrampfungen, Verspannungen.</p> <p>Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation: Kopf- oder Gesichtsschmerzen, muskuloskelettale Schmerzen (Rücken, Arme oder Beine, Gelenke), organbezogene Schmerzen (Magen-/ Darm, Brust)</p>
<p>Allgemeine Innere Medizin Gastroenterologie Kardiologie Pulmonologie Rheumatologie</p>	<p>Reizmagen/Reizdarm-Syndrom, Chronische Müdigkeit/ Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgie-Syndrom, Atypischer Brustschmerz, Mitralklappenprolaps, Hyperventilationssyndrom, Post-Lyme (Borreliose)-Syndrom, Candida-Hypersensitivitäts-Syndrom (Golfkriegssyndrom)</p>
<p>Neurologie</p>	<p>(Spannungs-)Kopfschmerz, Atypischer Gesichtsschmerz, Nicht-epileptische („psychogene“) Anfälle, Schwindel, Psychogene Bewegungsstörungen</p>
<p>Orthopädie und Schmerztherapie</p>	<p>Rückenschmerzen, Nackenschmerzen /Schleudertrauma, Fibromyalgie-Syndrom/Ganzkörperschmerzen/ „Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen“, Schmerzen nach Operation</p>
<p>Arbeits- und Umweltmedizin</p>	<p>Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS), Elektro-Hypersensitivität, Sick building syndrome, Amalgamüberempfindlichkeit, Beschwerden, die auf Expositionen mit Holzschutzmitteln, Lösungsmitteln, Insektiziden und Schwermetallen bezogen werden, Arbeitsplatzbezogene Schulter- und Rückenschmerzen</p>

Gynäkologie und Geburtshilfe	Chronischer Unterbauchschmerz der Frau, Vulvodynie, Chronischer vaginaler Pruritus/ chronischer vaginaler Fluor Dysmenorrhoe, Dyspareunie
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	psychogene Hörstörung (Tinnitus), psychogener Schwindel, psychogene Aphonie , psychogener Globus, psychogenes Räuspern oder Husten, Glossodynie, Körperdysmorphie Störung, psychogene (pseudoallergische) Reaktionen
Urologie und Sexualmedizin	Psychogene Blasenentleerungsstörung Psychogener Harnverhalt Reizblase, Enuresis diurna et nocturna im Erwachsenenalter Urethralesyndrom (Frau) Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie (Frau) Interstitielle Zystitis (Frau) Rezidivneigung der Urethrozystitis (Frau) Chronischer Beckenschmerz/ Prostatodynie (CPSS) (Mann) Anogenitales Syndrom (Mann)
Dermatologie Allergologie/Immunologie	Pseudo-Nahrungsmittelunverträglichkeiten Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS) Somatoformer Juckreiz (Pruritus sin materia) Dysästhesien der Haut (z.B. Scalp Dysästhesie) somatoformer Haarausfall (diffuses Effluvium) Glossodynie (Zungenbrennen)

<p>Zahn- Mund- und Kieferheilkunde</p>	<p>(Somatoforme) „Prothesenunverträglichkeit“ (Druck, Schmerz, Fremdkörpergefühl, Geschmacksveränderung, Veränderung des Speichelflusses ohne somatische Erklärung) Mundtrockenheit bzw. Glossodynie/Zungenbrennen/Burning Mouth Syndrom Atypischer bzw. idiopathischer Kopf- oder Gesichtsschmerz, „atypische Odontalgie“, muskuloskelettale Schmerzen Bruxismus, Craniomandibuläre Dysfunktion (Schmerzhafte Funktionsstörung der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur, Schmerzen) "Amalgam-Syndrom"/ Amalgamüberempfindlichkeit, andere Unverträglichkeiten, z.B. von Zahnfüllmaterialien Schluckbeschwerden, psychogener Würgereiz, Übersteigerte Würgereaktionen Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Körperdysmorphie Störung)</p>
---	--

12.2 Tabelle der S3-Leitlinie: Relevante psychische Differentialdiagnosen

Tabelle 15 ANHANG: Differentialdiagnostisch besonders relevante, aber auch häufig komorbid auftretende Krankheitsbilder aus der psychosozialen Medizin

Differentialdiagnosen (ICD-10-Code)	relevante Beschwerden (Beispiele)
Hochondrische Störung; bisher F45.2; wird im DSM-V wahrscheinlich subsummiert unter „complex somatic symptom disorder“ bzw. „illness anxiety disorder“)	Dominanz gesundheitsbezogener Ängste
Depressive Störungen (F3X); vor allem sog. „larvierte“ oder „somatisierte“ Depressionen bzw. depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11, F33.11)	Dominanz von Niedergeschlagenheit und Interessensverlust; somatisches Syndrom: Erschöpfung, Schmerzen, Schlafstörungen, Appetitstörung
Angststörungen (F40 oder F41; z.B. Panikattacken, phobische Störungen oder generalisierte Angst)	Attakenartiger Schwindel, Palpitationen, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten
Suchterkrankungen (F10-19)	Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit, evtl. auch sekundär, z.B. bei wiederholter, steigender Einnahme zur Symptomlinderung
Anpassungsstörungen (F43.0)	Klarer Bezug zu einer entscheidenden Lebensveränderung, die u einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat
Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1)	Schreckhaftigkeit, „Flashbacks, wie im Film“, Alpträume, Gefühl der emotionalen Stumpfheit
Nichtorganischen Schlafstörungen (F51)	Ein- und Durchschlafprobleme
Sexuelle Funktionsstörungen (F52)	Libido-/ Appetenz-Störungen, Erregungs- oder Orgasmus-Störungen, Orgasmus-Störungen, Schmerzen bei sexueller Aktivität
Essstörungen (F50)	Gewichtsproblem, Körperschemastörung, gegensteuernde Maßnahmen (Erbrechen, Sport, Medikamentenmissbrauch), gastrointestinale Beschwerden
Körperdysmorphie Störung (bisher unter F45.2. subsummiert; in DSM-V wahrscheinlich bei Angst- Zwangstörungen)	Dominanz von Ängsten/ Stigmatisierungserleben, missgestaltet zu sein,; Scham und Ekel von einzelnen Körpersymptomen

Psychotische Erkrankungen (F20 - 29)	Symptome oder Ursachenvorstellungen sind bizarr; evtl. sind Ichstörungen oder eine Negativsymptomatik vorhanden, z.B. bei abnormen, oft bizarren Körper-bezogenen Wahrnehmungen („Coenästhesien“); formale oder inhaltliche Denkstörungen (z.B. Vergiftungsideen)
Artifizielle Störungen (F68.1)	schlecht heilende Wunden, unklares Fieber
Persönlichkeitsstörungen (F60 – 69)	Unausgeglichenheit, auffällige Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen
Aggravation bzw. Simulation (überwiegend im gutachterlichen Kontext); abzugrenzen von einer bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen häufigen „Verdeutlichungstendenz“	überwiegend bewusst vorgetäuschte Beschwerden

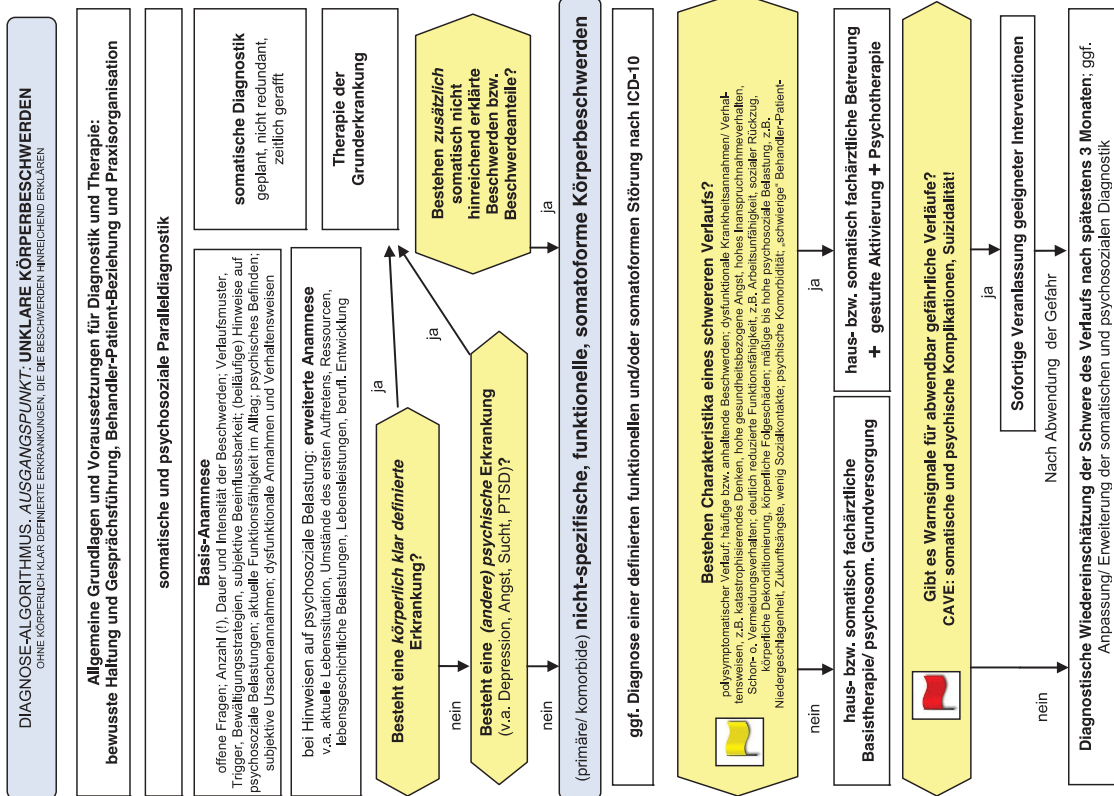
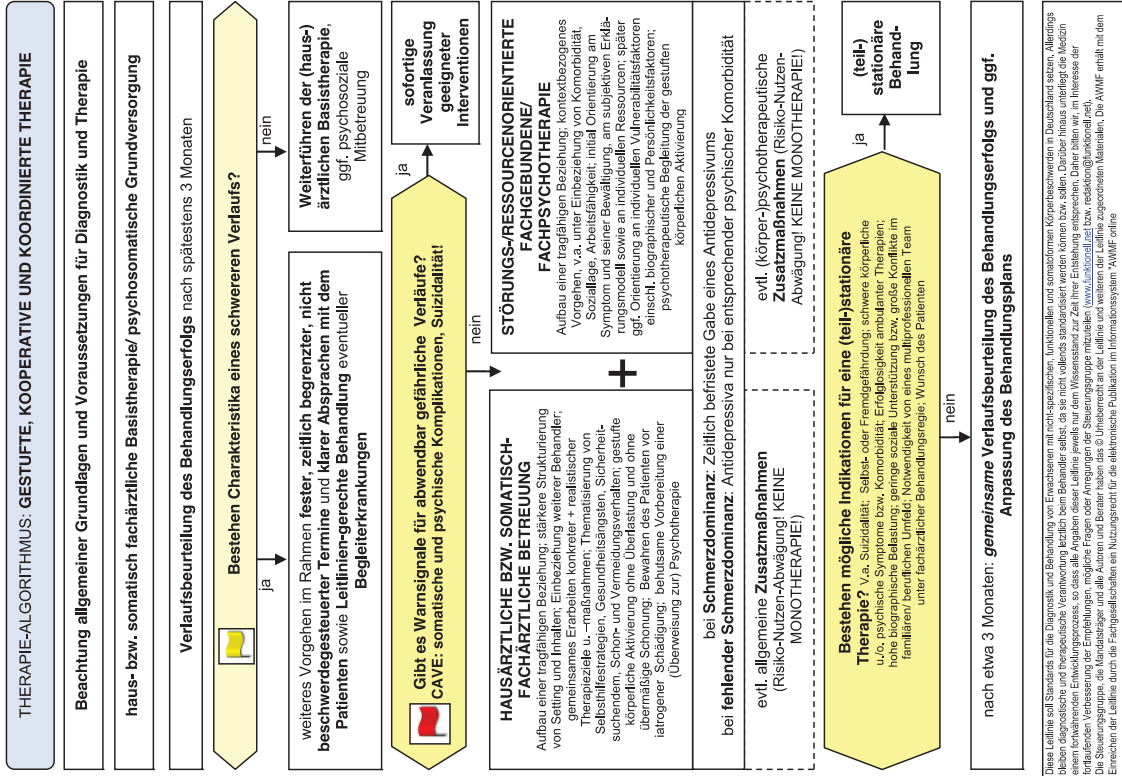
12.3 Stress Skala von Holmes und Rahe

Tabelle 16 ANHANG: Social Readjustment-Scale, Stress-Skala von Holmes und Rahe

Rang	Ereignis	Stresswert
1	Tod des Ehepartners	100
2	Scheidung	73
3	Trennung vom Ehepartner	65
4	Haftstrafe	63
5	Tod eines Familienangehörigen	63
6	Eigene Verletzung oder Krankheit	53
7	Heirat	50
8	Verlust des Arbeitsplatzes	47
9	Aussöhnung mit dem Ehepartner	45
10	Pensionierung	45
11	Änderung im Gesundheitszustand eines Familienangehörigen	44
12	Schwangerschaft	40
13	Sexuelle Schwierigkeiten	39
14	Familienzuwachs	39
15	Geschäftliche Veränderung	39
16	Erhebliche Einkommensveränderung	38
17	Tod eines nahen Freundes	37
18	Berufswechsel	36
19	Änderung in der Häufung der Auseinandersetzungen mit dem Ehepartner	35
20	Aufnahme eines Kredites über 10.000 \$	31
21	Kündigung eines Darlehens	30
22	Veränderung im beruflichen Verantwortungsbereich	29
23	Kinder verlassen das Elternhaus	29
24	Ärger mit der angeheirateten Verwandtschaft	29
25	Großer persönlicher Erfolg	28
26	Anfang oder Ende der Berufstätigkeit der Ehefrau	26
27	Schulbeginn oder -abschluss	26
28	Änderung des Lebensstandards	25
29	Änderung persönlicher Gewohnheiten	24
30	Ärger mit dem Vorgesetzten	23
31	Änderung von Arbeitszeit und -bedingungen	20
32	Wohnungswechsel	20
33	Schulwechsel	20

Rang	Ereignis	Stresswert
34	Änderung der Freizeitgewohnheiten	19
35	Änderung der kirchlichen Gewohnheiten	19
36	Änderungen der gesellschaftlichen Gewohnheiten	18
37	Aufnahme eines Kredites unter 10.000 \$	17
38	Änderung der Schlafgewohnheiten	16
39	Änderung der Häufigkeit familiärer Kontakte	15
40	Änderung der Essgewohnheiten	15
41	Urlaub	13
42	Weihnachten	13
43	Geringfügige Gesetzesübertretungen	11

12.4 Diagnose- und Therapiealgorithmus der S3 Leitlinie



12.5 Die S3 Leitlinie für den Schreibtisch

Unstrukturiertes Vorgehen; spontane, beschwerdegesteuerte, notfallmäßige Termine ohne Regeln oder zeitliche Begrenzung	Klares Setting, regelmäßige Einbestellung, zeitliche Begrenzung; beidseitiges Einhalten von Absprachen, Grenzen und Regeln; Informationsaustausch im Praxisteam
Einsseitig somatisches oder psychosoziales Vorgehen in Diagnostik und Therapie; fehlende Kommunikation der verschiedenen Behandler	Simultane Berücksichtigung psychosozialer und somatischer Aspekte („Sowohl-als-auch“-stat. „Entweder-oder“) in Diagnostik und Therapie; adäquate Therapie von Begleiterkrankungen; idealerweise in Kooperation mit weiteren Behandlern; Kontakt zu Psychosomatik, Qualitätszirkel, Balintgruppe, Inter-/Supervision

6 Klinische Charakteristika leichter bzw. schwerer Verläufe	
Kriterium/Verlauf	Für einen leichteren bzw. schwereren Verlauf sprechen....
Anzahl der Beschwerden	eine oder wenige Beschwerden (mono-/oligosymptomatischer Verlauf)
Häufigkeit/Dauer der Beschwerden	häufig bzw. anhaltend (ohne oder nur mit seltenen/kurzen beschwerdefreien Intervallen)
Annahmen/Verhaltensweisen hinsichtlich Krankheit/Gesundheit	dysfunktional, z.B. katastrophalisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Ängste, hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- und Vermeidungsverhalten
Funktionelle Beeinträchtigung	deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; Arbeitsunfähigkeit > ca. 4 Wochen, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, evtl. körperliche Folgeschäden
Psychosoziale (evtl. auch biographische) Belastung	mäßig bis hoch (z.B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte)
Psychische Komorbidität	häufig (v.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, PTSD)
Behandler-Patient-Bez.	(von beiden) als „schwierig“ erlebt

7 Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe	
Suizidalität	Besonders schwere psychische Komorbidität (z.B. schwere depressive Entwicklung (major depressive Episode), Angstsymptomatik, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt)
Schwere Ausprägung der Beschwerden und körperlicher Folgeschäden	Fixierung von Fehlhaltungen, starke Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit bis hin zur Einsteifung geschochter Gelenke und Kontrakturen, starke Gewichtsabnahme, Bettlägerigkeit
Auftreten bekannter Warnsignale somatisch-delinquenter Erkrankungen	Leitlinien somatischer Fächer

8 Mögliche günstige Prognosefaktoren	
aktive Bewältigungsstrategien (z.B. körperliches Training, positive Lebenseinstellung, Motivation für Psychotherapie)	Gesunde Lebensführung (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung)
Sichere Bindungen	Gute Arbeitsbedingungen
Gelungende Behandler-Patient-Beziehungen	Biopsychosozialer, entkastrophisierender Ansatz der Behandler unter Vermeidung unnötiger Diagnostik
Frei zugängliches, aber dennoch auf Selbstverantwortung und Prävention zielendes Gesundheitssystem	

9 Stufentherapie: Störungs-, Ressourcen- und Schweregradorientiert:	
★ leichtere Verläufe: Versicherung und Benutzung, positive Erklärung; aktive Information über biopsychosoziale Zusammenhänge; Körperliche und soziale Aktivierung; Ressourcenaktivierung; ggf. symptomatische Maßnahmen	★ schwere Verläufe: strukturiertes Vorgehen; Einbeziehen weiterer Behandler bzw. Behandlungselemente, gesteuerte körperliche Aktivierung, behutsame Vorbereitung einer Psychotherapie; Störungs- und Ressourcenorientierte Psychotherapie
★ sehr schwere Verläufe mit (Gefahr einer) Chronifizierung: Multidisziplinäre, multimodale, am ehesten tagesklinische oder stationäre Behandlung	

05/1001	NICHT-SPEZIFISCHE, FUNKTIONELLE UND SOMATOFORME KÖRPERBESCHWERDEN: „Leitlinie für den Schreibtisch“
1 BEGRIFFE: Diverse, teils umstrittene Bezeichnungen und Parallelklassifikationen! Medically unexplained (physical) symptoms (MUS, MUPS) – nicht-spezifische Beschwerden (oft im Kontext der Allgemeinmedizin, ICP-2) – funktionelle Beschwerden bzw. Syndrome (z.B. Chronisches Müdigkeitssyndrom, Fibromyalgie-syndrom, Reizdarmsyndrom; z. T. in ICD-10) – Somatoforme Störungen (in ICD-10 und DSM-IV)	

2 HÄUFIGKEIT: Frauen : Männer ca. 2-3 : 1	in der somatischen Medizin (Haus- und Facharztpraxis, Notaufnahme, Allergie-Anklinik, Rheuma-Station etc.) ca. 20%	Unabhängig von Herkunft und Alter , also z.B. auch bei Migranten, Kindern, und älteren Menschen.
3 KLINISCHES BILD: Körperliche Beschwerden ohne hinreichend erklärenden somatischen Befund. Oft Kombination mehrerer Beschwerden. Typische Manifestationen: Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Rücken, Kopf, Bauch / Unterleib, Extremitäten) Erschöpfung / Müdigkeit Funktionsstörungen (z.B. Herz/ Kreislauf, Atmung, Verdauung, Urogenitalsystem)	Wenn gesundheitsbezogene Ängste und Befürchtungen dominiert. DD Hypochondrie	Häufig starke psychosoziale Belastung und hohe psychische Komorbidität Depression, Angst, Sucht, PTSD, Persönlichkeitsstörungen! Cave: Suizidalität! Häufig schwierige Arzt-Patient-Beziehungen. Viele Arztbesuche/Arztwechsel, Mehrfachdiagnostik, Therapieabbrüche, Wechsel aus Höflichkeit und Enttäuschung auf beiden Seiten

4 ALLGEMEINE ZIELE + GRUNDSÄTZE IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten haben ein Recht darauf, mit ihren subjektiven Beschwerden auch ohne Erklärbarkeit durch somatische Krankheitsfaktoren ernst genommen zu werden. • Die meisten Betroffenen akzeptieren die nicht hinreichende somatische Erklärbarkeit ihrer Beschwerden, solange sie sich der emotionalen Unterstützung und medizinischen Sorgfalt ihres Behandlers sicher sein können. • Die (auch unausgesprochene) Vermutung des Arztes, „nichts“ zu finden, aber eine gleichzeitige Überdiagnostik führen oft dazu, dass sich Patienten verunsichert fühlen. • Die Erreichung bestmöglicher Lebensqualität ist wichtiger als Beschwerdereduktion und Ursachenklärung. • iatrogene Fixierung (z.B. auf somatische Ursachen) und Chronifizierung müssen unbedingt vermieden
---	--

5 DER EINFLUSS DES BEHANDLERS: HALTUNG, GESPRÄCHSFÜHRUNG, PRAXISORGANISATION	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ SCHÄDLICH Einsseitig „somatisierende“ oder aber „psychologisierende“ Haltung; gereizt, wertend oder deutend ⊕ NUTZLICH gelassene, geduldige, empathisch begleitende, aktiv-stützende Grundhaltung; interessiert, aber nicht wertend
Fokus auf Beseitigung der Beschwerden; diagnostische Einordnung um jeden Preis	Fokus auf Beschwerden, Kontext, Lebensqualität bzw. Leistungsfähigkeit und auf Möglichkeiten der Bewältigung
Berührungsthemen mit psychosozialen Themen	Vertrauen in eigene psychologische Fähigkeiten
Eindruck erwecken, ohnehin zu wissen, was der Patient will, kurz angebunden sein; unerreichbare Ziele setzen	Partnerschaftliche, offene Gesprächsführung, alltagspraktische Metaphern, Entscheidungen gemeinsam („partizipativ“) treffen, realistische Ziele formulieren, regelmäßige Bilanzgespräche
Psychosoziale Hinweise übersehen, überhören, ignorieren oder aber dem Patienten aufdrängen	Psychosozialen Hinweisen Raum geben; beiläufig nachfragen, aber nichts erzwingen; nach weiteren Beschwerden und Kontextfaktoren fragen (Arbeit, Partnerschaft, Rentenbegehren etc.)
Dem Patienten die Beschwerden absprechen („Sie haben nichts“), „Das ist doch völlig normal“	Aufgreifen von Sorgen, Anerkennen der Beschwerden ohne verfrühte Etikettierung als „Krankheit“, biopsychosoziales Erklärungsmodell etablieren. Positives anbieten (Stressreaktion, Teufelskreis)
Überfliegtes Anordnen exzessiver Diagnostik aus rechtlichen oder anderen Gründen, wenn eigentlich unauffällige Testergebnisse erwartet werden	Gepflegte, nicht redundante, zeitlich gestaffelte Organisations- Thematisieren (noch) fehlender somatischer Erklärungen und diagnostischer Wahrscheinlichkeiten; offene Diskussion von (wahrscheinlich unauffälligen) Testergebnissen, Unwahrscheinlichkeit einer organischen Erkrankung (währendes Offenhaltens) Sorgfalt und Wachsamkeit zeigen („abwartendes Offenhaltens“)

13 Danksagung

- ❖ Mein erster Dank gilt meinem Betreuer **Dr. med. Günter Oberprieler**, für das Überlassen dieses spannenden Promotionsthemas.
- ❖ **Meinen Eltern, Christine Auhagen und Peter Bogdanov-Auhagen** sei hier mein besonderer Dank ausgesprochen. Danke für Eure Liebe, Eure Unterstützung und Zuwendung auf allen Ebenen. Besonders auch für die geistige Verbindung und intellektuelle Bestärkung in der Entwicklung dieser Arbeit. Ihr seid wunderbare Vorbilder.
- ❖ An meinen Bruder **Bojan** für die Begleitung.
- ❖ An das gesamte Praxisteam der **untersuchten Praxis** für die tatkräftige Unterstützung.
- ❖ An meinen Doktorvater und Betreuer **Prof. Dr. Albert Standl** und an den Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin **Prof. Dr. Jörg Schelling**.
- ❖ An **Dr. rer. nat. Linda Sanftenberg** für die nachhaltige Betreuung und Hilfe in allen Fragestellungen.
- ❖ An den Verein **Medizin und Menschlichkeit**. Besonderer Dank gilt hier meinen Freunden, Begleitern und Kollegen, die mich inspirieren und begeistern.
- ❖ A presença das duas mulheres, almas e amigas inspiradoras **Joana** und **Patrischa** na minha vida.
- ❖ Ich danke Dir, **Fabian**.

14 Eidesstattliche Versicherung

Auhagen, Milena Susanne

Name, Vornamen

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 01.06.2017

Ort, Datum

Unterschrift der Doktorandin