

# Wie diagnostizieren Hausärzte eine somatoforme Störung?

Praxis-Untersuchung zur Anzahl von Symptomen, psychosozialen Problemen und inadäquatem Krankheitsverhalten von Patienten

D. Jobst

*Family Doctors – How Would They Diagnose a Somatoforme Disorder?*

Originalarbeit

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Die somatoforme Störung, auch bekannt als funktionelle Störung, wird durch die ICD-10 im psychiatrischen Abschnitt F45 definiert. Die Erkennbarkeit dieser Störung ist schwierig. Wie hängt die Anzahl der Symptome, wie hängen psychosoziale Störungen und inadäquates Krankheitsverhalten mit der ärztlichen Diagnose der Störung zusammen? **Methoden:** In 12 Hausarztpraxen wählten Ärzte Patienten mit und ohne die Vermutung einer somatoformen Störung aus. Sie untersuchten die Patienten gründlich, vermerkten deren Symptome, psychosoziale Verhaltensstörungen sowie inadäquates (hypochondrisches) Krankheitsverhalten. Patienten beantworteten Fragen über die Häufigkeit von 36 Beschwerden, fünf Fragen zu psychosozialen Belastungen, vier zu ihrem Krankheitsverhalten und eine zur Häufigkeit von Arztbesuchen. **Ergebnisse:** 1. 23 Patienten wurden ärztlich als nicht, 24 als somatoform gestört eingeschätzt. Letztere nannten überzufällig häufige und vielfältige Symptome (t-Test: CI 0,33–3,7 und  $p=0,021$ ). 2. Ärzte stuften 15 dieser 24 Patienten als auch sozial, beruflich und interpersonal gestört ein (Chi-Quadrat-Test:  $p=0,0001$ ). Aus den Patientenangaben hierzu konnte ein überzufälliger Zusammenhang mit einer vermuteten somatoformen Störung jedoch nicht errechnet werden. 3. Auch Fragen nach körperlicher Schwäche und Empfindlichkeit, nach vielen Sorgen um die eigene Gesundheit etc. waren nicht mit der ärztlichen Diagnosevermutung einer somatoformen Störung assoziiert. **Schlussfolgerung:** Die zahlenmäßige Erfassung von Beschwerden/Symptomen ist ein wesentlicher Bestandteil der Diagnosestellung, psychosoziale Verhaltensstörungen und inadäquates Krankheitsverhalten in

## Abstract

**Introduction:** Somatoforme disorders, also known as functional diseases, are defined through the psychiatric chapter F45 within the ICD-10. These disorders are difficult to recognize. How does the number of symptoms influence doctors' diagnosis? How does the evaluation of psychosocial malfunctions and of hypochondric attitudes attribute to this? **Methods:** Twelve family doctors preselected patients with and without somtoforme disorders. They performed a thorough physical examination, wrote down the patients' symptoms and recorded psychosocial difficulties as well as hypochondric attitudes. Patients had to answer a questionnaire about 36 complaints, 5 questions about psychosocial circumstances, 4 about hypochondric thoughts and feelings and one about the frequency of consultations at surgeries. **Results:** 24 patients were diagnosed as somatizers, whereas 23 were not. The first group offered considerably more symptoms/complaints than the controls (t-test CI 0.33–3.7;  $p=0.021$ ). Doctors labelled 15 out of these 24 somatoforme patients with social, professional and interpersonal malfunctions, too (Chi-Quadrat-test:  $p=0.0001$ ). Patients records however didn't reveal any statistical associations to the doctors' diagnoses. Also questions about bodily weakness, sorrows about their own sanity etc. weren't statistically associated. **Conclusion:** To count all the symptoms must be regarded as essential. In contrary, psychosocial difficulties and hypochondric behavior in our trial did not show associations to somatoforme disorders. Reasons for this will be discussed. A structured instrument for the diagnostic work in family practice nevertheless seems to be helpfull and necessary regarding somtoforme disorders.

209

## Institutsangaben

Medizinische Fakultäten Bonn und Düsseldorf

## Korrespondenzadresse

Dr. Detmar Jobst, Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren · Lehrbeauftragter der medizinischen Fakultäten Bonn und Düsseldorf · Rilkestr. 53 · 53225 Bonn · E-mail: detmarj@uni-bonn.de

## Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 209–213 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2006-933405  
ISSN 0014-336251

unserer Arbeit nicht. Die Gründe hierfür werden diskutiert. Eine im Praxisalltag umsetzbare strukturierte Hilfe bei der Diagnosestellung erscheint wertvoll und notwendig.

### Schlüsselwörter

Somatoforme Störung · Hausarztmedizin · Sozialverhalten · Hypochondrie

### Key words

Somatoform disorder · primary care · social behavior · hypochondria

## Einführung

Vielfältige somatische Krankheitszeichen ohne entsprechende Körperbefunde bezeichnet man als funktionelle oder somatoforme Störung. Einem Arzt, der nur mit Körpersymptomen konfrontiert wird, fällt es nicht leicht, solche Störungen als somatoform zu diagnostizieren. Die Idee zu der folgenden Arbeit entstand im Rahmen des ersten Professionalisierungskurses der DEGAM 2001/02, als darüber nachgedacht wurde, welche Anhaltspunkte Hausärzten helfen könnten, eine somatoforme Störung zu vermuten bzw. wahrscheinlich zu machen.

Die ICD-10 trifft eine dezidierte Definition der somatoformen Störung in einer psychiatrischen Kategorie (F45.) – diese Kategorie bezeichnete früher die Begriffe Hysterie und Hypochondrie. Aktuelle Unterkategorien sind:

- die seltene und gravierende Somatisierungsstörung F45.0
- die in der Allgemeinarztpraxis häufige, weniger gravierende undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1,
- die hypochondrische Störung F45.2
- die somatoforme autonome Funktionsstörung F45.3 und zwei weitere Unterkategorien [1].

Im Zentrum der Definition der Somatisierungsstörung nach F45.0/1 steht die Anzahl multipler Krankheitserscheinungen, deren Auftreten bereits länger anhält. Ebenfalls zur Definition gehören lange und komplizierte Patienten-Karrieren sowie langdauernde Störungen des psychosozialen Verhaltens.

Das bisher übliche psychosomatische Verständnis, also die psychologische Ursachenbegründung und die Funktionsdeutung der Symptome, hat kaum Anteil an der Definition. Psychosomatische Krankheiten gehen in der Kategorie F45 weitgehend auf.

Insofern wurde mit der ICD-10 eine neue Sicht der funktionellen oder psychosomatischen Störungen eingeführt. Der Umgang hiermit ist gewöhnungsbedürftig und erfordert, dass man sich in der Diagnosestellung übt. Allerdings gibt es auch Einwände gegen die Definitionen nach F45 überhaupt [2], insbesondere, was die psychiatrische Einordnung von funktionellen Störungen in der Allgemeinmedizin angeht [3].

Beschwerden und Krankheitszeichen ohne körperlichen Befund werden in der Primärmedizin westlicher Länder mit 20 bis 30 und mehr Prozent aller Beratungsursachen angegeben [4, 5]. In welchen dieser Fälle sollen Hausärzte die Diagnose einer somatoformen Störung stellen: Entsprechend der Anzahl oder der Frequenz der Symptome? Welcher Symptome? Entsprechend welcher psychosozialer Schwierigkeiten? Wegen inadäquatem Krankheitsverhalten (Hypochondrie)? Es wird angenommen,

dass mit einer entsprechenden Schulung das richtige Diagnostizieren einer somatoformen Störung um ein Drittel, mit dem Einsatz von Fragebogen um ein weiteres Drittel zunehmen würde [6, 7].

Um Hinweise zum diagnostischen Wert der ICD-10-Definitionen in der allgemeinmedizinischen Praxis zu erhalten, haben wir zwei Forschungsfragen bearbeitet:

- Wie hängt die Anzahl der Symptome mit der ärztlichen Diagnose der Störung zusammen?
- Was trägt die Feststellung langdauernder Störungen des psychosozialen Verhaltens und inadäquaten Krankheitsverhaltens zur Diagnosestellung bei?

## Methoden

Studien-Ärztinnen/-Ärzte in zwölf Allgemeinarztpraxen wählten je fünf ihnen bekannte erwachsene Patienten aus. Davon sollten mindestens zwei die ärztliche Diagnose oder Verdachtsdiagnose somatoforme Störung haben, die anderen Patienten sollten diese Diagnose sicher nicht haben. Folgende Fragen waren nach der Konsultation der Patienten von den Ärzten zu beantworten:

- Liegt ein Verdacht auf somatoforme Störung vor?
- Welche Beschwerden hat die Patientin/der Patient geäußert?
- Ist ein inadäquates Krankheitsverhalten spürbar?
- Vermittelt die Patientin/der Patient den Eindruck, sie/er unterliege „einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonellen und familiären Verhaltens“?
- Wurde eine gründliche körperliche Untersuchung durchgeführt?
- Konnte eine körperliche Ursache ermittelt werden?

Ein gründlicher körperlicher Status war notwendiger Bestandteil der Konsultation, um körperliche Befunde und Ursachen für die Beschwerden der Patienten nicht zu übersehen.

Außerdem sollte die Nützlichkeit des Fragebogens zur Erfassung von somatoformen Störungen beurteilt werden. Die Definitionen nach F 45.0/1 waren auf den Fragebögen im Wortlaut vermerkt <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Definition der somatoformen Störungen F45.0, F45.1 (ICD-10-SGBV, Systematisches Verzeichnis (10. Revision) 6/99, Deutscher Ärzteverlag) F45.0, F45.1: Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil

Nach der Arzt-Konsultation und der Untersuchung baten die Hausärzte ihre Patienten um Mitarbeit durch Ausfüllen eines Patienten-Fragebogens. Falls die Patienten einverstanden waren, gaben sie anonym und ohne Assistenz im Fragebogen an, wie oft bisher Beschwerden aus einer Auswahlliste von 35 Items bei ihnen aufgetreten waren. Es wurde nach je neun abdominellen und vegetativen, nach sieben pseudoneurologischen, drei urogenitalen, zwei kardiogenen und fünf Schmerz-Symptomen gefragt. Diese Beschwerdeliste entspricht einer Kurzform des SOMS<sup>2</sup> nach Rief und Hiller [8], die Gruppierung folgt dem DSM-IV [9] und den Forschungskriterien der ICD-10 [10]. Erhoben wurden außerdem 5 Fragen zum Sozialstatus und 4 Fragen zu Krankheitsüberzeugungen sowie die Häufigkeit von Arztbesuchen.

## Ergebnisse

### Patientencharakteristika

54 Patienten wurden in 12 Praxen als Teilnehmer dokumentiert. Von 47 Patienten lagen auswertbare Daten vor. Die Studien-Ärzte gaben aufgrund eigener Einschätzung Patienten mit und ohne mutmaßliche somatoforme Störung an. 12 Patienten (25,5%) wiesen körperliche Befunde auf, welche die Symptome hinreichend erklärten. Im Auswertungsbogen korrigierten die Ärzte ihre Verdachtsdiagnose. Zur Auswertung wurden diese Patienten der Gruppe der körperlich Kranken zugeordnet.

Einige Patientencharakteristika zeigt Tab. 1:

Tab. 1 Patientencharakteristika

Patienten-Zuordnung	Ärztliche Vermutung einer somatoformen Störung nach körperlicher Untersuchung	keine Vermutung einer somatoformen Störung
n = 47	24 (18 w, 6 m)	23 (11 w, 12 m)
Alter (Median und Spanne)	33,5 Jahre 17–53 Jahre	51 Jahre 18–75 Jahre

### Anzahl der Symptome

Elf der 24 Patienten mit der ärztlicher Vermutung einer somatoformen Störung (= 45,8%) gaben sechs oder mehr Symptome/Beschwerden an, an denen sie häufig oder ständig litten<sup>3</sup>. Die Studien-Ärzte dokumentierten hier im Mittel nur 2,7 Symptome – nur in 4 Fällen gaben sie sechs Symptome an.

oder jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden. Eine kurzdauernde (weniger als zwei Jahre) und weniger auffallende Symptomatik wird besser unter F45.1 klassifiziert (undifferenzierte Somatisierungsstörung).

<sup>2</sup> „Screening für Somatoforme Störungen“: Psychiatrisch-klinisches Erhebungsinstrument, u. a. mit 52 Items zur Angabe von Symptomen und 14 weiteren Fragen, mit Befindlichkeits-Tagebuch, mit Fragebogen zur Veränderungsmessung etc.

<sup>3</sup> Schwellenwert laut ICD-10-Forschungskriterien, von dem an die Diagnose als gesichert gilt: Sechs von 14 Symptomen aus mindestens zwei Körperbereichen.

In der Gruppe ohne Diagnosevermutung gaben 5 Patienten (21,7%) sechs oder mehr Symptome/Beschwerden an. Ärzte dokumentierten in dieser Gruppe im Mittel nur 1,65 Symptome, in keinem Fall sechs Symptome.

Für die Kalkulation eines Unterschiedes zwischen den Gruppen wurde die Anzahl der Symptome mit häufigem oder ständigem Auftreten jedes einzelnen Patienten addiert und mittels T-Test auf dem Statistik-Programm SPSS 10.0 verglichen. Das Ergebnis stützt die ärztliche Vermutung einer somatoformen Störung mit CI 0,33–3,7 und  $p = 0,021$ .

Der Unterschied bleibt auch dann erhalten, wenn man mit F45.1 die Definition der somatoformen Störung weniger streng auslegt, falls nicht sämtliche Kriterien von F45.0 erfüllt sind. Hierfür bekamen häufige und ständige Symptome je zwei Punkte, sehr seltene bis gelegentlich auftretende Symptome einen Punkt: (CI 0,24–11,27 und  $p = 0,041$ ).

### Verhaltensstörungen mit sozialem Bezug

Die Definition der F45.0/1 bezieht die Feststellung einer „langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und beruflichen Verhaltens“ ein. Wir operationalisierten diesen Teil der Krankheitsdefinition mit folgenden Ergebnissen – die Angaben beziehen sich auf die Gruppe mit einer ärztlich vermuteten somatoformen Störung, die Zahlen in Klammern auf die Gruppe ohne diese:

Neun (6) der befragten Patienten hatten keinen Partner, fünf (3) seit zwei Jahren oder länger. Fünf (2) besaßen keine abgeschlossene Berufsausbildung. Zehn (9) gingen keiner Erwerbstätigkeit nach, drei (3) seit über zwei Jahren. Nur ein Patient gab an, nicht mit anderen Menschen auszukommen, alle anderen kamen gut oder problemlos mit ihren Mitmenschen aus.

Es konnte für keine dieser sozialen und interpersonalen Angaben ein überzufälliger Zusammenhang mit einer ärztlich vermuteten somatoformen Störung errechnet werden.

Im deutlichen Gegensatz hierzu ergab sich aus den Fragebögen der Ärzte, dass 15 der 24 als somatoform vermuteten Patienten (62,5%) ihnen auch wegen länger bestehender psychosozialer Schwierigkeiten aufgefallen sind, jedoch nur 3 Patienten in der anderen Gruppe (Chi-Quadrat-Test:  $p = 0,0001$ ).

### Frauen und Männer, Krankheitsverhalten

Entgegen epidemiologischen Ergebnissen gab es in unserer Untersuchung keine gehäuften Arztkontakte. Auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern war gering. Frauen und Männer suchten in den letzten 6 Monaten durchschnittlich 1,7- bzw. 1,75-mal ihre Ärzte auf, Frauen und Männer mit vermuteter somatoformer Störung erreichten hier sogar tendenziell geringere Frequenzen mit 1,3- bzw. 1-mal. Diese Ergebnisse bleiben auch erhalten, wenn man nur Patienten mit einer Arztfrequenz von drei und mehr Kontakten in den letzten 6 Monaten betrachtet.

Von Patienten mit somatoformen Störungen wird angenommen, dass sie durch ein inadäquates Krankheitsverhalten auffallen. In unserem Patientenfragebogen wurde dieser Begriff mit Fragen nach körperlicher Schwäche und Empfindlichkeit, nach dem häufigen Bewusstwerden eigener Körpervorgänge, dem Bemü-

hen um ein gesundes Leben und nach vielen Sorgen um die eigene Gesundheit umgesetzt: Zu keiner der Antworten auf diese Items waren statistische Unterschiede zwischen den Gruppen oder zwischen Ärzte- und Patientenangaben zu errechnen.

## Diskussion

Unsere Ergebnissen legen nahe, dass die zahlenmäßige Erfassung von Beschwerden/Symptomen ein wesentlicher Bestandteil der Diagnosestellung ist – parallel zum ärztlichen Verdacht einer somatoformen Störung wurden häufige und vielfältige Symptome überzufällig oft von Patientenseite genannt. So waren die Studienärzte anscheinend ziemlich treffsicher im Erkennen ihrer somatoformen Patienten. Da aber die Ärzte fast durchweg weniger als sechs Symptome als diagnoseleitend angaben, kann zweierlei geschlussfolgert werden:

Die somatoformen Klagen der Patienten werden implizit als „viel und ausgeprägt“ registriert und im diagnostischen Prozess gewertet, ohne die Anzahl oder Ausprägung genau beachten zu müssen. In unserer Untersuchung wäre die Diagnose nämlich allenfalls in den maximal vier Fällen zu stellen gewesen, in denen Ärzte sechs Symptome dokumentiert haben! (Der Schwellenwert von sechs Symptomen ist allerdings nicht unmittelbarer Teil der Definition von F45.0/1, vermutlich, weil dann die anderen Kriterien nachrangig würden.) Zweitens: Eine systematische Symptom-Erfassung, wie hier durch den Patientenfragebogen geschehen, würde die Diagnosestellung präzisieren.

Unsere Untersuchung zeigt darüber hinaus, dass die Studienärzte vor allem durch die Vermutung psychosozialer Schwierigkeiten zu ihrer Diagnose gelangen. Diese bildeten sich jedoch überhaupt nicht in den Patientenangaben zur sozialen Situation oder zu zwischenmenschlichen Problemen ab.

Dies kann einerseits an einer falschen Umsetzung (Operationalisierung) der ICD-10-Vorgaben in unserem Studien-Fragebogen liegen. Oder die ICD-10-Definition kann Schwächen haben. Andererseits werden zahlenmäßig nur sehr wenige Patientenaussagen über die sozialen und persönlichen Verhältnisse getroffen – möglicherweise aus Scham, vgl. [11]. Die Studienärzte müssten sich zudem fragen lassen, wie genau sie denn die psychosozialen Schwierigkeiten der Patienten in Erfahrung gebracht haben. Schließlich könnte in den ärztlichen Angaben eine psychologische Verzerrung mitschwingen, etwa: Wenn psychosoziale Schwierigkeiten schon Teil der Störungs-Definition sind, dann wird das auch für die von mir ausgewählten Fälle zutreffen.

Frauen werden häufiger als Männer, wie auch in unserer Untersuchung, mit einer somatoformen Störung diagnostiziert. Obwohl viele Publikationen diese Geschlechterverteilung stützen, hängt sie doch sehr von der Untersuchungsmethode ab, vgl. [5, 12]. Unser Untersuchungsansatz dürfte die Diagnosefreudigkeit der Studienärzte erhöht haben: Im Praxisalltag wird mit einem größeren Fehler 2. Art (Überseh-Fehler) für Patienten mit somatoformen Störungen zu rechnen sein. Keine Zusammenhänge gibt es in unserer Arbeit entgegen wissenschaftlicher Meinung zwischen der ärztlichen Vermutungsdiagnose und der Häufigkeit der Arztbesuche. Auch zur Annahme eines inadäquaten

Krankheitsverhaltens fanden sich keine überzufälligen Angaben. Allerdings fand keine Adjustierung nach dem Alter statt, das in den beiden Gruppen erheblich unterschiedlich war.

Patienten mit vermuteten somatoformen Störungen waren in unserer Untersuchung wesentlich jünger als in der Vergleichsgruppe. Die Literatur weist unterschiedliche Angaben auf: Einer zweigipfligen Altersverteilung mit einer Häufung zwischen dem 15. und 25. sowie dem 45. bis 55. Lebensjahr [5] stehen Beobachtungen einer deutlichen Zunahme im Alter entgegen [13]. Der Umfang unserer Patientenstichprobe ist allerdings viel zu klein, um valide epidemiologische Aussagen zu ermöglichen. Die Umgruppierung der als somatoform vermuteten Patienten mit plausiblen Organbefunden in die nicht somatoforme Gruppe stellt zudem einen Bias dar.

Der Wert der körperlichen Untersuchung wird deutlich, indem bei 12 Fällen die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung korrigiert wurde. Mit 25,5% wäre der Fehler 1. Art – also die falsch-positive Diagnosestellung – ohne das Korrektiv einer körperliche Untersuchung gravierend ausgefallen! Berücksichtigen muss man jedoch, dass krankhafte Körperbefunde eine somatoforme Störung nicht per se ausschließen, da beide nebeneinander vorkommen können.

## Schlussfolgerungen

Zweifelsfrei müssten Symptomfrequenzen und -ausprägungen in praxi mittels Fragebogen erfasst werden, wenn man diesem Hauptkriterium der F45.0/1-Diagnose genügen möchte. Für die psychosozialen Probleme erscheint ein strukturiertes Anamnesegespräch und die erlebte Anamnese geeigneter als der von uns verwendete Fragebogen. Die Erfassung des „hypochondrischen“ Anteils (inadäquates Krankheitsverhalten) erscheint trotz hier nicht signifikanter Ergebnisse wertvoll, weil sie eine plausible Störungsursache zu integrieren hilft. Dies könnte mittels einiger strukturierter Fragen zur Diagnose beitragen.

Angesichts der Diskussion über die „Versäumnisse“ von Hausärzten bei Depressionen und Angststörungen [14, 15], aber auch wegen der (therapeutischen) Konsequenzen der Diagnose einer somatoformen Störung [16], erscheint eine im Praxisalltag umsetzbare strukturierte Hilfe bei der Diagnosestellung wertvoll und notwendig. Auf eine abschließende Frage, ob unsere Studienärzte sich eine diagnostische Hilfe von einem solchen Fragebogen versprochen, antworteten dem entsprechenden elf von zwölf mit Ja – Skeptiker solcher Vorgehensweisen wären allerdings vermutlich von vornherein kaum bereit gewesen, an der Erhebung teilzunehmen.

Nicht nur aus Sicht unserer Ergebnisse sollte die Diagnostik einfacher werden, z. B., indem mehrere Unterkategorien zusammen gefasst werden [2]. Auch sollten hypochondrische, depressive und ängstliche Krankheitsanteile stärker gewertet werden [6], da sie eine beachtliche Überschneidung mit somatoformen Störungen aufweisen [6].

Eine diagnostische Hilfe stellt der aus dem Amerikanischen auf deutsche Verhältnisse übertragene PHQD-Fragebogen dar, der

außerdem Ängste, Depressionen, Essstörungen und Alkoholismus abgrenzen hilft. Er kann von der Web-Site der Heidelberger Universitätsklinik unter [www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=6274](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=6274) kostenlos herunter genommen werden. Für ein Praxis-Screening evaluiert ist auch die kurze Symptom-Checkliste (SCL) „Somatoforme Störung“ [17], (20 Doku-Bögen 7,60 €).

Man darf gespannt sein, ob die für 2007 geplante Neufassung des DSM V eine neue oder ergänzte Definition der somatoformen Störungen anbieten wird, wie publiziert [18] und ob diese auch in „unseren ICD-10“ einfließen wird, „der“ die hausärztliche Arbeit so nachhaltig bestimmt.

**Interessenkonflikte:** keine.

### Danksagung

Über die Mitarbeit folgender hausärztlicher Kollegen als Studienärztinnen und -ärzte freue ich mich heute noch und bedanke mich sehr:

Christa Dörr, Burgwedel; Dr. Th. Ledig, R.D.Jansen, Ditzingen; Dr. P. Kufner, Dr. Diaz-Westreicher, Innsbruck; Dr. C. Lewin, Prof. M. Kochen, Dipl. Phys. W. Schulz, Dr. U. Annweiler, Waake; Dr. J. Pieper, Bonn; Silke Brockmann, Dortmund; Uwe Popert, Kassel; Dr. A. Wartner, Arnsdorf; Dr. J. Baur, Pöttmes; Dres. E. und J. Hauswaldt, Braunschweig; Dr. Pott, Stefan Henseler, Frankfurt; Klaus Schulten, Ebersfeld

Mein Dank gilt auch Dr. Christian Rietz (Institut für Psychologie der Universität Bonn, Abtlg. Methodenlehre und Diagnostik), Anja Jahn (studentische Hilfskraft) und in besonderer Weise Sybille Rister-Mende (Hauptverband der Berufsgenossenschaften), die die statistische Datenbearbeitung für diese Veröffentlichung ausführte.

### Literatur

- 1 DIMDI. ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten. 10. Revision, Deutscher Ärzteverlag 2004
- 2 Sharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance? *Br J Psychiatry* 2004; 184: 465–467
- 3 Jobst D, Abholz HH. Die somatoforme Störung – eine versäumte Kontroverse mit der Psychiatrie. *Z Allg Med* 2004; 80: 371–376
- 4 Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatry comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12: 34–43
- 5 Morschitzky H. Somatoforme Störungen. Springer, Wien 2000
- 6 Henningsen P, Hartkamp N, Loew M, et al. Leitlinie Nr. 051/001-3: 1. Somatoforme Störungen im Überblick, 2. Somatisierungsstörung, 3. Undifferenzierte Somatisierungsstörung. AWMF online 2001
- 7 Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care. *J Psychosomatic Research* 1997; 3: 245–252
- 8 Rief W, Hiller W, Heuser J. Das Screening für Somatoforme Störungen, Manual zum Fragebogen. Hans Huber, Bern 1997
- 9 Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (dt. Bearbeitung). Hogrefe, Göttingen 1996
- 10 WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern 2004
- 11 Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Practice* 1999; 49: 875–879
- 12 Franz M, Schepank H. Epidemiologie funktioneller Erkrankungen. In: Herrmann JM, Lisker H, Dietze GJ (Hrsg). Funktionelle Erkrankungen. Urban und Schwarzenberg; München 1996
- 13 Hessel A, Geyer M, Gunzelmann T, et al. Somatoforme Beschwerden bei über 60-jährigen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36: 287–296
- 14 Hoyer J, Wittchen HU. Generalisierte Angststörung in der primärärztlichen Praxis. *Versicherungsmed* 2003; 55: 127–135
- 15 Limosin F, Loze J, Zylberman-Bouhassira M, et al. The course of depressive illness in general practice. *Can J Psych* 2004; 49: 119–123
- 16 Jobst D, Abholz HH. Funktionelle Störungen und somatoforme Störungen. In: Kochen MM (Hrsg). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Thieme, Stuttgart 2006 (im Druck)
- 17 Hiller W, Zaudig M, Mombour W. ICD-10 Symptom-Checklisten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für psychische Störungen (SCL). Hogrefe, Göttingen 1997
- 18 Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A research agenda for DSM-V™. American Psychiatric Publishing Inc. 2002

### Zur Person



Dr. Detmar Jobst,  
Seit 18 Jahren Allgemeinarzt in Bonn und Lehrbeauftragter in Düsseldorf und Bonn.  
Forschungsarbeiten: Eigenblutbehandlung, intestinale Candidose, Diagnostik somatoformer Störungen, Konsultationsanlässe in der Allgemeinpraxis  
Mitautor der DEGAM-Leitlinie „Rhinosisinusitis“.  
Hessischer Naturheilkundepreis 2003