

S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden"

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

LANGFASSUNG

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Teilnehmende Fachgesellschaften und Verbände:


DKPM

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) (zusammen federführend; Mandatsträger: Peter Henningsen)

(Mandatsträgerin: Ulrike Hohenfellner)


dgpm


Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS) (Mandatsträger: Winfried Häuser)



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Mandatsträger: Markus Herrmann)



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPGG) (Mandatsträgerin: Friederike Siedentopf)



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) (Mandatsträger: Timo Specht)


DGN

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Mandatsträgerin: Marianne Dieterich)



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) (Mandatsträger: Marcus Schiltenswolf)



Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNH) (Mandatsträgerinnen: Astrid Marek und Birgit Mazurek)



Gesellschaft für Phytotherapie e.V.

Gesellschaft für Phytotherapie (GPT) (Mandatsträger: Jost Langhorst)


DGPPN

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Mandatsträger: Hans-Peter Kapfhammer)



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (Mandatsträger: Karl-Heinz Ladwig)



Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (Mandatsträger: Hubert Mönnikes)



Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)/ Arbeitskreis Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin



Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) / Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik

 Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.	(Mandatsträgerin: Anne Wolowski) Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) (Mandatsträger: Dennis Nowak)		Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Arbeitskreis Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) (Mandatsträger: Torsten Lucas)
 	Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI) und Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)/Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie (APD) (Mandatsträger: Uwe Gieler)		Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) (Mandatsträger: Jürgen Matzat)
	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) (Mandatsträger: Winfried Rief)		Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e.V. (Mandatsträgerin: Heike Norda)
	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) (Mandatsträgerin: Heide Glaesmer)		Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Mandatsträger: Hans-Peter Kapfhammer)
 Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) (Mandatsträgerin: Alexandra Martin)		Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) (Zustimmung ohne Mandatsträger)
	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) (Mandatsträger: Ulrich Schultz-Venrath)		Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) (Zustimmung ohne Mandatsträger)
	Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) (Mandatsträger: Stefan Schmädecke)		Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (Zustimmung ohne Mandatsträger)
 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (Mandatsträger: Wolfgang Eich)		Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP) (Zustimmung ohne Mandatsträger)

Steuerungsgruppe/ Redaktion: Casper Roenneberg, Constanze Hausteiner-Wiehle, Rainer Schäfert, Heribert Sattel und Peter Henningsen

Externe Experten: Antonius Schneider und Bernd Löwe

Methodische Beratung und Moderation der Konsensuskonferenz (am 16.11.17): Monika Nothacker (AWMF)

Vorbemerkung und Erläuterung

Diese Leitlinie richtet sich (überwiegend, aber nicht ausschließlich) an Ärzte, aus allen Fachrichtungen und Versorgungsstufen, von Primärversorgern (meist Hausärzte) bis zu spezialisierten Fachärzten bzw. ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.

Diese Leitlinie gibt auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche und eines besonders breit und sorgfältig ermittelten Expertenkonsens Empfehlungen für den Umgang mit der großen und heterogenen Gruppe von Erwachsenen mit so genannten „funktionellen Körperbeschwerden“.

Unter „funktionellen Körperbeschwerden“ subsumieren wir ein breites Spektrum an Beschwerdebildern und Syndromen, von vorübergehenden Befindlichkeitsstörungen über so genannte „medically unexplained (physical) symptoms (MU(P)S)“ bis hin zu kriteriengemäß ausgeprägten somatoformen Störungen, den neu definierten körperlichen Belastungsstörungen („somatic symptom disorder“, „bodily distress disorder“), so genannten funktionellen Syndromen (z. B. Fibromyalgiesyndrom (FMS), Reizdarmsyndrom (Irritable Bowel Syndrome, IBS), Chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome, CFS), Kraniomandibuläre Dysfunktion (Temporo-Mandibular Joint Disorder, TMJD)) oder verschiedene Arten unklarer Schmerzen (z. B. chronische nichtspezifische Rücken-, Gesichts-, oder myofasziale Schmerzen).¹

Diese Leitlinie soll - über medizinische Fachrichtungen und Versorgungsstufen hinweg - Standards für die Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich) setzen; dabei geht sie (nicht nur, aber vor allem) von den Gegebenheiten der deutschen Versorgungssysteme aus. Sie soll ihre Anwender bei ihren diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen unterstützen, um vor allem mehr Lebensqualität und Funktionalität für die Betroffenen, mehr beiderseitige Behandlungs-Zufriedenheit, eine sinnvollere Nutzung von Ressourcen und dadurch nicht zuletzt bessere gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zu erreichen.

¹ Hinsichtlich des Titels der Leitlinie gab es Bedenken seitens der AG Psychosomatik der DEGAM, welche in einer Stellungnahme im Anhang des Leitlinienreports eingesehen werden können.

Beachten Sie bei der Anwendung dieser Leitlinie folgende Besonderheiten:

- Im Vergleich zur Vorgängerversion („Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“) spricht diese Aktualisierung in Titel und Text von „funktionellen Körperbeschwerden“. Dieser Begriff wird von Betroffenen bevorzugt, beschreibt ein besonders breites Spektrum von Beschwerden und Schweregraden (auch solche ohne Krankheitswert) und spiegelt am besten den internationalen Sprachgebrauch wider. Als positiv formulierter Begriff erlaubt er Behandlern und Patienten außerdem - ähnlich wie „bodily distress“ - ein hilfreiches pathogenetisches Verständnis, nämlich, dass bei funktionellen Körperbeschwerden überwiegend nicht die Struktur, sondern die Funktion von Organen (einschl. Haltungs- und Bewegungsorganen) beeinträchtigt ist.
- Nicht gemeint sind körperliche Beschwerden bei klar definierten organischen Erkrankungen wie Gelenkschmerzen bei Rheuma, oder Übergangsbereiche wie Erschöpfung bei Krebserkrankungen oder Multipler Sklerose - obwohl der „körperliche“ Pathomechanismus auch bei diesen Phänomenen oft nicht eindeutig geklärt ist, es eine hohe Komorbidität „organischer“ und „funktioneller“ Erkrankungen gibt, psychosoziale Faktoren den Verlauf nachweisbar beeinflussen und psychologische bzw. „Body-Mind“-Therapieansätze nachweisbar wirken. (Daher sollte die übliche Einteilung von Beschwerden in „erklärt“ oder „unerklärt“, „körperlich“ oder „psychisch“ relativiert werden und grundsätzlich eine „Sowohl-als-auch-Perspektive“ gelten.)
- Weil funktionelle Körperbeschwerden nicht in gleicher Weise wie Krankheiten mit definierter Organpathologie objektiviert werden können, sind subjektives Beschwerdeerleben, individueller Beschwerdekontext, allgemeine Bewältigungsstrategien und die Arzt-Patient-Interaktion von hoher Relevanz. Viele Empfehlungen betreffen daher (auch bei anderen Erkrankungen hilfreiche) genuin ärztliche Denk- und Verhaltensweisen und (in einem weiteren Sinne) psychologische Interventionen. Deren Wirksamkeit ist zwar nur in begrenztem Umfang wissenschaftlich belegt bzw. belegbar (z. B. ohne Verblindung, mit teils subjektiven Einschlusskriterien, in Form qualitativer Studien), außerdem gibt es natürlich keine vollständigen Daten für jeden Aspekt bei jedem Syndrom; sie erreichen aber einen hohen Expertenkonsens (starker Konsens >95%; Konsens >75 bis 95%; mehrheitliche Zustimmung >50 bis 75%). Deshalb werden die Empfehlungen in allgemeinen Klinischen Konsenspunkten KKP aufgeführt und durch übersichtliche Evidenztabelle ([☞ Tabelle](#)) mit der Angabe von Evidenzlevels zu einzelnen Therapiemaßnahmen bei konkreten Störungsbildern angegeben. Zusätzlich gibt es eine Übersicht relevanter anderer Leitlinien Klinische sowie Entscheidungshilfen mit vielen anschaulichen Beispielen ([☞ KE](#)).
- Diese Leitlinie kondensiert große Mengen an empirischer Evidenz, theoretischem Wissen und jahrelanger klinischer Erfahrung zahlreicher Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Dennoch sind ihre Empfehlungen bewusst in einer einfachen, lebensnahen Sprache möglichst ohne komplizierte Fachausdrücke formuliert und richten sich direkt an den Anwender. Auf gängige Leitlinien-Sprachregelungen („soll/sollte“) wird bewusst verzichtet.

- Weil funktionelle Körperbeschwerden hinsichtlich ihres Krankheitswerts sehr heterogen verlaufen und das ärztliche Vorgehen gerade in der Frühphase einen starken Einfluss auf die Prognose hat, sind die Empfehlungen nach Schweregraden und Behandlungsphasen gegliedert: in Maßnahmen der 1. initialen Grundversorgung, der 2. erweiterten Grundversorgung (unterteilt in „Simultandiagnostik“ und „Vom Erklärungsmodell zur Bewältigung“) und schließlich 3. der multimodalen Behandlung / Psychotherapie einschließlich sozialmedizinischer Aspekte. Dabei bauen die Empfehlungen aufeinander auf, d.h. die Empfehlungen für die Initialphase gelten auch für schwerere Verläufe, bedürfen bei diesen aber zusätzlicher Maßnahmen. Weil daher viele Empfehlungen für mehrere Schweregrade gelten, wurden leichte Redundanzen in Kauf genommen.
- Diese Leitlinie spricht bewusst *keine* Empfehlungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit funktionellen Körperbeschwerden aus, da Erwachsenen-Empfehlungen nicht ungeprüft übertragbar sind. Die aktualisierte Erarbeitung einer eigenen Leitlinie zu funktionellen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen wird durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) vorbereitet. Im Rahmen der hier vorgelegten Leitlinie wird unter „7. Aufmerksam zuhören und nachfragen“ knapp auf transgenerationale Aspekte und Besonderheiten der Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen eingegangen.
- Diese Leitlinie richtet sich (wie eingangs erklärt) in erster Linie an Ärzte aller Fachrichtungen sowie psychologische Psychotherapeuten. Wir freuen uns, wenn auch Vertreter anderer therapeutischer und pflegerischer Berufe darin Anregungen für ihre wichtige Arbeit finden. Im Interesse der Lesbarkeit bezeichnen wir die Leitlinien-Adressaten oft zusammenfassend als „Behandler“, ohne die einzelnen Berufsgruppen aufzuführen.
- Ebenfalls im Interesse der Lesbarkeit verwenden wir beim Plural und bei feststehenden Ausdrücken bzw. Berufsbezeichnungen („Arzt-Patient-Beziehung“, „Allgemeinarzt“) in der Regel die männliche Form; in den Hintergrundtexten verwenden wir bei konkreten Personen abwechselnd männliche und weibliche Formen. Wir meinen damit jedoch jeweils alle Personen unabhängig von der geschlechtlichen Zuordnung.
- Um den Anschluss an die internationale Fachliteratur zu erleichtern, verwenden wir für die Strukturierung der Behandlungsabschnitte sowie für die Empfehlungen englische Schlagworte (in Klammern und Anführungszeichen).
- Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess. Alle Angaben dieser Leitlinie entsprechen jeweils dem aktuellen Wissensstand. Außerdem ist jede Behandlung anders. Trotz der hier gegebenen Empfehlungen sollten daher Diagnostik und Therapie, insbesondere Psychotherapie, immer individualisiert erfolgen und die Therapie-Freiheit und -Verantwortung (in Absprache mit dem Patienten) beim Behandler verbleiben.

Wir hoffen, diese Leitlinie stellt für möglichst viele Kollegen eine praktische Entscheidungshilfe im Alltag dar.

Leser-Anregungen bitte an redaktion@funktionell.net.

Verwandte Leitlinien (Stand Juni 2018)

Nationale Leitlinien (Auswahl): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)			
Titel	Klassi- fikation	Register- nummer	Link
Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz	S3	nvl - 007	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-007.html
Chronischer Schmerz	S1	053 - 036	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-036.html
Opioide, Langzeitanwendung zur Behandlung bei nicht tumorbedingten Schmerzen	S3	145 - 003	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-003.html
Fibromyalgiesyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie	S3	145 - 004	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html
Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie	S3	021 - 016	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-016.html
Schwindel, akut in der Hausarztpraxis	S3	053 - 018	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-018.html
Brustschmerz	S3	053 - 023	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-023.html
Chronischer Unterbauchschmerz der Frau	S2k	016 - 001	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/016-001.html
Müdigkeit	S3	053 - 002	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-002.html
Chronischer Tinnitus	S3	017 - 064	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/017-064.html
Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus	S2k	013 - 048	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-048.html
Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)	S2	013 - 024	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/013-024.html
Akuter und chronischer Husten, Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten	S3	020 - 003	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-003.html

Chronische Schmerzen: Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen	S2k	094 - 003	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/094-003.html
Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	S2k	051 - 029	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html
Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung	S2k	094-001	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/094-001.html
Unipolare Depression - Nationale Versorgungs-Leitlinie	S3	nvl - 005	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html
Angststörungen	S3	051 - 028	http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-028.html
Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen	-	-	Martin et al., 2013
NHG guideline on medically unexplained symptoms (MUS)			https://guidelines.nhg.org/product/medically-unexplained-symptoms
Medically unexplained symptoms			http://www.nhs.uk/conditions/medically-unexplained-symptoms/Pages/Somatisation.aspx
Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms			http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/CHECKED%20MUS%20Guidance_A4_4pp_6.pdf

EMPFEHLUNG 1-5:
INITIALE GRUNDVERSORGUNG („INITIAL BASIC CARE“):
Wachsamkeit, Zurückhaltung und Empathie



1. Bemerken und erkennen:
(„realize and recognize“)

- KKP** Funktionelle Körperbeschwerden sind häufig und vielgestaltig. Erwägen Sie daher frühzeitig die Möglichkeit, dass die von den Patienten vorgetragenen Beschwerden funktioneller Natur sind (**starker Konsens**).
- KKP** Dies lohnt sich, weil Sie mit Wachsamkeit, Zurückhaltung und Empathie den Verlauf möglicher funktioneller Körperbeschwerden positiv beeinflussen können (**Konsens**).

Funktionelle Körperbeschwerden sind häufig und vielgestaltig.

In einer Studie zur Prävalenz von Körperbeschwerden in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland gaben 82% der befragten Teilnehmer Beschwerden an, die sie innerhalb der letzten Woche zumindest leicht beeinträchtigten. 22% der Befragten gaben mindestens eine Beschwerde an, die sie in den letzten sieben Tagen schwer beeinträchtigte (Hiller et al., 2006). In einer Studie aus den USA zeigte sich, dass von 1.000 Menschen jeden Monat 800 körperliche Beschwerden verspüren, 327 medizinische Hilfe allgemein aufsuchen, 217 sich ärztlich vorstellen (113 davon bei einem Allgemeinmediziner und 104 bei einem

anderen Facharzt), 65 einen komplementär oder alternativmedizinischen Behandler aufsuchen, 21 sich in der Ambulanz eines Krankenhauses vorstellen, 14 zu Hause von Behandlern versorgt werden, 13 sich in einer Notaufnahme vorstellen und nur 8 dieser Menschen in ein Krankenhaus aufgenommen werden (Green et al., 2001). Die Angaben über die Häufigkeiten von „unerklärten Beschwerden“ in der Allgemeinbevölkerung schwanken massiv, da der organische Befund außerhalb eines medizinischen Kontexts nur sehr unzuverlässig erfasst werden kann (Hilderink et al., 2013).

In medizinischen Kontexten werden für funktionelle Körperbeschwerden Häufigkeiten zwischen 20% und 50% in Hausarztpraxen und zwischen 25% und 66% in spezielleren klinischen Kontexten (z. B. Rheuma- oder Schmerz- oder gynäkologische Ambulanz) angegeben (Nimnuan et al., 2001, Maiden et al., 2003; Snijders et al., 2004; de Waal et al., 2004). Gerade in der hausärztlichen Praxis werden diese Beschwerden, für welche sehr häufig keine hinreichend erklärende, klar benennbare körperliche Erkrankung mit entsprechender Behandlungskonsequenz zu finden ist, oft auch als medizinisch unerklärt („medically unexplained symptoms“) bezeichnet. In einem aktuellen systematischen Review, in das 32 Arbeiten mit 70.085 Patienten aus 24 Ländern eingeschlossen werden konnten, zeigte sich, dass bei 40-49% aller Hausarztpatienten mehr als mindestens eine medizinisch unerklärte Beschwerde „diagnostiziert“ werden konnte, wobei die oberen Konfidenzintervallgrenzen bei bis zu 80% lagen (Haller et al., 2015).

Die Häufigkeit funktioneller und somatoforme Störungen einschließlich modernerer Konzepte wie „Bodily Distress Disorder“ wird in der Allgemeinbevölkerung (soweit sie hier, außerhalb des eines klinischen Kontexts, sicher erfasst werden kann) mit rund 10% angegeben (Hilderink et al. 2013). Die 12-Monats-Prävalenz somatoformer Störungen in der europäischen Bevölkerung wurde 2005 mit 6,3%, 2011 mit 4,9% angegeben, was sie zu den dritthäufigsten „psychischen“ Störungen macht (Wittchen et al., 2011); für die deutsche Allgemeinbevölkerung wurde die Prävalenz aus diesen Daten mit 5,2% errechnet (Jacobi et al, 2014). In Hausarztpraxen lag die Prävalenz für mindestens eine somatoforme Störung (nach DSM-IV bzw. ICD-10) , je nach angelegten Diagnosekriterien, zwischen 26,2% und 34,8%, für eine Somatisierungsstörung zwischen 0,85% und 5,9% (Haller et al. 2015). Die Häufigkeit von „bodily distress disorder“ (einer neuen Konzeptualisierung „somatoformer“ Störungen) unter Patienten in der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Neurologie lag bei rund 29% (Fink et al., 2007). Die Prävalenz von Fibromyalgie wurde in einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe mit 2,1% angegeben, für das Reizdarmsyndrom wird sie auf rund 7-10% geschätzt (S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom; Wolfe et al., 2013).

Gerade in der ambulanten Versorgung, speziell durch das unausgelesene Patientengut in der hausärztlichen Medizin und Allgemeinmedizin, gehören funktionelle Körperbeschwerden (zusammengenommen) zu einem der häufigsten Beratungsanlässe (Reid et al. 2001; Henningsen et al. 2018b). Ein Allgemeinarzt mit 40 Patienten am Tag sieht ca. zwei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden *pro Stunde*. Eine Auswertung von Krankenkassendaten (drei Ersatzkassen und Deutsche Rentenversicherung Bund) zeigte, dass 91% aller Versicherten mit einer F4-Diagnose nach

ICD-10 ausschließlich durch Allgemeinärzte und Fachärzte der somatischen Fachdisziplinen versorgt wurden (Gaebel, Kowitz et al. 2013). Die Hauptlast und -verantwortung für das Erkennen und Diagnostizieren liegt also bei Ärzten der Primärversorgung.

Exkurs:

Ätiologische Annahmen zu funktionellen Körperbeschwerden bzw. „bodily distress“

Die Ätiologie funktioneller Körperbeschwerden bzw. „bodily distress“ ist letztlich ungeklärt. Ebenso ungeklärt ist, ob ein *gemeinsames* Störungsmodell die unterschiedlichen Störungsbilder überhaupt adäquat abbilden kann.

Man geht aktuell von einer multifaktoriellen Genese aus, bei der - individuell bzw. bei einzelnen Störungsbildern durchaus verschieden gewichtete - biologische (einschließlich genetische und epigenetische), psychologische und soziokulturelle Faktoren ineinandergreifen. Dabei kann man unterscheiden zwischen:

- *prädisponierenden Faktoren*, die der Manifestation der Beschwerden vorausgehen, ihr Auftreten im Sinne einer „Vulnerabilität“ wahrscheinlicher machen, aber keineswegs voraussagen,
- *auslösenden Faktoren*, die der Manifestation der Beschwerden unmittelbar zeitlich vorausgehen und wahrscheinlich auch kausal damit verbunden sind, ohne aber eine notwendige Bedingung zu sein,
- und *aufrechterhaltenden Faktoren*, die die Beschwerden daran hindern, wieder zu verschwinden bzw. ignoriert oder bewältigt zu werden, und die dadurch oft ihre Persistenz, ihre Chronifizierung und damit erst ihren Krankheitswert bedingen;
- wobei auch diese Faktoren nicht immer eindeutig voneinander zu trennen sind (z. B. kann eine prädisponierende Begleiterkrankung zugleich einen aufrechterhaltenden Faktor darstellen).

Ein anschauliches ätiologisches Modell ist in Abb. 1 dargestellt (Henningsen et al., 2018b):

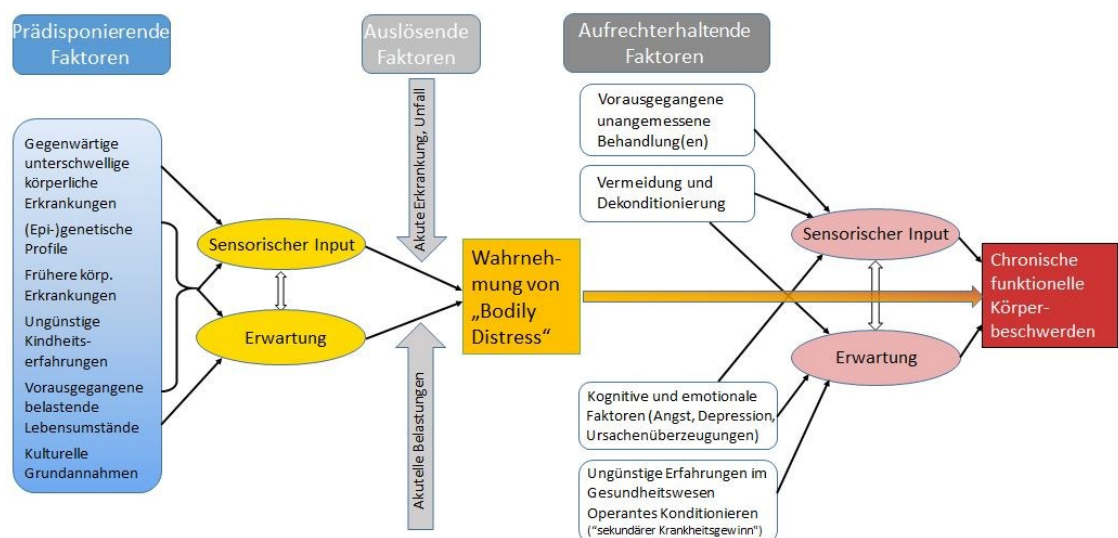


Abb. 1. Ätiologisches Modell funktioneller Körperbeschwerden. Aus: Henningsen et al. 2018

Die Verläufe funktioneller Körperbeschwerden sind sehr variabel, sowohl im Hinblick auf ihre Art und Lokalisation als auch im Hinblick auf ihr Ausmaß, ihren Schweregrad und ihre Auswirkungen auf Lebensqualität und Leistungsfähigkeit.

Die Art bzw. Lokalisation der Beschwerden ist äußerst vielgestaltig (Schmerzen, Palpitationen, Schwindel, Diarrhoe, Gliederschwäche, Fatigue etc.); manche Patienten klagen über eine einzelne, manche über mehrere Körperbeschwerden. Bei mehreren, gleichzeitig bestehenden Beschwerden werden oft die Kriterien für umschriebene funktionelle Syndrome, mehrere funktionelle Syndrome zugleich oder somatoforme Störungen erfüllt; hier spricht man von einem erheblichen Syndrom-Overlap bzw. der generellen Tendenz zu „Somatisierung“ oder „bodily distress“, bei der bei der Diagnostik und vor allem der Therapie nicht nur *ein* Organsystem oder *eine* Fachrichtung im Fokus stehen sollte (Kanaan et al., 2007; Fink und Schröder, 2010; Henningsen et al., 2018b). Das Ausmaß reicht von leichten Befindlichkeitsstörungen mit geringer Funktionseinschränkung bis hin zu ausgeprägten Beschwerden mit bleibenden Einschränkungen und Behinderungen; die Beschwerden können episodisch (mit oder ohne Trigger) auftreten oder anhalten (olde Hartman et al., 2009; Henningsen et al., 2018b).

Viele funktionelle Körperbeschwerden in der Allgemeinbevölkerung und teilweise auch in der Primärmedizin sind zunächst selbstlimitierend; sie führen zu keinen oder zu keinen wiederholten Arztbesuchen (Verhaak et al. 2006; Rosendal et al., 2017). Bei mindestens 20%, eher 50% der Patienten, die mehrere Körperbeschwerden aufweisen und bei denen bereits die Kriterien für eine „Somatoforme Störung“, ein „multisomatoform disorder“ oder ein „bodily distress syndrome“ erfüllt sind, sind die Beschwerden anhaltend (Lieb et al., 2002; Jackson und Kroenke, 2008; Steinbrecher und Hiller 2011; Budtz-Lilly et al., 2015); bei Patienten mit somatoformen Schmerzen erfüllten 34% auch nach 11 Jahren noch die Kriterien eines solchen Syndrom-Bildes bzw. einer solchen Störung (Leiknes et al., 2007). Für Erwachsene mit einem Chronic Fatigue Syndrome wurde dagegen berichtet, dass sich nur 39.5% (range 8-63%) im Verlauf verbessern und nur 5% (range 0-31%) wieder ihr prämorbid Leistungsniveau erreichen (Cairns und Hotopf 2005). Laut einer systematischen Übersichtsarbeit berichten im Verlauf rund 50-75% der Patienten über eine Besserung ihrer Beschwerden, bei 10-30% kommt es jedoch zu einer Verschlechterung (olde Hartman et al., 2009). Die Lebenserwartung scheint normal zu sein (einzelne Studien berichten sogar von einer niedrigeren Mortalität bei diesem oft besonders gut untersuchten Kollektiv), abgesehen von einem erhöhten Suizidrisiko (S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom; Hatcher et al., 2011; siehe auch *Exkurs bei Empfehlung 7*). Die Anzahl der Beschwerden und bestehende katastrophisierende Interpretationen sind die wichtigsten Prädiktoren für einen chronischen Verlauf, eine hohe Anzahl von Beschwerden ist mit einer hohen psychiatrischen Komorbidität, hohen funktionellen Beeinträchtigung und hohen Inanspruchnahme assoziiert (Kroenke et al. 1994; Jackson et al. 2006; olde Hartman et al., 2009; Escobar et al. 2010; Tomenson et al., 2013; Creed et al., 2013; Kingma et al., 2013; Woud et al., 2016; den Boeft et al., 2016; Rosendal et al., 2017). Rosendal schlagen anhand der Menge, der Lokalisation und der Häufigkeit/Dauer

der Beschwerden („multiple symptoms, multiple systems, multiple times“) eine einfache Prognoseeinschätzung vor (Rosendal et al., 2017).

Funktionelle Körperbeschwerden sind disproportional zum fehlenden oder geringen körperlichen Befund häufig mit Einschränkungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit und damit auch mit hohen direkten und indirekten Gesundheitskosten verbunden (Hatcher et al., 2011; Konnopka et al., 2012; Mack et al., 2015; den Boeft et al., 2016; Rask et al., 2017; Henningsen et al., 2018b). Hervorzuheben sind insbesondere die negativen Auswirkungen von kriteriumsgemäß ausgeprägten somatoformen Störungen auf Arbeitsleben und zwischenmenschliche Beziehungen bei jüngeren Erwachsenen (Asselmann et al., 2017).

Man kann grob sagen, dass im allgemeinmedizinischen Setting etwa ein Drittel aller Beschwerden funktioneller Natur sind; wiederum ein Drittel davon erfüllt die Kriterien für eine funktionelle oder somatoforme Störung; in spezialisierten Settings ist der Anteil noch höher. Wiederum ein Drittel davon nimmt einen chronischen Verlauf.

Erwägen Sie daher frühzeitig die Möglichkeit, dass die von den Patienten vorgetragenen Beschwerden funktioneller Natur sind.

Da sich funktionelle Körperbeschwerden, funktionelle und somatoforme Störungen für die Behandler (und auch die Patienten) erst einmal als körperliche Beschwerden präsentieren, ist ihre korrekte diagnostische Einordnung oftmals eine Herausforderung, vor allem beim Erstkontakt (Rask et al., 2016). Trotz ihrer hohen Prävalenz und gesundheitspolitischen Bedeutung, werden funktionelle Körperbeschwerden daher häufig nicht als solche identifiziert und entsprechend nicht diagnostiziert; die Rate „übersehener“ funktioneller Beschwerden, die fälschlicherweise als körperliche Erkrankungen eingeordnet werden, ist hoch (Hamilton et al., 2013, Murray et al., 2016; Henningsen et al., 2018b). Nicht selten zögern Behandler auch, eine funktionelle bzw. psychosomatische Diagnose zu vergeben, weil sie fürchten, eine organische Erkrankung zu übersehen; dabei ist das Risiko von fälschlich als „funktionell“ eingeordnete Beschwerden mit 0,5-8,8% niedrig, wenngleich nicht vernachlässigbar (Stone et al., 2009; Eikelboom et al., 2016; *siehe Empfehlung 10*). Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden werden oft von Arzt zu Arzt und von Disziplin zu Disziplin „gereicht“ bzw. suchen selbst immer neue vertrauenswürdige Ärzte und Experten auf („frequent flyers“, „doctor (s)hoppers“, „thick folder“-Patienten) (Mann und Wilson 2013; Evens et al., 2015; Henningsen et al., 2018b).

In einem systematischen Review von Murray und Kollegen konnten entsprechende „Hürden“ in der Diagnostik von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden identifiziert werden. Als eine der potentiellen „Hürden“ wurden spezifische Verhaltens- und Kommunikationsweisen von Ärzten und Patienten im Beratungsgespräch beschrieben: Die Beschwerdepräsentation von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden wurde unter anderem als chaotisch, komplex, inkonsistent, inkomplett und implizit beschrieben. Hier zeigten sich Patienten mit funktionellen

Körperbeschwerden eher ablehnend, dem Behandler im Gespräch psychosoziale Informationen mitzuteilen. Zum Teil fühlten sich Behandler durch eine fordernde Haltung der Patienten unter Druck gesetzt und kontrolliert. Die Patienten zeigten oftmals eine plastische und emotionale Beschwerdepräsentation, um die Ärzte vom Ausmaß der Beschwerden zu überzeugen. Eine weitere „Hürde“ bei der Diagnostik von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden war das Beharren mancher Patienten auf einer somatischen/ biomedizinischen Erklärbarkeit der Körperbeschwerden mit entsprechenden Therapieerwartungen (Murray et al. 2016).

Solche Besonderheiten oder auch Widersprüche irritieren Behandler oftmals („Musterirritation“; „irritational pattern“): Patienten passen aufgrund der vorgetragenen Beschwerden, der Präsentation der Beschwerden, der Vorgeschichte und anderen (vor allem subjektiv erlebten) Abweichungen nicht in „gängige Muster“ und können nicht mit gängigen Schemata (hinreichend) versorgt werden; die Behandler sind verunsichert, welchen üblichen Beratungs- oder Behandlungsweg sie einschlagen sollen. Ärzte erleben bei diesen Patienten die eigenen kommunikativen, diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten, die eigenen Gefühle und das für diese Patienten ungeeignete Gesundheitssystem oft als „schwierig“ (Heijmans et al., 2011; Jackson und Kay, 2013; Maatz et al., 2016; Rask et al., 2016). Dies ist zuletzt ein grundsätzliches erkenntnistheoretisches Problem, da diese Phänomene und Krankheitsbilder im derzeitigen dualistischen Krankheitsverständnis und in der Medizinerausbildung schlicht nicht vorkommen, was sich auch in Unsicherheit und mangelnden kommunikativen Fähigkeiten auf Seiten der Ärztin ausdrückt (Epstein et al., 2006; Heijmans et al., 2011; Murray et al., 2016; Johansen und Risor, 2017). Solche „Musterirritationen“ (einschließlich eigener Gefühle und Reaktionen), „Hürden“ oder „Erkennungszeichen“ sollten Behandler wahrnehmen, als wichtig erkennen und in die differentialdiagnostischen Überlegungen mit einfließen lassen (*siehe Empfehlungen 6 und 7*). Sie können (müssen aber nicht) wertvolle Hinweise für eine funktionelle Genese der vorgebrachten Beschwerden sein; schließlich können als „schwierig“ erlebte Patienten natürlich durchaus auch organisch definierte Erkrankungen haben.

Dies lohnt sich, weil Sie mit Wachsamkeit, Zurückhaltung und Empathie den Verlauf möglicher funktioneller Körperbeschwerden positiv beeinflussen können.

Für die weitere - nach Schweregraden zu stufende - Abklärung/Diagnostik und Therapie (bzw. bewusste „Nicht-Diagnostik“ und „Nicht-Therapie“) ist entscheidend, Körperbeschwerden funktionellen Ursprungs möglichst frühzeitig als solche zu identifizieren (Olde Hartman et al. 2013, Brownell et al. 2016; Murray et al. 2016, Henningsen et al., 2018b). Studien zeigen, dass Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden ihre Ärzte vor allem in Bezug auf (emotionale) Unterstützung und nicht primär für die Veranlassung weiterführender Untersuchungen aufsuchen (Peters et al. 1998; Salmon et al. 2004; Salmon et al. 2005). Da sich Patienten oft unverhältnismäßig stark über ihre Beschwerden sorgen, den Behandler bzw. den Behandlungsablauf irritieren oder bereits negative Erfahrungen mit Vorbehandlern gemacht haben, ist es das

wesentliche Ziel des Erstkontakts, dass sich Patienten mit ihren Sorgen und Nöten verstanden und zugleich medizinisch sicher (versorgt) fühlen (Brownell et al. 2016). Daher sind sowohl beim Erstkontakt als auch bei späteren Begegnungen ein „Umschalten“ mit ganz bewusst breiterer diagnostischer Wachsamkeit bei gleichzeitiger Zurückhaltung in Bezug auf technische Untersuchungen sowie eine reflektierte, empathische Grundhaltung nötig (was mit geringfügig mehr Aufwand und Zeit und Engagement verbunden ist).

Dies geschieht am besten durch

- eine empathische ärztliche Grundhaltung mit Anerkennen der Beschwerden als echt und legitim (*siehe auch Empfehlungen 6 und 7*),
- eine biopsychosoziale „Simultandiagnostik“ (*siehe Empfehlungen 2 und 8*)
- Rückversicherung („Reassurance“), z. B. durch aktives Interesse und nachvollziehbare Informationen zu Pathophysiologie und Prognose (*siehe Empfehlungen 3, 9 und 11*).

Diese (kleine) „Anfangs-Investition“ kann für Folgekontakte eine wesentliche Zeitersparnis bringen, Ressourcen schaffen und den Verlauf günstig beeinflussen, insbesondere in Bezug auf die beidseitige Behandlungszufriedenheit, die Adhärenz und wahrscheinlich auch auf Beschwerden und Lebensqualität (Martin et al., 2000; Salmon et al. 2004, Salmon et al. 2005, Olde Hartman et al. 2013; Derksen et al., 2013; Mann and Wilson 2013). Die spezielle prognostische Relevanz von ärztlicher Grundhaltung und Arzt-Patient-Beziehung ist einer empirischen Überprüfung allerdings nur bedingt zugänglich, da sich viele Studien qualitativer Designs bedienen (Heijmanns et al., 2011). In psychotherapeutischen Meta-Analysen wurde der therapeutischen Beziehung ein moderater, aber konsistenter Effekt zugeschrieben; eine aktuelle Analyse der „Therapeuten-Variablen“ bei verschiedenen Formen der Chronic Fatigue Syndrom-Therapie, angewandt von verschiedenen Therapeuten, ergab keinen eindeutig messbaren Effekt (Goldsmith et al., 2015).

2. Sorgfältig befragen und untersuchen:

(„get in touch 1“)

- KKP** Fragen Sie die Patienten nach ihren Hauptbeschwerden, aber auch nach *weiteren* Beschwerden oder Problemen (**starker Konsens**).
- KKP** Fragen Sie danach, wie es den Patienten mit ihren Beschwerden geht, wie sich die Beschwerden auswirken (in der Lebensführung, im sozialen oder beruflichen Umfeld) und wie sie damit umgehen: Verschaffen Sie sich dadurch einen Eindruck, mit welchen Beeinträchtigungen die Beschwerden verbunden sind, im Alltag und aufgrund einer eventuellen psychischen Belastung (**starker Konsens**).
- KKP** Führen Sie nach Ankündigung eine sorgfältige, allgemeine körperliche Untersuchung durch, um ggf. Hinweise auf weitere Beschwerden, Befunde und

Einschränkungen zu erfassen ([🔗 KE 1](#)) (**Konsens**).

KKP Achten Sie sowohl im Gespräch als auch während der körperlichen Untersuchung auf das Verhalten der Patienten (z. B. ängstliche Vermeidung von Bewegungen, dramatisierender Beschwerdeausdruck) (**starker Konsens**).

KKP Führen Sie, nach Besprechung der (Vor-)Befunde mit den Patienten, weitere Diagnostik nach Schweregraden gestuft, systematisch, aber zurückhaltend durch (**starker Konsens**).

KKP Achten Sie auf der Basis aller erhobenen Informationen und Befunde auf eventuell vorliegende Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe oder auf Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf ([🔗 KE 7](#)) (**starker Konsens**).

Fragen Sie die Patienten nach ihren Hauptbeschwerden, aber auch nach weiteren Beschwerden oder Problemen

Vor allem bei neu präsentierten Beschwerden (also dementsprechend auch bei jedem Erstkontakt) ist es wichtig, durch eine genaue Anamnese, eine sorgfältige körperliche Untersuchung und verfügbar und wohlüberlegt eingesetzte diagnostische Mittel (EKG, Labor, Lungenfunktion etc.) die Beschwerde bzw. den Beschwerdekomples (differenzial-)diagnostisch einzuordnen (*siehe auch Empfehlungen 8 und 10*). Oft bleibt lange offen, welche Beschwerdeanteile als „organisch“, „psychisch“ oder „funktionell“ einzuordnen sind. Eine „Sowohl-als-auch-Perspektive“ in Diagnostik und Therapie sollte daher im gesamten Behandlungsverlauf mitgedacht werden. Denn eine ausschließliche, vermeintlich „vollständige“ somatische Ausschlussdiagnostik würde eine ungerechtfertigte Nachrangigkeit psychosozialer Aspekte signalisieren (*siehe Empfehlung 7 und [🔗 KE 13](#)*).

Die Anamnese hat im Rahmen der Diagnostik eine besondere Relevanz (Deyo et al. 1992, Pryor et al. 1993, Kroenke 2014; *siehe auch Empfehlung 7*). Empirische Studien zeigen, dass bei Patienten mit häufigen Körperbeschwerden durch die Anamnese in etwa 75% und durch die körperliche Untersuchung in etwa 10-15% in den meisten Fällen eine finale Diagnose gestellt werden kann (Hampton et al. 1975, Sandler 1980, Gruppen et al. 1988, Kroenke 1989, Peterson et al. 1992, Kroenke 2014). Dabei kommt mit den Beschwerden einhergehenden, bzw. auch verbundenen psychosozialen Aspekten (z. B. Lebensstil, iatrogene Faktoren und arbeitsplatzbezogene Faktoren) schon frühzeitig besondere Bedeutung zu: Sie entscheiden oft über den weiteren - unter Umständen komplizierten - Verlauf bis hin zur Chronifizierung und werden deshalb ebenfalls als Warnsignale verstanden („yellow flags“; *siehe Empfehlung 10, [🔗 KE 7](#)*). Deshalb sollten neben den Hauptbeschwerden des Patienten auch schon im Erstkontakt *weitere* Beschwerden und Probleme erfasst werden. Durch das Erfassen dieser Aspekte kann gemeinsam mit dem Patienten schon früh im Krankheitsverlauf ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis geschaffen werden und damit auch eine potentielle Chronifizierung mit der Gefahr der Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung verhindert werden (Nationale Versorgungs Leitlinie "Nicht-spezifischer Kreuzschmerz", 2017).

Fragen Sie danach, wie es den Patienten mit ihren Beschwerden geht, wie sich die Beschwerden auswirken (in der Lebensführung, im sozialen oder beruflichen Umfeld) und wie sie damit umgehen: Verschaffen Sie sich dadurch einen Eindruck, mit welchen Beeinträchtigungen die Beschwerden verbunden sind, im Alltag und aufgrund einer eventuellen psychischen Belastung.

Schon im Erst-Kontakt kann gezieltes Erfragen der Funktionsfähigkeit des Patienten im Alltag sowie dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen die Anamnese ergänzen und so einen Bezug zu einer funktionellen (Mit)-Genese der präsentierten Beschwerden herstellen (Arbeitskreis PISO 2012, Schaefert et al. 2012, Mann und Wilson 2013). Bewährt haben sich, zumindest als Einstieg, eher allgemeine, offene Fragen: „Wie fühlen Sie sich?“, „Wie geht es Ihnen mit Ihren Beschwerden?“ oder „Wie kommen sie mit den Beschwerden zurecht?“ (*siehe auch Empfehlung 7*). Das explizite Erfragen *weiterer* psychologischer Faktoren (z. B. zur Erhebung eines psychopathologischen Befundes) sollte im Rahmen des Erstkontaktes allerdings eher zurückhaltend geschehen (Evens et al. 2015; *siehe auch Empfehlung 7*). In kontinuierlichen, langjährigen Arzt-Patient-Beziehungen (wie sie in der Allgemeinmedizin noch recht häufig sind), kennt die Ärztin die Patientin, oft auch deren Biographie, Familienverhältnisse und Arbeitsbedingungen, ohnehin in der Regel gut genug, um den Beschwerdekontext auch ohne spezifisches Befragen hinreichend zu verstehen („*erlebte Anamnese*“).

Führen Sie nach Ankündigung eine sorgfältige, allgemeine körperliche Untersuchung durch, um ggf. Hinweise auf weitere Beschwerden, Befunde und Einschränkungen zu erfassen. Achten Sie sowohl im Gespräch als auch während der körperlichen Untersuchung auf das Verhalten der Patienten (z. B. ängstliche Vermeidung von Bewegungen, dramatisierender Beschwerdeausdruck).

Neben der Anamnese stellt die körperliche Untersuchung von Patienten einen zentralen Aspekt dar: Sie dient natürlich einerseits der (weiteren) diagnostischen Einordnung der Beschwerden (hiermit auch der Identifikation von abwendbar gefährlichen Verläufen oder von Chronifizierungsfaktoren), andererseits aber auch dem Beziehungsaufbau. Führen Sie daher nach Ankündigung eine sorgfältige, allgemeine körperliche Untersuchung durch, um ggf. Hinweise auf weitere Beschwerden, Befunde und Einschränkungen zu erfassen. Spezielle Aspekte bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden hierbei sind (*siehe auch* [☞ KE 1](#)):

- Hinweise auf funktionelle Körperbeschwerden können sich zum Teil schon in der Erstuntersuchung ergeben. Beispielsweise sind bei funktionellen neurologischen Syndromen (z. B. dissoziative Bewegungsstörungen) inkonsistente klinische Untersuchungsbefunde typisch. Bei V. a. eine funktionelle neurologische Gangstörung haben sich zum Beispiel das Hoover-Zeichen, der „Chair-Test“ und das Untersuchen von posturaler Instabilität bewährt (Evens et al. 2015).

- Verhalten und Ausdruck der Patientin können wichtige Hinweise auf das subjektive Krankheitserleben geben - achten Sie deshalb sowohl im Gespräch als auch während der körperlichen Untersuchung auf das Verhalten der Patienten (z. B. ängstliche Vermeidung von Bewegungen, dramatisierender Beschwerdeausdruck) (*siehe auch Empfehlung 7*).
- Berührung hat als non-verbale Kommunikationsform eine wichtige Bedeutung bei zwischenmenschlichen Kontakten. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung stellt Berührung einen elementaren Teil einer Arzt-Patient-Beziehung dar. Neben dem im Rahmen der Diagnostik stattfindenden Körperkontakt kann durch Berührung Empathie, Trost und Fürsorge vermittelt werden (Rousseau und Blackburn 2008, Kelly et al. 2015) (*siehe auch: Exkurs: "Berührung im Arzt-Patient-Kontakt"*).
- Auf der anderen Seite zeigte sich in einer Studie zu der Strategie des „watchful waiting“, in der vier-wöchiges abwartendes Offenhalten im Vergleich zu einer umgehenden Laboruntersuchung untersucht wurde, dass eine im Rahmen der Studie vom Behandler durchgeführte körperliche Untersuchung (im Vergleich zu nicht-untersuchten Patienten) eher zu einem Anstieg von Angst nach dem Arzt-Patient-Kontakt führte (van Bokhoven et al. 2009).
- Achten Sie bei der Untersuchung des Patienten auch auf Narben, Tätowierungen und Körperschmuck (z. B. Piercings) um weitere biographische Informationen zu erhalten. Fragen Sie ggf. nach der Entstehung (Narben) bzw. der Bedeutung (Tätowierungen, Piercings).

Führen Sie, nach Besprechung der (Vor-)Befunde mit den Patienten, weitere Diagnostik nach Schweregraden gestuft, systematisch, aber zurückhaltend durch. Achten Sie auf der Basis aller erhobenen Informationen und Befunden auf eventuell vorliegende Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe oder auf Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf.

Idealerweise erlauben eine sorgfältige, ggf. mehrmals wiederholte Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung weitgehend den Verzicht auf aufwändige apparative Untersuchungen. Weitere Diagnostik (z. B. Laborkontrolle von Entzündungswerten) sollte vor allem im Erstkontakt nur dann eingesetzt werden, wenn Anamnese oder körperlicher Untersuchungsbefund typische Hinweise auf potenziell behandlungsbedürftige oder mögliche Hinweise auf abwendbar gefährliche Verläufe geben (Axt-Adam et al. 1993, van Wijk et al. 2001, Koch et al. 2009). Daher sollte **weitere Diagnostik nach Schweregraden gestuft, systematisch, aber zurückhaltend durchgeführt werden und (Vor-)Befunde mit den Patienten entsprechend besprochen werden** (*siehe auch Empfehlung 8*).

Exkurs:**Berührung im Arzt-Patient-Kontakt**

Berührung und Körperkontakt ist in körperorientierten Therapieverfahren ein zentraler Zugang zum Patienten und dessen Behandlung (Konzentrativer Bewegungstherapie, Physiotherapie, Osteopathie, Akupressur, Manuelle Therapie, etc.). Man kann zwei Formen von Berührung unterscheiden: Eine *prozedurale*, im Rahmen einer Tätigkeit durchgeführte Berührung (z. B. bei einer körperlichen Untersuchung) oder eine *expressive* Berührung, die (spontan) im Rahmen eines zwischenmenschlichen Kontakts auftritt (z. B. Schulter-Berührung als Zeichen der Anteilnahme, o. ä.) (Watson 1975, Peloquin 1989, Cocksedge et al. 2013). Zur Bedeutung von Berührung und Körperkontakt im Rahmen einer Behandler-Patienten-Beziehung existieren nur vereinzelte Studien (vor allem aus dem Bereich der Pflegewissenschaften), Essays und Berichte (z. B. Estabrooks und Morse 1992, Edwards 1998, Rousseau und Blackburn 2008, Connor und Howett 2009, Marcinowicz et al. 2010, Singh und Leder 2012, Cocksedge et al. 2013, Morgan, Chan et al. 2014, Kelly et al. 2015). Zum Stellenwert von Berührung im Rahmen der Behandlung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden und somatoformen Störungen konnten keine empirischen Studien gefunden werden. Berührung im Rahmen einer Arzt-Patient-Interaktion darf nicht mit alternativmedizinischen, Behandlungsmethoden wie „Reiki“ oder „Therapeutic Touch“ verwechselt werden.

Cocksedge untersuchte mit Hilfe halbstrukturierter Interviews die Bedeutung von Berührung zwischen Allgemeinärzten und deren Patienten. 15 Allgemeinmediziner und 11 Patienten wurden zu den Items Kommunikation (verbal und non-verbal), Kommunikation in Form von Berührung und Grenzen der Berührungserfahrung befragt. Auf Seiten der Ärzte wurden prozedurale Berührungen als angemessen und oft auch als therapeutisch sinnvoll erachtet (Beruhigung des Patienten). Berührung im Rahmen von Begrüßung und Verabschiedung wurde von den Ärzten als höfliche und herzliche Geste empfunden. Expressiver Körperkontakt wurde von den Allgemeinärzten eher bei älteren Patienten, Patienten gleichen Geschlechts und in palliativen Situationen angewendet. Berührung von männlichen Ärzten im Vergleich zu weiblichen Ärzten wurde sowohl von Frauen als auch von Männern als weniger angenehm empfunden, jedoch beurteilten die meisten Ärzte und Patienten Körperkontakt durch gut bekannte Personen insgesamt als angenehm. Eine nicht vertraute Ärztin sollte, laut Aussagen der Patienten, jedoch nicht davon absehen expressiven Körperkontakt, vor allem in schwierigen Notlagen, einzusetzen. Die meisten Patienten beurteilten expressive Berührungen als positiv (Cocksedge et al. 2013). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine britische Studie von Singh, die Patienten bezüglich ihrer Einstellung zu ärztlicher Berührung in einer allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxis befragte (Fragebögen). Auch hier gaben die Patienten an, beruhigend intendierte Berührungen ihrer Hausärzte als angenehm zu empfinden, wenn sie belastet seien. Die Mehrheit der Patienten würden Berührungen ihrer Ärzte begrüßen (Frauen>Männer), jedoch (auch hier) eher von Ärztinnen berührt werden wollen (Singh und Leder 2012). Insgesamt ist aber aufgrund der geringen Anzahl von systematischen Studien eine abschließende Empfehlung zum intendierten Einsatz von ärztlicher Berührung bei funktionellen Körperbeschwerden nicht möglich.

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ① : Wesentliche Aspekte der körperlichen Untersuchung

Aspekt	Bedeutung
Systematische Untersuchung der Organsysteme (Muskel- und Skelettsystem, Herz, Lunge, Abdomen, Neurostatus etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung eines (Ausgangs-)Status • I.d.R. Erhebung von Normalbefunden als Hinweise auf funktionelle Genese • Evtl. Hinweise auf körperliche Funktionsstörungen und (Vor-)Erkrankungen • Evtl. Erhebung inkonsistenter/ manipulierter Befunde (🔗 KE 14)
Warnzeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Warnzeichen bei schwerem Verlauf funktioneller Beschwerden, z. B. schwere körperliche Folgeschäden von Schonung (wie Kontrakturen), oder von Mangelernährung (wie massives Untergewicht oder Vitaminmängel) • Hinweise auf frühere Fehlbehandlungen (z. B. fortgeschrittene Befunde bei Vorenthaltung notwendiger Therapien körperlicher Begleiterkrankungen, Mangelsyndrome durch Ausleittherapien, hochriskante invasive Therapien wie nicht indizierte Operationen) • Warnzeichen bekannter körperlicher Erkrankungen (z. B. Ikterus, Tumore) <p><i>(siehe auch Empfehlung 10, KE „Schutz und Risikofaktoren sowie Warnhinweise)</i></p>
Narben	<p>Mögliche Hinweise auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • zurückliegende Unfälle und deren Geschichte • stattgehabte (zahlreiche? indizierte?) Operationen • aber auch Missbrauch, Gewalterfahrung und Selbstverletzung
Tätowierungen, Piercings, Schmuck	<p>Erwerb biographischer Informationen, z. B. (Ex-)Partner, „Knast-Tätowierung“, Mitgliedszeichen/ Gruppenzugehörigkeit, Idole, Freundschaften, (Lebens-)Motto, spirituelle Bedeutung, „Reiseandenken“ oder auch Zeichen von Selbstdarstellung, Abgrenzung, Exklusivität, Geltungssucht, Protest</p>
Weitere diagnostische Informationen	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierender psychopathologischer Befund und Verhaltensbeobachtung (z. B. Tränen in den Augen, Zusammenzucken bei Berührung, ängstliche Vermeidung von Bewegungen, dramatisierender Beschwerdeausdruck) • Gute Gelegenheiten für die beiläufige Thematisierung psychosozialer Aspekte, z. B. Vorerfahrungen mit dem Krank-Sein, Fragen nach Sorgen bei sichtbarer Angst oder Bedrücktheit
Beziehungsaufbau, therapeutischer Aspekt	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Sorgfalt und Sicherheit • beruhigendes Feedback bei Normalbefunden • An passender Stelle (z. B. bei der Auskultation): Erläutern psychophysiologischer Vorgänge im Sinne einer Psychoedukation

3. Beruhigen:

("reassure")

- KKP** Falls Sie aus Anamnese und Untersuchungsbefund keine Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe bekannter körperlicher oder psychischer Erkrankungen gefunden haben, teilen Sie dies den Patienten mit, um sie zu beruhigen (**starker Konsens**).
- KKP** Vermitteln Sie den Patienten dabei das Gefühl von Ernstgenommen-Werden, Sorgfalt und Sicherheit (**starker Konsens**).
- KKP** Vermitteln Sie insbesondere die Glaubwürdigkeit der Beschwerden, *ohne* dabei notwendigerweise bereits auf eine Diagnose zurückzugreifen, aber auch *ohne* die Beschwerden zu verharmlosen oder zu negieren (**starker Konsens**).

Falls Sie aus Anamnese und Untersuchungsbefund keine Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe bekannter körperlicher oder psychischer Erkrankungen gefunden haben, teilen Sie dies den Patienten mit, um sie zu beruhigen.

Gerade bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, die oftmals durch ihre eigenen Beschwerden, aber auch durch frustrierende Diagnostik- und Beziehungserfahrungen im Gesundheitssystem verunsichert sind, ist Beruhigung („reassurance“) sowohl für die Arzt-Patient-Beziehung als auch für den weiteren Verlauf der Beschwerden von Bedeutung. Der Begriff „Beruhigung“ bezieht sich dabei sowohl auf die von der Ärztin entgegengebrachte Haltung (und auch Technik), als auch auf das von der Patientin daraufhin empfundene Gefühl (Howard und Wessely 1996). Allgemein betrachtet kann „Beruhigung“ als ein Gefühl kurzfristiger emotionaler Entlastung oder einer anhaltenden kognitiven Gewissheit verstanden werden. Entsprechend kann man eine sogenannte *affektive Beruhigung* (z. B. Aufbau einer positiven Beziehung, Empathie) von einer *kognitiven Beruhigung* (z. B. Erklärungen und Edukation; *siehe auch Empfehlung 11*) unterscheiden (Epstein et al. 2007; Schäfert et al. 2008; Anderson et al., 2008; Arbeitskreis PISO 2011; Derksen et al. 2013; Pincus et al., 2013; Girolodi et al., 2014; Hasenbring und Pincus, 2015; Brownell et al., 2016). Letztere ist für den längerfristigen, psychologischen „Nutzen“ in Hinblick auf die Bewertung von Beschwerden von Bedeutung. Weiterhin ist die kognitive Beruhigung nicht abhängig von der (beruhigenden) Anwesenheit des Behandlers, sondern stellt durch Vermittlung von Techniken zu Selbstmanagement und kognitiver Umstrukturierung auch eine nachhaltige Strategie für eine Selbstberuhigung des Patienten dar (Coia und Morley 1998).

In einem Review aus England wurde der Einfluss von kognitiver und affektiver Beruhigung bei Patienten mit schmerzdominanten, nicht hinreichend erklärbaren Körperbeschwerden in der Primärversorgung untersucht. In den eingeschlossenen Studien zeigte mehrheitlich, dass sich kognitive Beruhigung (schon ab dem ersten Arzt-Kontakt und im Verlauf) positiv auf den Behandlungserfolg auswirkt. Die kognitive Beruhigung zeigte bei den Patienten eine Verbesserung der Beschwerden und eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Affektive Beruhigung hingegen zeigte in den Studien bestenfalls

eine erhöhte Zufriedenheit der Patienten, auf der anderen Seite aber auch eine signifikante Verschlechterung. Die Autoren folgern aus den Daten durch entsprechende Interventionen dem Patienten primär eine kognitive Beruhigung zu vermitteln. Der Fokus dieser „Beruhigung“ sollte darin liegen, dem Patienten klare und verständliche Erklärungen und Informationen bezüglich der Prognose zu geben, abwendbar gefährliche Erkrankungen auszuschließen und gemeinsam einen Behandlungsplan zu erstellen (Pincus et al. 2013).

Vermitteln Sie den Patienten dabei das Gefühl von Ernstgenommen-Werden, Sorgfalt und Sicherheit. Vermitteln Sie insbesondere die Glaubwürdigkeit der Beschwerden, ohne dabei notwendigerweise bereits auf eine Diagnose zurückzugreifen, aber auch ohne die Beschwerden zu verharmlosen oder zu negieren

Falls sich also aus Anamnese und Untersuchungsbefund keine Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe bekannter körperlicher oder psychischer Erkrankungen ergeben, soll dies der Patientin ausdrücklich erläutert und mitgeteilt werden, um sie zu beruhigen (kognitive Beruhigung). Dabei soll zugleich das Gefühl von Ernstgenommen-Werden, Sorgfalt und Sicherheit (affektive Beruhigung) vermittelt werden. Dabei soll insbesondere die Glaubwürdigkeit der Beschwerden betont werden, *ohne* dabei notwendigerweise bereits auf eine Diagnose zurückzugreifen, aber auch *ohne* die Beschwerden zu verharmlosen oder zu negieren (*siehe auch Empfehlungen 10 und 11*). Beruhigung kann sowohl verbal (Wortwahl und Inhalt) als auch non-verbal (entspannte Haltung, Blickkontakt, beruhigende Blicke und Gesten) kommuniziert werden (Sapira 1972). Non-verbale Kommunikation des Behandlers, die nicht kongruent oder sogar widersprüchlich zur verbalen Bedeutung ist, „überschreibt“ die verbale Aussage in ihrer Bedeutung und kann beispielsweise dazu führen, dass eine als beruhigend intendierte gesprochene Aussage mit widersprüchlicher non-verbaler Ausdrucksweise vom Patienten nicht als beruhigend empfunden wird (Hall et al. 1995, Dimic et al. 2010). Dementsprechend sollte, gerade bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, auf eine genuine Kongruenz der verbalen und non-verbalen Kommunikation geachtet werden.

Die Kollegen um Muris und van der Vleuten aus Maastricht untersuchten in einer qualitativen Beobachtungsstudie kommunikative „Reassuring strategies“ von Allgemeinärzten. Die angewandten Techniken für eine Beruhigung der Patienten waren die Beeinflussung von Gefühlen der Patienten durch den Aufbau von Vertrauen und die Vermittlung von Sicherheit und Trost sowie die Beeinflussung von deren Gedanken durch das Hinterfragen von Überzeugungen der Patienten, dass deren Symptome von einer ernstzunehmenden Erkrankung herrühren. Letztere Intervention wurde durch die Bestärkung der Gutartigkeit der Symptome unterstützt (Girolodi et al. 2014).

In einer Studie aus den Niederlanden zeigte sich, dass sich bei 50-75% der Patienten mit medizinisch nicht (hinreichend) erklärbaren Körperbeschwerden diese in einem Zeitraum von 6 bis 15 Monaten verbesserten. Die Kommunikation dieser prognostischen Information kann entsprechend als Intervention zur Beruhigung der Patientin verwendet werden (Olde Hartman et al. 2009).

Ein Beispiel für den positiven Effekt von affektiver Beruhigung konnte in einer Studie gezeigt werden, in der die Wirkung von Allgemeinärzten mit einer (für die Studie intendierten) positiven Haltung und Verhaltensweise („positive manner“) im Vergleich zu Allgemeinärzten mit einer (für die Studie intendierten) nicht-positiven Haltung bzw. Verhaltensweise („negative manner“) auf Patienten untersucht wurde. In die Studie wurden 200 Patienten eingeschlossen, die Beschwerden präsentierten, für die keine pathologischen klinischen Zeichen gefunden wurden und bei denen keine abschließende Diagnose gestellt werden konnte. In der „Positiv-Gruppe“ wurde dem Patienten eine feste Diagnose gegeben und dem Patienten mitgeteilt, dass es ihm in ein paar Tagen bessergehen werde. Der Hälfte der „Positiv-Gruppe“ wurde dann eine Placebo-Tablette (Thiamin hydrochlorid 3 mg) verschrieben und dem Patienten mitgeteilt, dass diese ihm sicherlich helfen würde; der anderen Hälfte wurde keine Tablette verschrieben mit den Worten, dass nach ärztlicher Einschätzung eine Medikation nicht notwendig sei. In der „Negativ-Gruppe“ wurde dem Patienten mitgeteilt, dass die Ärztin Arzt nicht sicher wisse, was dem Patienten fehle. Auch hier bekam die Hälfte der „Negativ-Gruppe“ ein Placebo-Medikament (Thiaminhydrochlorid 3 mg), verbunden mit der Mitteilung, dass der Arzt nicht wisse, ob dem Patienten das Medikament helfen werde. Alle Patienten wurden instruiert, sich innerhalb der nächsten Tage wieder ärztlich vorzustellen, sofern die Beschwerden persistierten. Zwei Wochen nach dem Gespräch erhielten die Patienten Postkarten zur Evaluation ihres klinischen Verlaufs und ihrer Zufriedenheit. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Patientenzufriedenheit zwischen den zwei Gruppen und zwar unabhängig ob diese „behandelt“ wurden (Placebo) oder nicht. 64% der Patienten der „Positiv-Gruppe“ zeigten eine Verbesserung der Beschwerden, im Vergleich zu 39% Verbesserung bei Patienten, denen eine negative Haltung bzw. ein negatives Verhalten entgegengebracht wurde. 53% *aller* „behandelten“ Patienten zeigten eine Verbesserung; die Placebo-Behandlung hatte also keinen relevanten Einfluss auf die Beschwerden der Patienten (Thomas 1987).

Techniken zur Beruhigung von Patienten konnten im Rahmen von entsprechenden Kursen für Ärzte zum Umgang mit Patienten mit medizinisch nicht hinreichende erklärbaren Körperbeschwerden erfolgreich vermittelt werden (Weiland et al. 2015). Eine direkte Assoziation zwischen Beruhigung und Patientenzufriedenheit konnte allerdings nicht in allen Studien gezeigt werden (Jung et al. 1997, Sitzia und Wood 1997, van Bokhoven et al. 2009).

4. Beraten:

("advise")

- KKP** Erfragen Sie / Erinnern Sie die Patienten an allgemeine Maßnahmen, welche geeignet sind, die Beschwerden günstig zu beeinflussen (im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven Lebensstils; [☞ KE 2](#)) **(starker Konsens)**.
- KKP** Raten Sie Patienten zunächst zu solchen gesundheitsfördernden Maßnahmen, mit denen diese ggf. früher in vergleichbaren Situationen positive Erfahrungen gemacht haben („Patientenpräferenzen“) **(starker Konsens)**.

Erfragen Sie / Erinnern Sie die Patienten an allgemeine Maßnahmen, welche geeignet sind, die Beschwerden günstig zu beeinflussen (im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven Lebensstils; [☞ KE 2](#)).

Als erster Schritt bei der Empfehlung allgemein gesundheitsfördernder Maßnahmen empfiehlt sich eine Exploration, welche Maßnahmen bislang genutzt wurden und wie sie geholfen haben. Hier können naheliegende und für den Patienten gut verfügbare Maßnahmen aktualisiert werden (beispielsweise sinnvolle „Hausmittel“, Naturheilkunde, Lebensstil, Präventionsangebote der GKV). Die Beschäftigung mit möglichen Änderungen im Lebensstil bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden ist geeignet, mehrere erwünschte Effekte zu erzielen: die Aufmerksamkeit wird von den Beschwerden abgelenkt, und die Wirkung der somatosensorischen Verstärkung, eines gängigen Modells zur Erklärung der Aufrechterhaltung der Beschwerden (Barsky et al.1988) dadurch abgeschwächt. Änderungen im Lifestyle können ungenutzte Ressourcen der Patienten aktivieren, und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit erhöhen (*siehe auch Empfehlung 14*). Diese Effekte sind auch in der Behandlung von schwereren Ausprägungen der Beschwerden angestrebt, wenngleich sie dort mit intensiveren Interventionen erreicht werden sollen. Ein Fehlen solcher Maßnahmen im Bericht des Patienten kann auf ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen oder Vermeidungsverhalten im Alltag hinweisen.

Beratung, häufig zusammen mit der Vermittlung von Information ist in vielen Interventionen für ein breites Spektrum funktioneller Körperbeschwerden evaluiert und als erwiesenermaßen wirksam bewertet worden (van Gils et al. 2016). Die Beratungen erfolgten im Rahmen niedrigschwelliger Angebote und konnten Patienten unterstützen, sich Ziele zu setzen, Aktivitäten und Übungen zu planen, Entspannungsverfahren anzuwenden und Schlafhygiene oder gesunde Ernährung zu verbessern (Musekamp et al. 2016). Patienten können nicht immer sicher abschätzen, ob sie einen objektiven Bedarf an Beratung haben (Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015). Eher passive, „konsumorientierte“ Patienten werden Mühe haben, Beratungsinhalte aktiv in den Alltag zu übertragen, andere werden Beratung aus unterschiedlichen Gründen ablehnen, weil sie bereits festgelegte Vorstellungen über ihre Beschwerden mitbringen und Beratung als Bevormundung verstehen. Als Mittelweg bietet sich der Versuch an, auf der Basis eines

„partnerschaftlichen Modells“ den Bedarf und - in der Folge - die Umsetzung von Beratung in der Behandlung auszuloten (Klemperer und Rosenwirth 2005).

In diesem Stadium der Konsultation und bei Abwesenheit von Hinweisen auf chronische oder schwerere Verläufe können vergleichbare Maßnahmen eingesetzt werden, wie sie in der Primärprävention für die Reduktion von Stress zur Anwendung kommen ([🔗 KE 2](#)).

Diese allgemein gesundheitsfördernden Maßnahmen werden auch außerhalb des Gesundheitssystems angeboten, beispielsweise von (privaten) Initiativen oder im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit kann Effekten der Pathologisierung von spontan auftretenden funktionellen Körperbeschwerden und eventueller iatrogener Fixierung entgegengewirkt werden.

Raten Sie Patienten zunächst zu solchen gesundheitsfördernden Maßnahmen, mit denen diese ggf. früher in vergleichbaren Situationen positive Erfahrungen gemacht haben („Patientenpräferenzen“).

Über die reine Diagnostik und ggf. Beruhigung hinaus kann die Befragung (*siehe auch Empfehlung 2*) und insbesondere die „erlebte Anamnese“ Hinweise auf Lebensbereiche geben, in denen einfache Verhaltensänderungen bereits zu einer Verbesserung bezüglich der Beschwerden führen können. Zu diesen gut zugänglichen Lebensbereichen zählen beispielsweise reduzierte körperliche Aktivität bei fehlenden Bewegungsanreizen oder Schonverhalten, fehlende Entspannungsmöglichkeiten bzw. -gewohnheiten, ungesunde Ernährung, oder auch anstehende private und/oder berufliche Herausforderungen.

Gesunde Lebensweise wirkt einer möglichen Chronifizierung und/oder Verschlechterung der berichteten Beschwerden entgegen (*siehe auch Empfehlung 24 „Prävention“*). Veränderungen des Lebensstils („Lifestyle-Interventionen“) sind prinzipiell geeignet, z. B. auch durch vergleichsweise geringfügige Ausweitungen der körperlichen Aktivität eine Verbesserung zu bewirken, z. B. durch mehr alltägliche Bewegung bei Schlafproblemen (Hartescu et al. 2015). Bereits eine wenig aufwändige Beratung in einer Chest-Pain-Unit war in der Lage, den Lebensstil der Patienten hinsichtlich Ernährung und Bewegung zu verbessern (Katz et al. 2017). Bei Patienten mit ausgeprägten Schmerzen konnten drei Sitzungen einer leitliniengerechten medizinischen Behandlung mit einem großen Anteil von Beratung kurzfristig zu einer Verbesserung in der körperlichen Lebensqualität führen, die vergleichbar war mit der Wirkung der aufwändigeren, im Fokus der Untersuchung stehenden Kurzzeit-Psychotherapie (Sattel et al. 2012).

Von zentraler Bedeutung ist daher die Initiative und Mitarbeit der Patientin, und zwar vor allem im Hinblick auf allgemeine Maßnahmen, welche geeignet sind, die Symptome günstig zu beeinflussen (im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven und sozialen Lebensstils). Das Ziel sollte sein, mit einfachen Mitteln, die Patienten vielleicht auch schon früher geholfen haben, den Alltag nach Möglichkeit aktiv selbst zu gestalten und am Austausch mit anderen Menschen teilzuhaben. Eine Auswahl von Maßnahmen mit unterschiedlicher Intensität und unterschiedlichem, überwiegend geringem Bedarf an Einweisung bzw. Anleitung bietet ([🔗 KE 2](#)).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE (2): Hausmittel, Selbsthilfe, Prävention

(modifiziert nach Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015)

Maßnahme	Umsetzung	Beispiele und Informationsmaterialien (Auswahl):
Bewegung	Körperliche Aktivierung durch genussvolle Alltagsbewegung und einfache Alltagssportarten und/oder die Teilnahme an entsprechenden Gruppen	Örtlicher Sportverein Lauftreff/Nordic Walking Gymnastikgruppe o. ä. Yoga, Thai Qi u. a. Tägliche Bewegung ausdehnen: Treppen statt Aufzug oder Rolltreppe benutzen Immer eine (zwei, drei ...) Bushaltestelle(n) vor dem Ziel aussteigen und ein paar hundert Meter zu Fuß gehen Sich einen Hund anschaffen und mit ihm regelmäßig Spaziergehen Einen Gymnastik-/Tanz-/Schwimmkurs o. Ä. besuchen Aktionen wie „Lauf Dich fit“ oder „Mit dem Rad zur Arbeit“ usw.
Arbeitsplatz	Abwechslung von Tätigkeiten und Aufgaben („Job-Rotation“) mit entsprechenden Pausen Gute, soziale Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten	Regelmäßige, bewusste Pausen Entspannungs-„Einheiten“ (Dehnübungen, kurze Meditationen, an die „frische Luft“ etc.) Abwechslungsreiches Mittagessen (in Ort und Auswahl) Gemeinsame Unternehmungen („After-Work“-Veranstaltung, Betriebsausflug, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Sommerfest etc.) Betriebliche Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme in Firmen (Aktion „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ (PsyGA) (www.psyga.info)) Aktion „BrotZeit“ für ein gesundes Schulfrühstück
Familie, Freunde und Bekannte	Soziale Aktivierung und Austausch im „Kleinen“ (Familie, enge Freunde) und „Großen“ (Bekanntenkreis, Gruppenaktivitäten etc.)	Gemeinsame Ausflüge und Unternehmungen (Wandern, Museum, Konzert, gemeinsames Kochen etc.) Gemeinsame Spieleabende (Gesellschaftsspiele, Scharaden etc.) Familienkonferenzen (zu Entscheidungen wie Urlaub, Wochenendplanung, der Anschaffung eines neuen Möbels u. a, aber auch bei Konflikten und Streitigkeiten) „Gratitude Visit“ (nach M. Seligman) (jemanden besuchen, den man etwas verdankt und ihm das mitteilen)

		<p>Ehrenamtliches Engagement</p> <p>Vereinsarbeit</p> <p>Gesundheitskurse für die ganze Familie (z. B. AOK)</p> <p>Ehe- und Familienberatungsangebote verschiedener Kirchen und Vereine (z. B. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. www.dajeb.de; Eheberatungsstellen der Kirchen; ProFamilia, www.profamilia.de)</p>
Ressourcen, Kraftquellen und Hobbies	Genussvolle, wohltuende, kraftgebende Tätigkeiten	<p>Ein Kindheits-Interesse (wieder-)entdecken (Briefmarken- oder Münzen sammeln, Zelten gehen, ein Haustier halten etc.)</p> <p>Sich mit etwas intensiv beschäftigen („Experte werden“; z. B. Geschichte, Kultur, Politik, Musik, etc.) oder entsprechende Kurse besuchen (Studium generale, Seniorenstudium, Volkshochschule u. a.)</p> <p>Etwas neu erlernen (z. B. Sprache, Musikinstrument, Sportart)</p> <p>Aktive Entspannung</p> <p>Etwas bewusst und achtsam mit den Sinnen genießen</p>
Hausmittel	Einfache Rituale und Traditionen die zu Entspannung, Wohlbefinden und Beschwerdelinderung führen	<p>Badewanne</p> <p>Wärmeflasche</p> <p>„Kuschel-Outfit“</p> <p>Hühnersuppe kochen</p> <p>Inhalieren (z. B. Kamille)</p> <p>Tee-„Zeremonie“</p> <p>Selbst-Massage oder gegenseitige Massage mit Partner</p> <p>„Sonne tanken“</p> <p>(Ein-)Schlaf-Rituale</p>
Selbsthilfe	„Positive Bewältigungsstrategien“ (wieder)entdecken und ausbauen	<p>Abgrenzung lernen („sich nicht seelisch übermäßig zu belasten“)</p> <p>Selbsthilfegruppen (Sozialer Austausch, informative und stützende Funktion; Cave: auch Gruppen mit beschwerdefokussierendem Fokus)</p> <p>Psychoedukation („Um-Lernen und ein Neu-Sehen“)</p> <p>Schlafhygiene (nächtliche Ruhephasen erholsamer gestalten)</p>

	<p>Mehr Hilfreiches über seine Beschwerden lernen („Experte“ seiner Krankheit werden)</p>	<p>Tage der offenen Tür und andere Informationsveranstaltungen</p> <p>Präventionsangebote von Krankenkassen (https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp)</p> <p>Aufklärungs- und Informationsmaterial</p> <ul style="list-style-type: none">- Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) als Herausgeber der Patienten-Kurzinformationen (z. B. „Fibromyalgie“ und „Kreuzschmerz“ sowie „Depression“ (www.patienteninformation.de/kurzinformationen))- Selbsthilfeorganisationen NAKOS (www.nakos.de) und BAG Selbsthilfe (www.bag-selbsthilfe.de),- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin DEGAM (www.degam.de/patienteninformationen.html)- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (www.dgpsf.de/schmerzpsychotherapie.html)- Patientenuniversität (www.patientenuniversitaet.de)- Zentrum Patientenschulung (www.zentrum-patientenschulung.de)- Aktion „Patient als Partner“ (www.patient-als-partner.de) <p>Geeignete Ratgeberliteratur (z. B. „Sei Dein eigener Arzt. Eine medizinisch fundierte Anleitung zur Selbstheilung“ (Backe u. Reinwarth 2014), „Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste“ (Rauh u. Rief 2006), „Kein Befund und trotzdem krank“ (Hausteiner-Wiehle, Henningsen, 2015).</p>
--	---	---

5. Abwartendes Offenhalten:

(„watchful waiting“)

KKP

Bieten Sie den Patienten bei Bedarf einen Wiedervorstellungstermin in zwei bis vier Wochen an (**starker Konsens**).

KKP

Betonen Sie dabei ausdrücklich, dass sich die Beschwerden wahrscheinlich bessern und auch kein Grund zur Sorge besteht, falls sie persistieren (**starker Konsens**).

Bieten Sie den Patienten bei Bedarf einen Wiedervorstellungstermin in zwei bis vier Wochen an. Betonен Sie dabei ausdrücklich, dass sich die Beschwerden wahrscheinlich bessern und auch kein Grund zur Sorge besteht, falls sie persistieren.

Das bewusst durchgeführte und aktive abwartende Offenhalten, vor allem im Rahmen von diagnostischem Denken und Handeln, zählt zu den wesentlichen Kompetenzen vor allem von Hausärzten, die mit dem gesamten Spektrum von Patienten und Krankheiten in allen Stadien konfrontiert sind, einschließlich der besonders häufigen Befindlichkeitsstörungen, Bagatellbefunden, reinen Beratungsanlässen und selbstlimitierenden Beschwerden und Erkrankungen mit guter Prognose (*siehe Empfehlung 1*). Es wird daher als Grundhaltung für Ärzte der Primärversorgung empfohlen (van der Weijden et al. 2003, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2012). Abwartendes Offenhalten („test of time“; „playing for time“) berücksichtigt Vor-Test-Wahrscheinlichkeiten (Bayes' Theorem) und beruht damit auf ärztlichem Wissen über Häufigkeiten und Gefährlichkeiten von Krankheiten sowie auf der Sensitivität und Spezifität von diagnostischen Tests. So wird initial schon durch die Anamnese und die Untersuchung des Patienten die Vortestwahrscheinlichkeit präzisiert - es handelt sich beim abwartenden Offenhalten also nicht nur um ein passives „Abwarten“. Vielmehr wird aktiv eine (vorläufige) Entscheidung für oder auch gegen eine weiterführende Diagnostik getroffen. In diesen diagnostischen Überlegungen spielen jedoch auch intuitive und heuristische Entscheidungen von Behandlern eine gewisse Rolle. In vielen klinischen Leitlinien wird das abwartende Offenhalten („watchful waiting“) als klinische Behandlungsstrategie empfohlen (z. B. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, LL-Brustschmerzen; [verwandte Leitlinien](#)). Verwandt, aber etwas abzugrenzen von der Strategie des abwartenden Offenhaltens, ist die in der somatischen Medizin oft eingesetzte Technik des „delayed prescribing“, die ebenfalls auf einem „therapeutischen“ Warten basiert. Hierunter versteht man, dass der Patientin von der Behandlerin ein Rezept für ein entsprechendes Medikament (z. B. Antibiotikum) mitgegeben wird und diese das Rezept nur bei entsprechender Persistenz der Beschwerden bzw. vorher mit der Ärztin gemeinsam besprochenen Kriterien einnimmt (Little et al. 2001, Arroll et al. 2003).

Weiterführende diagnostische Untersuchungen werden allerdings oftmals auch bei Patienten mit niedriger Vortest-Wahrscheinlichkeit (wie bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden) veranlasst, um sich rechtlich abzusichern, organische Ursachen auszuschließen oder den Patienten zu beruhigen - oder durchaus auch aus

wirtschaftlichen Überlegungen. „Unsicherheit“ ist aber ein der Medizin inhärentes Phänomen, das nicht zwingend zu Handlungen führen muss (Malterud et al. 2017). Auch die meisten Patienten halten durchaus eine gewisse diagnostische Restunsicherheit gut aus, solange sie sich der Sorgfalt und des Interesses ihres Behandlers sicher sind. Vielmehr interpretieren sie die Tatsache, dass der Arzt weiterführende Untersuchungen für nötig hält, eher als Hinweis darauf, dass dieser eine (schwerwiegende) Krankheit vermutet. Apparative Diagnostik beruhigt nachgewiesenermaßen den Arzt mehr als den Patienten (*siehe auch Empfehlungen 8 und 9*; Rolfe und Burton 2013; Petrie und Sherriff, 2014). Im Rahmen des „abwartenden Offenhaltens“ sollte daher mit dem Patienten ausdrücklich betont werden, dass sich die Beschwerden oftmals bessern und auch bei einer Persistenz kein Grund zur Sorge besteht (*siehe auch Empfehlungen 1 und 3*).

In einer niederländischen Cluster-randomisierten klinischen Studie wurde die Strategie des abwartenden Offenhaltens im Vergleich zu einer beim Erstkontakt durchgeführten klinischen Laboruntersuchung in Form einer Blutabnahme bei Patienten mit unerklärten Beschwerden untersucht. In die Studie konnten 498 Patienten eingeschlossen werden, die von 63 Allgemeinmedizинern gesehen wurden. Ein vier-wöchiges abwartendes Offenhalten führte in der Studie nicht zu einem zeitverzögerten „Nachholen“ der Diagnostik im Verlauf der ersten 6 Wochen. Eine „dritte“ Gruppe der Studie war eine Gruppe Ärzte, die mit einer für das abwartende Offenhalten entwickelten „quality improvement strategy“ supervisorisch unterstützt wurden (Gruppentreffen mit Edukation zu „watchful waiting“, Diskussion der Erfahrungen, supervisorischer Praxisbesuch etc.). Es zeigte sich in der Auswertung zwischen den zwei „watchful waiting“-Gruppen (supervidiert vs. nicht-supervidiert) kein signifikanter Unterschied im Outcome (van Bokhoven et al. 2012).

In einer weiteren Studie der Arbeitsgruppe wurde die Auswirkung der Strategie des abwartenden Offenhaltens auf die Angst bzw. Zufriedenheit der Patienten untersucht. Bei dieser Auswertung führte vier-wöchiges abwartendes Offenhalten im Vergleich zu einer umgehenden Laboruntersuchung nicht zu einem Anstieg von Angst und wirkte sich auch nicht negativ auf die Zufriedenheit der Patienten aus. Vielmehr hing die Zufriedenheit der Patienten mit der Bandler-Patient-Kommunikation zusammen (van Bokhoven et al. 2009). Hervorzuheben ist, dass im niederländischen Gesundheitssystem Hausarztmodelle üblich sind, in denen die Patienten jeweils einem Hausarzt zugeordnet sind, und sich dementsprechend eine Strategie eines abwartenden Offenhaltens leichter implementieren lässt. Inwieweit eine Strategie des „watchful waitings“ auch auf andere Länder mit ähnlichen Ergebnissen übertragen werden kann, bedarf weiterführender Studien.

In der nationalen Versorgungsleitlinie zur Behandlung der Unipolaren Depression stellt die aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“), neben der medikamentösen Therapie, der psychotherapeutischen Behandlung und einer Kombinationstherapie, eine der vier primären Behandlungsstrategien dar. Bei Patienten mit einer leichten depressiven Episode, die eine Behandlung ablehnen oder bei denen der Bandler davon ausgehen kann, dass die depressive Symptomatik sich ohne Therapie wieder zurückbildet,

kann durch „abwartendes Offenhalten“ bzw. die aktiv-abwartende Begleitung des Patienten der Beginn einer depressionsspezifischen Therapie gemeinsam abgewartet werden. Es wird empfohlen das „watchful waiting“ mit allgemeinen psychoedukativen Ansätzen zu verbinden (z. B. Tagesstrukturierung und Aufklärung über Schlaf-Wach-Rhythmus). Begleitende Gespräche im Sinne einer psychosomatischen/psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung sind laut der Leitlinie indiziert. Eine Überprüfung der Symptomatik im Sinne eines „watchful waiting“ wird in den ersten beiden Wochen empfohlen (Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2015; *siehe auch Empfehlung 10*).

Bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden sollten nach dem Erstkontakt, bei dem ein abwartendes Offenhalten gemeinsam vereinbart wurde, eine Wiedervorstellung im Abstand von zwei bis vier Wochen erfolgen bzw. ein solcher Wiedervorstellungstermin zumindest angeboten werden (Smith et al. 2006, Aiarzaguena et al. 2007, Pols und Battersby 2008, Smith et al. 2009). Dabei kann sich der Arzt - bei Abwesenheit von Warnsignalen für abwendbar gefährliche Verläufe - auf die hohe Prävalenz und damit Wahrscheinlichkeit einer funktionellen Genese der Beschwerden sowie das relativ geringe Risiko von Fehldiagnosen stützen (*siehe Empfehlungen 1 und 10*). Sollte der bisherige klinische Eindruck aus Gespräch, körperlicher Untersuchung und ggf. leitlinienorientierter Basisdiagnostik bereits auf eine funktionelle Genese der Beschwerden hinweisen und sich aufgrund hoher subjektiver Beeinträchtigung und zusätzlicher psychosozialer Belastungsfaktoren ein wahrscheinlich komplizierter Verlauf ohne Spontanremission andeuten, ist eine entsprechende Aktennotiz sinnvoll. Bei der Wiedervorstellung kann dann direkt daran angeknüpft und adäquat darauf eingegangen werden (*siehe folgende Empfehlungen*).

EMPFEHLUNG 6-10:
ERWEITERTE GRUNDVERSORGUNG I („EXTENDED BASIC CARE I“):
Simultandiagnostik



6. Entschleunigen und Behandlungssetting anpassen:

("slow down and customize")

- KKP** Überprüfen Sie Ihre Praxisorganisation und Abrechnung auf Möglichkeiten, sich und den Patienten mehr Zeit zu widmen, z. B. Zeit zum Nachdenken, alte Befunde anzusehen, mit Vor- oder Mitbehandlern zu sprechen, evtl. einen Hausbesuch oder eine Fremdanamnese zu machen (**starker Konsens**).
- KKP** Etablieren Sie ein klares Setting mit festen, regelmäßigen, Beschwerde-unabhängigen Terminen in ruhiger Atmosphäre (**starker Konsens**).
- KKP** Nutzen Sie die Möglichkeiten der „Psychosomatischen Grundversorgung“ und anderer spezieller fachlicher Schulungen, z. B. Kommunikationstrainings, Hausarzt-orientierte Kurzinterventionen (**starker Konsens**).
- KKP** Entwickeln Sie zusammen mit Ihren medizinischen Fachangestellten bzw. in Ihrem Team einen bewussten Umgang mit diesen Patienten (z. B. klares Terminmanagement, interne Kommunikation, um eine einheitliche Behandlungslinie zu gewährleisten); ermöglichen Sie ggf. spezielle Fortbildungen (**starker Konsens**).

Überprüfen Sie Ihre Praxisorganisation und Abrechnung auf Möglichkeiten, sich und den Patienten mehr Zeit zu widmen, z. B. Zeit zum Nachdenken, alte Befunde anzusehen, mit Vor- oder Mitbehandlern zu sprechen, evtl. einen Hausbesuch oder eine Fremdanamnese zu machen.

Falls die Beschwerden nach zwei bis vier Wochen weiterhin bestehen und mit einer Reduktion von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit verbunden sind, oder der Patient bereits eine längere solche „Odyssee“ hinter sich hat, sollte ein individuelleres Vorgehen erfolgen: Dieser Patient braucht einen anderen, langsameren, persönlicheren Umgang (Brownell et al. 2016). Unsere Gesundheitssysteme sind aber nicht optimal auf Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden ausgerichtet. Das beginnt schon in der Ausbildung (in der das Aufspüren und Beseitigen klar umschriebener Krankheitsbilder im Mittelpunkt steht), spiegelt sich in einer vagen und uneinheitlichen Terminologie wider und gipfelt in den Vorschriften für die ärztliche Leistungsabrechnung (die invasive und apparative Prozeduren weit höher entlohnt als Gesprächszeit, Zurückhaltung und Zuwendung). Daher bringen viele Patienten mit funktionellen Körpererbeschwerden bereits eine lange Vorgeschichte mit. Eine Vielzahl von (meist „frustranten“) diagnostischen Untersuchungen, aber auch therapeutischen, zum Teil auch invasiven Interventionen und richtiggehende „Arzt-Odysseen“ sind bei dieser Patientengruppe nicht selten. Die Diskrepanz aus anhaltendem körperlichen Leiden mit entsprechenden Einschränkungen im Alltag, aber sich widersprechenden Ergebnissen und Zurückweisung oder Ratlosigkeit der Behandler führt zu wachsender Verunsicherung, manchmal auch zur Verdeutlichung der Beschwerden („Verdeutlichungstendenz“) ([🔗 KE 14](#)).

Eine der häufigsten Klagen unzufriedener Patienten bezieht sich auf die Gesprächszeit („Sie hat mich sofort abgewürgt.“, „Ich konnte gar nicht richtig nachfragen, was das für mich bedeutet.“). Patienten geben zwar in Studien an, grundsätzlich mit der Behandlung von Allgemeinärzten zufrieden zu sein, allerdings seien die Arzt-Patient-Kontakte zu kurz und die gemeinsame Zeit werde zu wenig genutzt (Wilson 1991). Persönliche Zuwendung verbessert aber die Bindung an den Arzt und damit auch die Adhärenz und die Prognose. Ein Mehr an Gesprächszeit kann ein Mehr an wertvollen anamnestischen Informationen sowie eine Verringerung von Missverständnissen („Sagen Sie doch gleich, dass es in Ihrer eigenen und familiären Vorgeschichte so viele Depressionen und Suizidversuche gibt!“) und unnötiger apparativer Diagnostik („Ach so, Sie hatten schon zwei Schädel-MRT?“) bringen. In der Tat scheinen Gesprächszeit und Informationsgewinn (vor allem in Hinblick auf das Gewinnen psychosozialer Informationen) zu korrelieren (Hutton und Gunn 2007; Gude et al. 2013, Lemon und Smith 2014). Glücklicherweise scheint es vielmehr der *Inhalt* als die bloße *Dauer* eines Arzt-Patient-Kontakts zu sein, der die Patientenzufriedenheit bestimmt (Lemon und Smith 2014). Bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden können auch eine Fremdanamnese oder (sofern organisatorisch in den Praxisablauf integrierbar) ein Hausbesuch diagnostisch wichtige Informationen erbringen und zum Beziehungsaufbau beitragen. Daher sollte möglichst auch für solche „Interventionen“ entsprechender Raum zur Verfügung stehen bzw. geschaffen werden. Zeitmanagement in

Klinik und Praxis ist daher ein wichtiger Faktor für den Aufbau einer Arzt-Patient Beziehung und einer angemessenen und gründlichen Anamnese, Diagnostik und ggf. Therapieplanung (Mann und Wilson, 2013).

In der Euro-Communications Studie wurden anhand von Videoaufzeichnungen die durchschnittlichen Zeiten für einen Beratungsanlass in der Allgemeinmedizin zwischen verschiedenen Europäischen Ländern verglichen. Deutschland war unter den untersuchten Nationen mit durchschnittlich 7,6 Minuten pro Patientenkontakt das Land mit der kürzesten Dauer eines Kontaktes (Deveugele et al. 2002). Eine Studie über 137 allgemeinmedizinische Konsultationen in Deutschland ergab eine Redezeit des Patienten zu Beginn der Konsultation von 11-24 Sekunden - dann wurden sie zum ersten Mal unterbrochen (Wilm et al. 2004). Die Gesprächszeit hängt nicht nur vom Land ab, sondern z. B. vom Geschlecht des Patienten oder vom Thema (die längsten Gesprächszeiten bekamen Frauen, die eine Praxis in einer Stadt besuchten und über neue bzw. psychosoziale Themen sprachen) (van den Brink-Muinen 2003).

Rask et al. verglichen in einer dänischen Querschnitts-Studie Patienten, die anhand von Fragebögen-Items („BDS Checklist für somatic symptoms“) Kriterien für ein „Bodily Distress Syndrom“ (BDS) angegeben hatten, mit Patienten die nicht als identifiziert wurden. Sowohl die Patienten als auch die behandelnden Allgemeinärzte erhielten Fragebögen bezüglich spezifischer Items. Allgemein zeigte sich, dass Beratungsanlässe mit vorwiegend somatischem Fokus kürzer waren und mit weniger Leidensdruck einhergingen als Beratungsanlässe, in denen weitere biopsychosoziale Probleme von den Patienten geschildert wurden. Auf Seiten der Behandler zeigte sich, dass die Belastung der Ärzte mit der Länge des Arzt-Patient-Kontakts zunahm. Patienten mit BDS-Charakteristika gaben neben dem primären Beratungsanlass häufiger zusätzliche und komplexere biopsychosoziale Probleme an, nahmen (mutmaßlich deshalb) mehr Zeit in Anspruch und wurden von den Behandlern als belastender erlebt als Patienten ohne BDS-Charakteristika (Rask et al. 2016). Gerade die Begleitung und Behandlung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden wird von Behandlern als herausfordernd und zeitintensiv erlebt (Rask et al. 2016, Warner et al. 2017).

In einem systematischen Review untersuchten Hutton und Gunn, inwieweit sich das Befassen mit psychischen Problemen von Patienten auf die Dauer der Arzt-Patienten Konsultation in Allgemeinarztpraxen auswirkt und inwieweit eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Problemen zu einem besseren Gesundheitsergebnis führt. Anhand der in dem Review untersuchten Studien konnte nicht festgestellt werden, dass ein längeres Befassen mit psychischen Problemen von Patienten zu einem besseren Gesundheitsergebnis führt (nur Beobachtungsstudien, keine randomisierten Studien). Allerdings zeigte sich, dass bei Patienten, bei denen psychische Probleme diagnostisch erfasst wurden, die Dauer der Konsultationen länger war als bei Patienten ohne (erfassten) psychischen Problemen. Zudem konnten in dem Review Studien identifiziert werden, in denen sich zeigte, dass Ärzte mit Behandlungs-Stilen, die mehr Zeit in Anspruch nahmen, wahrscheinlicher eine psychische Diagnose stellten. Allgemeinärzte gaben in den untersuchten Studien mehrheitlich an, nicht aufgrund fehlender Kenntnisse,

sondern aus zeitlichen Gründen nicht bessere Behandlungsergebnisse bei Patienten mit psychischen Problemen erzielen zu können (Hutton und Gunn 2007).

In einer Pilotstudie untersuchten Dossett et al. bei 24 Patienten mit einer gastroösophagealen Refluxerkrankung, inwieweit sich ein ausführliches Arzt-Patient-Gespräch mit dezidierter Anamnese (der integrativen und komplementärmedizinischen Anamnese entlehnt) im Vergleich zu einem „normalen“ (empathisch gestalteten) Arzt-Patient-Gespräch mit „normaler“ Anamnese im Hinblick auf das Symptom-Outcome unterschied. Zudem erhielten die Patienten nach dem Arzt-Patient-Gespräch doppelt verblindet entweder ein Placebo-Medikament oder „Acidil“, eine freiverkäufliche Kombination aus 4 verschiedenen Homöopathika. Das Ausmaß der Beschwerden und entsprechende Auswirkungen auf andere Lebensbereiche (z. B. Schlafqualität, allgemeine Stimmung, Ängste etc.) wurden detailliert erfragt, was folglich auch zeitlich mehr Raum einnahm als die „normale“ Konsultation (durchschnittlich 42 Minuten (23-74 min.) im Vergleich zu durchschnittlich 18 Minuten (11-32 min.)). Die Patienten, die das ausführliche Arzt-Patient-Gespräch mit dezidierter Anamnese erhielten, zeigten im Vergleich zu der „normalen“ Gruppe eine Verbesserung der Reflux- und der Dyspepsie-Symptome und zwar unabhängig davon, ob sie das Placebo-Medikament oder „Acidil“ als „Therapie“ erhielten. Es konnte anhand der Ergebnisse jedoch nicht differenziert werden, ob die entsprechend ausführlicheren Fragen oder die zeitliche Länge der Konsultation bzw. ob beide Komponenten zu der Verbesserung der Beschwerden beigetragen haben (Dossett et al. 2015).

In der Praxisorganisation und Abrechnung sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, der Patientin (direkt oder indirekt) mehr Zeit zu widmen. Gerade bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden hat sich allgemein bewährt, das Zeitfenster der Konsultation zu Beginn des Gesprächs mit dem Patienten zu kommunizieren (z. B.: „Wir haben heute 15 Minuten Zeit für ein Gespräch“). Das Zeitmanagement im (Anamnese-) Gespräch kann durch mehrere bewährte Gesprächstechniken ohne großen Aufwand verbessert werden (*siehe Empfehlung 7*). Die Zusatzbezeichnung „Psychosomatische Grundversorgung“ ermöglicht (in Deutschland) die erweiterte Abrechnung von Gesprächszeit (s.u.). Neben der Zeit mit der Patientin selbst kann durch effizientes Zeitmanagement auch wichtiger Freiraum zum Nachdenken, zum Durchsehen von Befunden oder zur Kommunikation mit Vor- oder Mitbehandlern entstehen (Cave: Schweigepflicht). Lemon und Smith (2014) haben - unter der Annahme, dass Patientenzufriedenheit vor allem durch Patientenstärkung („empowerment“) entsteht - ein Modell entwickelt, nach dem (nur) 80 Sekunden zusätzliche Konsultationszeit in Informationsvermittlung, körperliche Untersuchungen und Erfragen psychosozialer Informationen investiert werden sollte. Ein (wenig) mehr an Gesprächszeit und Gesprächstechnik könnte also durchaus gut investiert sein.

Weitere Gestaltungsmöglichkeiten, die die Versorgungsqualität mit vergleichsweise geringem zeitlichen und finanziellen Aufwand verbessern, bieten das Behandlungssetting, der Einsatz von Fragebögen, Fort- und Weiterbildungen und die Einbindung der medizinischen Assistenzberufe.

Etablieren Sie ein klares Setting mit festen, regelmäßigen, beschwerdeunabhängigen Terminen in ruhiger Atmosphäre.

Im Sinne geeigneter Umgebung und Rahmenbedingungen sollten Störungen vermieden werden (z. B. Telefonklingeln, Störungen von Medizinischen Fachangestellten und Praxispersonal etc.). Die Dokumentation des Gesprächs und der Untersuchung sollte den Gesprächsverlauf nicht stören. Um sich dem Patienten entsprechend konzentriert widmen zu können („aktives Zuhören“), sollte eine Dokumentation nach dem Gespräch erwogen werden. Auch die Einrichtung des Behandlungszimmers und die Anordnung von Gerätschaften (Computerbildschirm, Ultraschallgerät, Tische, Stühle, Behandlungsliege, Umkleidemöglichkeit, Paravent etc.) sollte reflektiert werden - nicht zuletzt im Interesse des Behandlers; entsprechende freie Sicht im Gespräch sollte gegeben sein (Cave: Computerbildschirm).

Das häufige beschwerdegesteuerte Zustandekommen von Terminen ist ungünstig. Hier werden die Beschwerden zu einer Art „Eintrittskarte“ für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Wenn der Patient „notfallmäßig“ in der Praxis erscheint, sollte der Termin daher möglichst kurz gehalten und der nächste feste Termin geplant werden. Für die Einbindung in den Praxisalltag kann zum Beispiel ein eigener Gesprächsnachmittag erwogen werden, an dem gezielt Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden einbestellt werden.

Es empfehlen sich eine regelmäßige Einbestellung der Patienten, z. B. alle 2-4 Wochen (Smith et al. 2006, Aiarzaguena et al. 2007, Pols und Battersby 2008, Smith et al. 2009) und zeitlich klar begrenzte Termine (z. B. 10-20 Minuten), was dem Patienten zu Gesprächsbeginn mitgeteilt werden soll (Vorteil: begrenzter Zeitaufwand). Diese Vereinbarungen zum Behandlungsrahmen können ggf. schriftlich festgehalten werden, um ihre (notwendige) Einhaltung zu gewährleisten. Eine qualitative Analyse von 30 wissenschaftlichen Editorials und narrativen Reviews (verschiedener Autoren) zum Management funktioneller Körperbeschwerden (Heijmans et al. 2011) fand in 9 Publikationen die Expertenempfehlung, regelmäßige, feste Termine zu vereinbaren, je nach Situation zum Beispiel alle zwei, drei oder vier Wochen. Dadurch entfällt die scheinbare Notwendigkeit, eine Beschwerdeverstärkung als „Eintrittsticket“ für einen neuen Termin präsentieren zu müssen und es entsteht Raum für eine erweiterte Anamnese, eine gezielte, aber zurückhaltende Diagnostik und eine bewältigungsorientierte Begleitung und Therapie.

Die Empfehlung, Patienten zeitkontingent einzubestellen, hat sich auch nach einer psychiatrischen/ psychosomatischen Konsultation als Element zugehöriger Empfehlungsschreiben („consultation letter“, „care recommendation letter“) an den primär behandelnden (Haus-)Arzt bewährt (Hoedeman et al. 2010).

Nutzen Sie die Möglichkeiten der „Psychosomatischen Grundversorgung“ und anderer spezieller fachlicher Schulungen, z. B. Kommunikationstrainings, Hausarzt-orientierte Kurzinterventionen.

Aufgrund der hohen Prävalenz von funktionellen Körperbeschwerden wurden diverse Fort- und Weiterbildungs-Programme zum Management dieser heterogenen Patientengruppe entwickelt (Fink et al. 2002, Larisch et al. 2004, Rief et al. 2006, Rosendal et al. 2007, Smith et al. 2009, Weiland et al. 2015, Warner et al. 2017, Yon et al. 2017). Bereits im Medizinstudium werden zunehmend Kurse zu ärztlicher Gesprächsführung, Kommunikation mit („schwierigen“) Patienten, Aufklärungsgesprächen, Überbringung schlechter Nachrichten und anderen herausfordernden Gesprächssituationen angeboten und sind in den entsprechenden Curricula der Universitäten heutzutage ein fester Ausbildungsbestandteil (z. B. Friedberg et al. 2008, Berney et al. 2017, Ruiz-Moral et al. 2017, Wuensch et al. 2017).

Verschiedene Hausarztschulungen haben durchgängig einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit seitens des Behandlers im Umgang mit Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, eine eindeutige Wirkung auf die Patienten selbst konnte allerdings nicht gezeigt werden (Larisch et al. 2004; Rosendal et al. 2005; Gask et al. 2011; Aiarzaguena et al. 2009). Bloom kommt in einem Review über kontinuierliche medizinische Qualifikation zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu dem Schluss, dass insbesondere interaktive Techniken zur Hausarzt-Schulung wie Supervision, Balint-Gruppen, Rollenspiele sowie die Vorstellung von Fallberichten, Training spezieller kommunikativer Fähigkeiten („skills training“) auch auf der Patientenebene zu günstigen Effekten führt (im Gegensatz zu rein didaktischen Präsentationen und gedrucktem Informationsmaterial) (Bloom 2005).

In den letzten Jahren wurden auch für Klinik-Ärzte Programme zum Umgang mit Patienten mit funktionellen, nicht hinreichend oder unerklärbaren Körperbeschwerden entwickelt (Weiland et al. 2015, Yon et al. 2017). Weiland und Kollegen zeigten in einer randomisierten Studie, dass Klinik-Ärzte, die an einem Weiterbildungscurriculum bezüglich des Managements von Patienten mit medizinisch unerklärbaren Körperbeschwerden teilnahmen (4 Blöcke mit insgesamt 14 Stunden), im Anschluss effektivere Anamnesen durchführten, Informationen Patienten-zentrierter zusammenfassten und die Unerklärbarkeit der Körperbeschwerden sowie entsprechend aufrechterhaltende Faktoren dem Patienten besser vermitteln und erklären konnten als „untrainierte“ Ärzte (Weiland et al. 2015). Eine aktuelle Studie aus Großbritannien zeigt jedoch, dass nur 11% der befragten „Foundation schools“ (verpflichtendes zweijähriges Weiterbildungscurriculum für Ärzte nach dem Examen) spezielle Lehrinhalte für den Umgang mit Patienten mit medizinisch unerklärbaren Körpersymptomen anboten (Yon et al. 2017).

Das deutsche Modell der Psychosomatischen Grundversorgung (PGV) gibt es seit 2003. Es ergänzt die Ausbildung somatischer Fachärzte und ist im Rahmen der Facharztausbildung bei Allgemeinärzten und Gynäkologen verpflichtend, außerdem eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme am Hausarztvertrag, die Abrechnung von

Akupunkturleistungen, die Durchführung der speziellen Schmerztherapie, die Zulassung zur In-Vitro-Fertilisation und als Brustzentrum. Die PGV vermittelt Fähigkeiten zur Primärversorgung von einigen „klassischen“ psychischen Erkrankungen (z. B. Angst-/Panikstörungen, Depression, Essstörungen), Schlaf- und sexuellen Funktionsstörungen, somatoformen Störungen und Schmerzsyndromen (z. B. chronischen Kopf- und Rückenschmerzen), daneben die Thematisierung und Behandlung von dysfunktionalem (Krankheitsbewältigungs-)Verhalten, Konflikten oder Trauer, nicht nur, aber vor allem, wenn sie als Begleiterscheinungen körperlicher Erscheinungen auftreten. Zentral ist dabei immer die Einbeziehung von Persönlichkeit, Biographie und Lebensumfeld des individuellen Patienten. Die Weiterbildung besteht aus einem 80-Stunden-Curriculum in den drei Modulen Theorie, verbale Intervention und Balintgruppe. Die PGV ermöglicht beispielsweise eine Vergütung für die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (EBM-Nummer 35100) und für eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (EBM-Nummer 35110). Entsprechende Weiterbildungs- Curricula existieren auch in anderen Ländern (z. B.: Schweiz: Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (FAPPM); Österreich (in Planung) „Spezialisierung in fachspezifischer Psychosomatischer Medizin“).

Entwickeln Sie zusammen mit Ihren medizinischen Fachangestellten bzw. in Ihrem Team einen bewussten Umgang mit diesen Patienten (z. B. klares Terminmanagement, interne Kommunikation, um eine einheitliche Behandlungslinie zu gewährleisten); ermöglichen Sie ggf. spezielle Fortbildungen.

Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden machen zum Teil schon negative Erfahrungen, bevor sie den Arzt zu Gesicht bekommen: Sie bemerken zum Beispiel, wie Arzthelferinnen kichern oder die Augen verdrehen, wenn sie die Praxis betreten („Die schon wieder!“) oder hören durch die offene Tür zum Personal-Aufenthaltsraum abwertende Bemerkungen („Dieser Simulant nervt.“). Aber auch die medizinischen Fachangestellten selbst empfinden Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden (die Häufigkeit ihrer Besuche und Fragen, die Nicht-Nachvollziehbarkeit ihrer Beschwerden, die negative Stimmung im Wartezimmer) oft als „schwierig“ und in den ohnehin oft schon stressigen Praxisabläufen als störend.

Die Gestaltung eines guten Behandlungssettings, beinhaltet daher auch einen teambezogenen Ansatz mit Einbeziehung der medizinischen Fachangestellten und anderen Hilfspersonal (z. B. am Empfang, bei der Blutabnahme, beim EKG-Schreiben etc.) - nicht nur in der (Hausarzt-)Praxis sondern auch in anderen Versorgungseinrichtungen (Medizinisches Versorgungszentrum, Klinik, Rehabilitations-Einrichtung etc.) (Schäfer et al. 2005). Das kann durch eine professionelle Ausbildung, eine gezielte Einbindung in die Behandlung, und eine „innerbetriebliche“ Supervision bzw. die mehr oder weniger strukturierte Möglichkeit geschehen, unangenehme Gefühle gegenüber bestimmten Patienten zu besprechen und im Umgang positiv zu nutzen. Konzeptuell können regelmäßige Fortbildungen ermöglicht (evtl. auch finanziell unterstützt) und regelmäßige praxisinterne Teambesprechungen etabliert werden. So kann durch Information und

Supervision Entlastung für die medizinischen Fachangestellten geschaffen werden; gleichzeitig kann das Team durch die Chancen mehrperspektivischen Verstehens und wechselseitiger Unterstützung als Ressource genutzt werden (Schäfert et al. 2005)

In den USA wurden entsprechende Behandlungsmodelle und Interventionen für den Umgang mit Patienten mit medizinisch unerklärten Beschwerden für „Nurse practioners“ in der Primärversorgung etabliert (Lyles et al. 2003). Ergebnisse einer holländischen prospektiven, randomisierten Studie (CIPRUS-Studie), in der „Nurse practioners“ zusätzlich zur Behandlung des Allgemeinarztes, eine Kurz-Intervention auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage (6 Sitzungen) bei Patienten mit somatoformen Störungen in der Primärversorgung durchführen, stehen derzeit noch aus (Sitnikova et al. 2017). Im Rahmen eines gestuften, kooperativen und koordinierten Versorgungsmodells („stepped, collaborative and coordinated care model“) fand eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in den USA bei 206 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und hoher Inanspruchnahme, dass eine 12-monatige intensive Begleitung durch eine medizinische Fachangestellte („Nurse practitioner“) als Care manager zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Lebensqualität (SF-36/ MCS) führte (Smith et al. 2006).

7. Aufmerksam zuhören und nachfragen:

(„pay attention and broaden the lens“)

- KKP** Betrachten Sie die ersten Gesprächsphasen als „Bühne des Patienten“: Unterbrechen Sie nicht zu früh, stellen Sie zunächst offene, neutrale Fragen (z. B. "Wie fühlen Sie sich (mit ihren Beschwerden)? Wie kommen Sie damit zurecht?"); hören Sie vor allem aktiv und aufmerksam zu (**starker Konsens**).
- KKP** Achten Sie bei der Beschwerdepräsentation auch auf Stimmung, Körpersprache, Zwischentöne, Betontes, Verharmlostes, Ursachenannahmen sowie auf weitere Beschwerden und Belastungen, auch wenn sich diese außerhalb Ihres Fachgebiets befinden. Nutzen Sie dazu auch die Zeit während körperlicher Untersuchungen (Auskultation, Palpation, Ultraschall etc.) (**starker Konsens**).
- KKP** Beobachten Sie auch Ihr eigenes Empfinden, Verhalten sowie ihre Beweggründe in der Arzt-Patient-Interaktion (z. B. Hilflosigkeit, Ärger, übereifriges Anordnen, wiederholte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) ([☞ KE 3](#)) (**starker Konsens**).
- KKP** Zeigen Sie, dass Sie den Leidensdruck der Betroffenen bemerken und die Beschwerden ernst nehmen, z. B. durch eine empathische Mimik und Gestik (**starker Konsens**).
- KKP** Ergänzen Sie danach (auch bereits im Hinblick auf mögliche therapeutische Anknüpfungspunkte) Ihre Anamnese durch *gezieltes Nachfragen* ([☞ KE 4 und 5](#)) (**starker Konsens**):
 - zu der/den Hauptbeschwerde(n), körperlichen und psychischen Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen zu subjektivem

Erklärungsmodell und Bedeutungszuschreibungen (z. B. „Was denken Sie, woher die Beschwerden kommen?“),

- zu früheren und weiteren Beschwerden, Begleiterkrankungen und Behandlungen,
- zu problematischen Denk- und Verhaltensweisen (z. B. unangemessene Krankheitsbefürchtungen oder körperliche Schonung), aber auch zu Ressourcen und
- zum psychosozialen Beschwerdekontext einschließlich besonderer psychosozialer Herausforderungen und Belastungen (z. B. Kommunikationsprobleme, Einsamkeit/Fremdheit, Traumata)

KKP Machen Sie sich (und ggf. Ihrem Team) individuelle Besonderheiten und Therapiebedürfnisse aufgrund von Persönlichkeit, Geschlecht, Alter oder Herkunft/Kultur der Patienten bewusst (**starker Konsens**).

KKP Nutzen Sie auch kürzere Gesprächszeiten effizient, indem Sie bewährte Gesprächstechniken einsetzen ([🔗 KE 6](#)). Bringen Sie beispielsweise psychosoziale Kontextfaktoren beiläufig und einfühlsam ins Gespräch und kommen Sie immer wieder auf die Körperbeschwerden zurück („tangentialer Gesprächsführung“) (**starker Konsens**).

Noch mehr als bei anderen Patienten leitet sich bei Menschen mit funktionellen Körperbeschwerden ein eventueller Handlungsbedarf überwiegend von der subjektiven Bedeutung der Beschwerden, der individuellen Lebenssituation und dem individuellen Umgang mit den Beschwerden ab - und weniger vom „objektiven Befund“. Dies verlangt ein besonderes Bewusstsein für und einen wertschätzenden, reflektierten, entspannten Umgang mit der Person des Patienten - nicht im Sinne spezieller psychologischer Interventionen (hier hat der Nicht-Spezialist natürlich nur begrenzte Kenntnisse und Möglichkeiten), sondern etwa in Form eines besseren Kennenlernens des individuellen Beschwerdekontexts, einer Absprache im Team oder einer Teilnahme an Kommunikationstrainings (*siehe auch Empfehlung 6*). Das entscheidende Instrument ist hierfür eine gute, erweiterte Anamnese, die in erster Linie die Identifikation a) der Gesamt-Last des Patienten und b) seiner Ressourcen zum Ziel hat, und erst in zweiter Linie die Ursachenklärung. Hausärzte, die ihre Patienten, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen, teilweise auch Angehörige, oft gut kennen, haben hier oft einen wichtigen Informationsvorsprung („erlebte Anamnese“).

Betrachten Sie die ersten Gesprächsphasen als „Bühne des Patienten“: Unterbrechen Sie nicht zu früh, stellen Sie zunächst offene, neutrale Fragen (z. B. "Wie fühlen Sie sich (mit ihren Beschwerden)? Wie kommen Sie damit zurecht?"); hören Sie vor allem aktiv und aufmerksam zu. Achten Sie auch auf Stimmung, Körpersprache, Zwischentöne, Betontes, Verharmlostes, sowie auf weitere Beschwerden und Belastungen, auch wenn

sich diese außerhalb Ihres Fachgebiets befinden. Nutzen Sie dazu auch die Zeit während körperlicher Untersuchungen (Auskultation, Palpation, Ultraschall etc.).

Ein klares Bild vom Kontext der Beschwerden, einschließlich der Beschwerdevorgeschichte, der individuellen Beschwerdeinterpretation und -bewältigung sowie der individuellen Bedürfnisse, Sorgen und Nöte, aber auch Ressourcen bieten wichtige diagnostische, aber auch therapeutische Ansatzpunkte. Das Anamnesegespräch ist daher das entscheidende diagnostische Element (*siehe bereits Empfehlung 2*). Neben den sachlichen Angaben der Patienten (was wird gesagt?) beinhaltet die Beschwerdepräsentation (wie wird es gesagt und gezeigt?) wertvolle *szenische* Information (Lorenzer 1983, den Boeft et al., 2016). Sie spiegelt die subjektive Bedeutung der Beschwerden für die betroffene Patientin und ihre damit verbundenen Erwartungen an die Ärztin wider, wird aber auch von der Untersuchungssituation, v.a. der Arzt-Patient-Interaktion, beeinflusst: Ein Patient wird bei seinem Hausarzt, bei einem erstmals aufgesuchten Spezialisten oder bei einem Psychiater seine Anliegen unterschiedlich vorbringen, und er wird seine Beschreibung variieren, je nachdem, wie der Arzt reagiert. Die Beschwerdeanamnese kann unterschiedlichen Fragetechniken folgen. In einer Arbeit von Donner-Banzhoff und Kollegen, die 134 diagnostische Arzt-Patientengespräche in der Allgemeinmedizin auswerteten, zeigte sich, dass durch die Technik des „inductive foraging“ (Induktives „Erstöbern“ (von Beschwerden)) im Vergleich zu anderen Techniken am häufigsten (31%) diagnostisch relevante Hinweise vom Patienten gegeben wurden. Dabei wird dem Patienten durch eine offene Eingangsfrage Raum gegeben, seine Beschwerden zu berichten und/oder eine Diagnose selbst vorzuschlagen. Daran anschließend können durch „descriptive questioning“ („Deskriptive Befragung“) genannte Beschwerden oder Probleme des Patienten durch geschlossene Fragen spezifiziert werden. Durch diese Technik konnten in der Studie in 25% der Fälle diagnostisch relevante Hinweise eruiert werden. Durch die Technik der „triggered routines“ („Angestoßene Routine“) versucht die Ärztin, ebenfalls durch geschlossene Fragen, einen Problembereich wie einem Organsystem (z. B. Bauch bei Reizdarm-Beschwerden) zu explorieren. Hierbei konnten 12% der diagnostisch relevanten Hinweise erfragt werden. Die Autoren heben durch ihre Studie den diagnostischen Wert von offenen Fragen hervor (Donner-Banzhoff et al. 2017).

Zu Beginn soll es dem daher der Patientin ermöglicht werden, ihr(e) Anliegen einschließlich aller Beschwerden ausführlich und frei (also möglichst ohne Unterbrechung, nur durch Nachfragen und Anregungen strukturiert) zu schildern (sog. „aktives Entgegennehmen der Beschwerdeklage“, „Bühne“ des Patienten) (Rudolf und Henningsen 2003; Schäfert et al. 2008; Anderson et al. 2008; Langewitz 2011). Dies ist sowohl von diagnostischer als auch von therapeutischer Bedeutung, da die Patientin somit eine neue Beziehungserfahrung im Gesundheitssystem machen kann und zugleich die Körperbeschwerden (im weiteren Behandlungsverlauf zunehmend) in den Kontext von Affekten und Beziehungsepisoden gestellt werden können (Balint 2000, Di Blasi et al. 2001, Reilly 2001, Rakel et al. 2011, Arbeitskreis PISO 2011; Kelley et al. 2014). Fragen sollten in dieser ersten Gesprächsphase grundsätzlich eher offen als geschlossen formuliert werden, um den Gesprächsfluss zu fördern, eine aktive Patientenrolle zu

etablieren und die Motivation zur Zusammenarbeit zu verbessern (Langewitz, 2011; Donner-Banzhoff et al. 2017). Dazu eignen sich kurze, allgemeine Einstiegsfragen wie "Wie fühlen Sie sich (mit ihren Beschwerden)? Wie kommen Sie damit zurecht?", wobei die Formulierung natürlich den einzelnen Patienten sowie der Dauer und Qualität der bisherigen Arzt-Patient-Beziehung angepasst werden muss. Bei allzu knappen, floskelhaften Antworten („Gut.“) sollte empathisch nachgefragt werden (z. B. „Ich habe den Eindruck, dass die Beschwerden sie ziemlich belasten. Erzählen Sie mir bitte mehr darüber, damit ich mir das besser vorstellen und sie gut beraten kann.“).


Quantifizierung, Umschreibung und Attributionen der Beschwerden durch die Patienten erfolgen in der Regel spontan und unstrukturiert; mit gängigen Beschwerdefragebogen werden sie meist gar nicht erfasst (De Souza und Frank 2000; olde Hartman et al. 2013). Eine wechselnde und diffuse - im Gegensatz zu einer konsistenten und spezifischen - Beschreibung der Beschwerden, z. B. von Rückenschmerzen, kann ein Hinweis auf fehlende somatische Erklärbarkeit sein - muss aber nicht (Leavitt et al. 1979) (*siehe Empfehlung 1*). Unterschiedliche Beschwerdepräsentationen sind immer wieder eine Quelle von Missverständnissen und Fehldiagnosen. Die Tatsache, ob und in welchem Umfang der Patient eher nüchterne, quasi-objektive („drückender Schmerz links oben“), medizinische („wie Blinddarmentzündung“) oder emotional gefärbte („wie ein Messer, ich hasse diesen Schmerz“) Ausdrücke wählt bzw. seine Beschwerden entspannt, gequält, dramatisierend oder gar heiter schildert, was seine Körperhaltung, Mimik und Gestik ausdrücken, wie er die Beschwerden, ihre Intensität und ihre Ursache(n) bewertet und den bisherigen und weiteren Verlauf beurteilt („das bringt mich noch um“, „ich werde bald nicht mehr laufen können“), erlaubt wertvolle, unter Umständen therapie-relevante Hinweise auf den Kontext der Beschwerden und ihre subjektive Bedeutung - aber nicht notwendigerweise Rückschlüsse auf Kausalitäten. Den Boeft und Kollegen haben mittels einer Auswertung von Fokus-Gruppen und in Diskussionen fünf verschiedene (nicht streng zu trennende) psychische „Cluster“ von Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden in der hausärztlichen Praxis bilden können (den Boeft, Huisman et al. 2016): ängstlich („anxious“), unzufrieden („unhappy“) , passiv („passive“), leidend („distressed“) und verwirrt („puzzled“) (den Boeft, Huisman et al. 2016).

Dabei können unter Umständen auch Diskrepanzen zwischen Beschwerdeschilderung und Präsentation auffallen, wenn z. B. eine Patientin mit tonloser Stimme und zusammengesunkener Körperhaltung „Es geht mir sehr gut“ sagt und dabei Blickkontakt vermeidet, oder ein Patient seine Beschwerden mit dramatischen Worten, aber körperlich völlig entspannt, flirtend oder heiter berichtet. Riess und Kraft-Todd (2014) schlagen als kleinen Leitfaden für die aufmerksame Beobachtung der Beschwerdepräsentation das „EMPATHY“-Schema vor:

- E - den Blickkontakt (eye contact): Blickt der Patient Sie an, fixiert er Sie sogar unablässig, oder vermeidet er hingegen Blickkontakt? Reißt der Kontakt bei einem bestimmten Thema ab?

- M - die Gesichtsmuskulatur bzw. den Gesichtsausdruck (muscles of facial expression): Lächelt der Patient viel? Presst er die Lippen zusammen? Wirkt das Gesicht schmerzverzerrt? Blickt er traurig, angsterfüllt oder verführerisch?
- P - die Haltung (posture): Sitzt/steht der Patient aufrecht und entspannt oder gekrümmt und verkrampft, verschlossen?
- A - den Affekt (affect): Wirkt der Patient stimmungsmäßig heiter, gelöst, niedergeschlagen oder wie „kurz vor dem Explodieren“? Passt der Affekt zum vermittelten Leidensdruck?
- T - den Tonfall (tone of voice): Ist der Tonfall vorwurfsvoll, enttäuscht, fröhlich?
- H - was Sie genau hören und wo sich Möglichkeiten der Heilung andeuten („What am I hearing, and what would be healing for this patient?“): Wo deuten sich Defizite, wo Ressourcen an? Werden bestimmte Themen betont, andere bagatellisiert?
- Y - Ihre eigenen (your!) Reaktionen auf den Patienten, auch in körperlicher Hinsicht, also z. B. die eigenen Gefühle, der eigene Atemrhythmus oder eine muskuläre Anspannung: Fühle ich mich selbst plötzlich unter Druck, gehetzt, gelangweilt?

Patienten geben während der Beschwerdepräsentation Hinweise auf ihre Bedürfnisse und Belastungen, z. B. Sorge um die Gesundheit, Wunsch nach Beruhigung, nach Beschwerdelinderung, nach Erklärungen, nach einer Diagnose (Girolodi et al., 2014; Calpin et al., 2017). Aber Ärzte gehen häufig nicht (adäquat) darauf ein, unterbrechen die Patienten und lenken das Gespräch zurück auf „somatische“ Themen (z. B. Salmon et al., 2004, 2007 und 2009; Ring et al. 2005; Peters et al., 2009; Murray et al., 2016). Im schmerztherapeutischen Setting berichteten Patienten mit somatoformen Störungen bereitwilliger über psychische Beschwerden und Ursachenfaktoren als angenommen (Schroeter et al. 2004). Eine Sekundäranalyse zum Kommunikationsverhalten von Hausärzten ergab, dass selbst geschulte Ärzte nach einem Reattributionstraining im Durchschnitt zwar zwei Äußerungen zur psychosozialen Erklärung machten, jedoch die zugrundeliegenden psychosozialen Themen nicht explorierten; stattdessen machten sie zusätzlich sechs Äußerungen bezüglich somatischer Interventionen (Morriss et al. 2010). Eine Untersuchung von 137 Konsultationen bei 52 Allgemeinärzten ergab eine Eingangsredezeit des Patienten im Mittel von 11 bis 24 Sekunden (Wilm et al. 2004). Eine qualitative britische Studie zu Konsultationen zwischen 24 Hausärzten und 249 Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden beschrieb, dass die Hausärzte umso mehr konfrontativ-kritische Bemerkungen machten, je mehr die Patienten emotionale Unterstützung beanspruchten (Salmon et al. 2007).

Beobachten Sie auch Ihr eigenes Empfinden, Verhalten sowie ihre Beweggründe in der Arzt-Patient-Interaktion (z. B. Hilflosigkeit, Ärger, übereifriges Anordnen, wiederholte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen;  KE 3). Zeigen Sie, dass Sie den Leidensdruck der Betroffenen bemerken und die Beschwerden ernst nehmen, z. B. durch eine empathische Mimik und Gestik.

Begleitung und Behandlung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden selbst werden oftmals von Behandlern als „schwierig“, „anstrengend“ und „frustrierend“ empfunden („heartsink patients“) (Reid et al. 2001; Steinmetz and Tabenkin 2001; Weiland et al., 2015; den Boeft et al. 2016, Henningsen et al. 2018b, Yon et al. 2017). In der bereits zitierten Interview-Studie von den Boeft und Kollegen gaben die befragten Ärzte an, für Patienten mit MUPS zum Teil weniger Empathie und stattdessen vermehrt „negative“ Gefühle (Irritation, Widerstand) bei sich zu bemerken und die von den Patienten berichtete Anamnese nicht sinnvoll nachvollziehen zu können; vor allem das von vielen Patienten erzwungene „Umschalten“ zwischen Diagnose- und Therapie-Phase des Gesprächs wurde als anstrengend empfunden („struggle“). Der Umgang mit funktionellen Körperbeschwerden wurden am einfachsten von Ärzten mit mehr Arbeits- und Lebenserfahrung und mehr Interesse für sowie mehr Wissen über funktionelle Körperbeschwerden und Kommunikation beschrieben (den Boeft et al., 2016). In Fragebögen-Studien zur diagnostischen Unsicherheit von Hausärzten zeigte sich, dass Ärzte mit einem hohen Neurotizismus-Wert mehr Sorge in Bezug auf diagnostische Unsicherheiten hatten und zurückhaltender mit Patienten kommunizierten. Im Gegensatz dazu korrelierten die Persönlichkeits-Eigenschaften „Extraversion“, „Gewissenhaftigkeit“ und „Offenheit“ negativ mit Ängsten bezüglich diagnostischer Unsicherheit und positiv mit der Patientenkommunikation (Schneider et al 2014). Ärzte reagieren auf Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden häufig mit eifrigem Engagement bis hin zu „blindem“ Aktionismus und Abwertung von Vorbehandlern, oder aber auch mit Ärger, Verschlossenheit oder Amüsement. Das Verhalten der Ärztin wirkt wiederum auf das der Patientin ein, die dann z. B. die Behandlerin idealisiert, wütend wird, oder ihre Beschwerden noch eindringlicher schildert („Verdeutlichungstendenz“). Einige Formen der Beschwerdepräsentation von Patienten (z. B. plastische und gefühlsbetonte Sprache, Beschreibung erheblicher emotionaler und sozialer Beeinträchtigung durch die Beschwerden, Kritik und Verweigerung, Präsentation komplexer Beschwerdemuster, die sich einer Erklärung zu widersetzen scheinen, z. B. auch bei einem vom eigenen deutlich abweichenden soziokulturellen Hintergrund) haben offenbar ein besonderes Potential, Behandler herauszufordern oder unter Druck zu setzen, und zwar entweder in Richtung einer - zunächst von Patienten schwer annehmbaren und ihn zu weiterer Verdeutlichung antreibenden - Normalisierung oder gar Verharmlosung der Beschwerden oder aber in Richtung einer weiteren somatischen Diagnostik und Behandlungsversuche (*Vergleiche Empfehlung 5*). Dabei kommt der Impuls, über somatische Beschwerden, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten anstatt über psychosoziale Kontextfaktoren zu sprechen, häufiger von den Ärzten als von den Patienten (Salmon et al., 1999, 2004, 2005 und 2007; Ring et al. 2004 und 2005; Little et al. 2004; Dowrick et al., 2004; olde Hartman et al., 2013). Dadurch sehen die Patienten eine körperliche Erklärung für ihre Beschwerden als

wahrscheinlicher oder bestätigt an; ihre Wahrnehmung für körperliche Vorgänge oder Symptome wird verstärkt, die für psychosoziale Einflüsse verringert. Man spricht hier von „iatrogener Somatisierung“ bzw. „Chronifizierung“ (Ring et al. 2005; Bensing und Verhaak 2006).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ③: Beschwerdepräsentation und Arztverhalten



Das Interaktionsverhalten zwischen Ärztin und Patientin sowie die eigenen Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Beweggründe/Motive sollten daher genau beobachtet und reflektiert werden (Walker et al. 1998; Oyama et al. 2007; Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015; Brownell et al., 2016; [KE 3](#)). Das schließt auch mögliche ärztliche Zielkonflikte mit ein (z. B. Fortschreibung oder aber Beendigung einer Arbeitsunfähigkeit, Einnahmen durch nicht indizierte Therapie (z. B. IGEL-Leistungen) oder aber Verzicht darauf). Insbesondere sollen Negativ-Spiralen wie „Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel“ (bei denen - trotz oder vielleicht gerade wegen früherer Enttäuschungen - zunächst beide Seiten an schnelle „Heilung“ durch die Ärztin glauben und dann erneut enttäuscht werden) oder „Zufriedenheitsfallen“ (bei denen der Arzt unbegründete Patientenwünsche erfüllt, damit dieser dankbar ist und wiederkommt, dadurch der Patient aber in einer passiven Rolle verbleibt, bis hin zu übereifrigen oder sogar aggressiven Maßnahmen) ebenso wie Diskussionen über die „wahre“ Ursache der Beschwerden vermieden bzw. frühzeitig unterbrochen werden (Sauer und Eich 2007, Hausteiner-Wiehle und Schäfert 2013; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015).

Ergänzen Sie danach (auch bereits im Hinblick auf mögliche therapeutische Anknüpfungspunkte) Ihre Anamnese durch *gezieltes Nachfragen* zu der/den Hauptbeschwerde(n), zum subjektiven Erklärungsmodell (z. B. „Was denken Sie, woher die Beschwerden kommen?“), zu früheren und weiteren Beschwerden und Behandlungen, zu problematischen Denk- und Verhaltensweisen (z. B. unangemessene Krankheitsbefürchtungen oder körperliche Schonung), aber auch zu Ressourcen und zum psychosozialen Beschwerdekontext (☞ KE 4 und 5).

Nach der spontanen und subjektiven Beschwerdepräsentation durch den Patienten und dem empathischen Annehmen der Beschwerdeklage durch die Ärztin muss die Anamnese bei *anhaltenden* Beschwerden systematisch vertieft und ergänzt werden (z. B. Schäfert und Hausteiner-Wiehle, 2015; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015; Morton et al., 2016). Nach der „patientenzentrierten“ ersten Gesprächsphase, die im wesentlichen der Patient bestreitet, folgt daher die „behandlerzentrierte“ zweite Phase, in der der Behandler die für die Diagnose, Differenzialdiagnose und erste Therapieplanung notwendigen Informationen gezielt ergänzt (☞ KE 4).

Zunächst gilt es natürlich, Art, Ausprägung, Lokalisation, Verlaufsmuster und Beeinflussbarkeit der Leitbeschwerden noch genauer zu erfassen (Hasin und Katz 2007; Mann und Wilson, 2013). Bei Schmerzen wäre das z. B. eine genaue Beschreibung der Lokalisation, der Qualität (z. B. dumpf, stechend, brennend), der Intensität (z. B. mit Numerische Rating-Skala (NRS) oder Visuelle Analogskala (VAS), der Frequenz (z. B. attackenartig, nächtlich) sowie modulierender Faktoren (Verbesserung, Verschlechterung). Zum einen werden durch anatomische und physiologische Charakteristika mögliche Differenzialdiagnosen und v.a. Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe (sog. „red flags“; ☞ KE 7) identifiziert bzw. ausgeschlossen. Zum anderen werden bisherige Behandlungsversuche (Selbsttherapie und ärztliche Therapien), v.a. aber Beschwerde-bedingte Verhaltensänderungen des Patienten (z. B. Rückzug, Vermeidung, vermehrt Alkohol und Medikamente einschließlich Phytotherapeutika, Homöopathika) deutlich. Sie stellen unter Umständen selbst wesentliche Befunde dar, die oft mit stärkerem Leidensdruck verbunden sind als die eigentlichen Beschwerden. Dysfunktionale Verhaltensänderungen erklären sich manchmal aus subjektiven Ursachenannahmen und problematischen Informationsquellen, die ebenfalls erfragt werden sollten. Denn auch wenn es prinzipiell nachvollziehbar und legitim ist, wenn Patienten die Diagnosen und Behandlungsempfehlungen ihrer behandelnden Ärzte nicht mehr einfach so hinnehmen, so werden in den Medien und vor allem im Internet auch viele falsche, schädliche und sogar gefährliche Informationen verbreitet („Dr. Google oder Morbus Google“). Subjektive Ursachenannahmen sollten daher ungedingt direkt erfragt und auch nicht sofort zurückgewiesen (allerdings auch nicht unkritisch übernommen werden): Auch wenn sie durch Vorbehandler oder Medienberichte einseitig oder wissenschaftlich nicht nachvollziehbar sein mögen, enthalten sie doch wichtige Informationen über das Selbsterleben des Patienten (z. B. belastet oder infiziert zu sein). Es kann im Hinblick auf den Beziehungsaufbau zur Patientin hilfreich sein, sich

jeweils die Quellen (Artikel, Buch/Internetseite/Blog etc. zeigen zu lassen (z. B.: „Können Sie mir den Artikel nennen, dass ich mir das selber mal ansehen kann?“).

Dann muss aktiv nach *weiteren spezifischen und unspezifischen körperlichen Beschwerden*, auch außerhalb der eigenen Fachrichtung, gefragt werden, idealerweise durch systematisches Abfragen von Symptom-Clustern bzw. Organsystemen (Atmung, Verdauung, Herz-Kreislauf, Bewegungsapparat, Urogenitalsystem, etc.). Dazu gehören auch gesicherte sowie vermutete Vorerkrankungen (einschließlich Behandlungen in Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie). Zusätzliche Beschwerden werden nämlich oft nicht spontan, sondern nur auf konkretes Nachfragen bzw. schriftlich in Fragebögen angegeben; außerdem ist das Beschwerdeprofil der meisten Patienten im Laufe der Zeit meist hoch variabel und wird teilweise nicht mehr erinnert (Leiknes et al. 2006; Rief und Rojas 2007; Hasin und Katz, 2007). Das Erkennen polysymptomatischer Verläufe ist aber vor allem prognostisch hochrelevant: Eine hohe Gesamtanzahl körperlicher Beschwerden ist - unabhängig von ihrer Erklärbarkeit - *der wichtigste Prädiktor* für das Vorliegen eines (z. B. durch psychische Komorbidität, hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und funktionelle Beeinträchtigung) komplizierten Verlaufs (*siehe Empfehlung 1*). Dabei hat sich die Unterscheidung von „erklärten“ versus „unerklärten“ Beschwerden als klinisch wenig hilfreich und wissenschaftlich kaum haltbar erwiesen (Aiarzaguena et al. 2008; Creed, 2009; Escobar et al., 2010; Klaus et al., 2013 ; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015): Patienten haben gleichzeitig „erklärte“ und „unerklärte“ Beschwerden; die „Erklärbarkeit“ von Beschwerden wird von verschiedenen Experten unterschiedlich beurteilt und kann sich im Laufe der Zeit ändern, auch durch neue medizinische Entwicklungen. Am häufigsten findet man (mit Raten um die 50%) eine Überlappung der verschiedenen funktionellen Syndrome (z. B. Chronic-Fatigue-Syndrom, Reizdarm-Syndrom, Fibromyalgiesyndrom, Temporomandibularsyndrom, Multiple Chemikaliensensitivität) untereinander und mit somatoformen, depressiven und Angststörungen (Wessely et al. 1999; olde Hartman et al. 2004; Henningsen et al. 2003; Fink et al., 2007; Kanaan et al. 2007; Riedl et al. 2008; Fink und Schröder, 2010). Auch das Erfragen von Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten im Rahmen der Anamnese ist wichtig. Eine aktuelle Auswertung von 2,7 Millionen Patientenakten in den USA zeigte, dass nur etwa 4% der Bevölkerung von einer Lebensmittelallergie betroffen sind, jedoch 20-30% der Bevölkerung angeben unter Lebensmittelallergien zu leiden (Acker et al. 2017). Nur durch ein systematisches Erfassen des gesamten Beschwerdespektrums können differenzialdiagnostische und komorbide Syndrome und Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Nach (weiteren) *psychischen* Beschwerden und Symptomen fragt man, um eine psychische Belastung bis hin zur kriteriengemäß ausgeprägten psychischen Komorbidität zu erkennen und ggf. zu behandeln. Dafür kann man z. B. etablierte Screening-Fragen ([KE 5](#)) einsetzen. Wie vielfach belegt wurde, ist sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in klinischen Populationen die Überlappung von Somatisierung, Depressivität und Angst hoch; ca. die Hälfte der Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden leiden zusätzlich an einer kriteriengemäß ausgeprägten komorbiden depressiven oder

Angststörung (Henningssen et al., 2003; Lieb et al., 2007; Löwe et al., 2008; Hanel et al., 2009; Kohlmann et al., 2016) - was aber auch heißt, dass bei der anderen Hälfte der Patienten *keine* dieser Störungen vorliegt.

Dysfunktionale Denk- und Verhaltensweisen (z. B. Schon-, Vermeidungs-, Rückzugs- oder Durchhalteverhalten) tragen oft wesentlich zur Beeinträchtigung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden bei (aktuellere Daten und Übersichten bei Pauli und Alpers, 2002; Duddu et al., 2006; Rief et al. 2006; Martin et al. 2007; Rief und Broadbent et al., 2007; Deary et al., 2007; Voigt et al., 2010; Rief et al., 2010, Martin und Rief 2011; Puri und Dimsdale, 2011; Wollburg et al., 2013; Klaus et al., 2015; Frostholm et al., 2015; Koelen et al., 2016; Weiss et al., 2016). Sie sollten ebenfalls aktiv erfragt werden, vor allem, wenn sie potenziell modifizierbar sind.

- Gesundheitsbezogene Ängste sind häufig. Die häufigsten Ängste beziehen sich darauf, dass den Beschwerden eine bedrohliche Ursache zugrunde liegen könnte, dass diese bei bisherigen Untersuchungen übersehen wurde, und dass ein bedrohlicher Verlauf bis hin zu Behinderung und Tod droht. Funktionelle Körperbeschwerden sind aber nicht gleichzusetzen mit Hypochondrie bzw. „health anxiety disorder“, bei der keine oder nur wenige Beschwerden bestehen und Ängste das klinische Bild dominieren.
- Häufig sind auch katastrophisierendes Denken, die (ängstliche) Beobachtung und Überprüfung des eigenen Körpers („body scanning“, „checking behaviour“)
- Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden suchen unter Nutzung verschiedenster Quellen (Arztbesuche, Wunsch nach Untersuchungen, Internetrecherche) oft nach wiederholten Rückversicherungen („reassurance“), wobei die Wirkung der Versicherung, dass nichts Ernstes vorliegt, oft nicht nachhaltig gelingt (*Vergleiche Empfehlung 3*).
- Manchmal weisen Patienten auch ein klar dysfunktionales Verhalten im Umgang mit Ärzten auf, verschweigen Voruntersuchungen oder brechen Behandlungen ab; dies ist wohl überwiegend auf Frustration und Scham in Bezug auf Erfahrungen im Gesundheitssystem zurückzuführen.
- Besonders schwerwiegende Folgen hat das oft ausgeprägte Schon- und Vermeidungsverhalten (Bewegungsangst, Bewegungsvermeidung, längere Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug), das zu Dekonditionierung bis hin zu körperlichen Folgeschäden (Muskelabbau, Gelenksteife), Arbeitsplatzverlust und Vereinsamung führen kann („fear avoidance model“).
- Überzufällig häufig haben Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden die Vorstellung, „immer schon“ körperlich sensibel, schwach und anfällig zu sein.
- Funktionelle Beschwerden haben auch eine interpersonelle Dimension: Sie ermöglichen Zuwendung, aber auch Abgrenzung, Machtausübung oder Identifikation mit Idealen oder Rollenmodellen - und somit einen primären

Krankheitsgewinn. In realen Beziehungen können dadurch erhebliche Konflikte und Abhängigkeiten entstehen.

- Für manche Patienten ist die Krankenrolle trotz aller Nachteile und nicht nur aufgrund von materiellen Vorteilen attraktiv. Manche entwickeln durch die Beschwerden eine neue Identität, z. B. als „tapfere Behinderte“ oder als „Umweltopfer“, mit neuen Aufgabenfeldern und Sozialkontakten.
- Auch einseitige somatische Ursachenvorstellungen („Krankheitsmodell“) kommen eher bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden vor, wobei allerdings die meisten Untersuchungen andeuten, dass sich dieses erst im Verlauf der Beschwerden bilden, Patienten zumindest in der Frühphase oft recht ausgewogene biopsychosoziale Ursachenvorstellungen haben und einseitige somatische Ursachenattributionen und Krankheitslabels eher von Ärzten kommen.
- Patienten mit funktionellen Störungen scheinen eher zu „negativen“ Gefühlen zu neigen, z. B. Ärger, Verachtung, Nervosität, Schuld oder Angst („negative Affektivität“), dabei ihre Gefühle evtl. aber weniger gut wahrzunehmen und auszudrücken („Alexithymie“, niedrige „emotional awareness“). Allerdings darf anfängliches „Normalisieren“ und anfänglicher Widerstand gegen eine Exploration von Gefühlen im Kontext von Lebensbelastungen nicht von vornherein mit Alexithymie gleichgesetzt werden, da es sich auch um einen (meist unbewussten) Schutz gegen zu frühe Psychologisierung der Körperbeschwerden handeln kann, der bei stabilerer Therapiebeziehung schwindet.
- Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden scheinen ihre Beschwerden als ausgeprägter und anhaltender zu erleben als diese (soweit möglich) objektiv messbar sind; sie erinnern aus Medienberichten, Arztgesprächen, ihrer eigenen Vorgeschichte mehr Beschwerden und Diagnosen als andere Patienten. Möglicherweise verzerren Aufmerksamkeitslenkung und Beschwerdeerwartung das aktuelle Beschwerdeerleben.

Ein umfassendes Bild von den Beschwerden selbst, vom Menschen, der diese Beschwerden hat, und vom Kontext, in dem diese Beschwerden stattfinden, wird schließlich durch *Fragen nach dem psychosozialen Beschwerdekontext* (Partnerschaft, Familie, Wohnen, Arbeit, Finanzen, Rechtliches) abgerundet Hatcher und Arroll, 2008; Mann und Wilson, 2013). Mann und Wilson (2013) schlagen dafür folgende Fragen vor:

- *Was war gerade in Ihrem Leben los, als die Beschwerden anfangen?*
- *Können Sie einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Druck, Verantwortung oder Beziehungsproblemen erkennen?*
- *Gibt es Situationen, in denen die Beschwerden stärker oder schwächer ausgeprägt sind?*
- *Gibt es Situationen, in denen die Beschwerden mit hoher Sicherheit auftreten oder ständig vorhanden sind*

Dies ist aus folgenden Gründen wichtig:

- Zum einen sind (sehr selten!) kausale Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und psychosozialen Belastungsfaktoren rasch gemeinsam mit dem Patienten erkennbar. Häufiger entstehen kausale Hypothesen beim Behandler, dieser sollte sie aber nicht vorschnell dem Patienten als „Deutung“ anbieten. Solche Zusammenhänge erschließen sich eventuell über
 - nachvollziehbare psychophysiologische Mechanismen, wenn z. B. der Patient in einer angstbesetzten Lebenssituation (z. B. Angst vor Kündigung) körperliche Angst-Äquivalente (Zittern, Schwitzen, Durchfälle) erlebt;
 - einen eindeutigen zeitlichen Zusammenhang (z. B. allererstes Auftreten der Beschwerden im Rahmen eines Erbstreits bei einem Familienfest);
 - ein Modell in der Umgebung (z. B. bei „Massenansteckung“ in Bezug auf vermeintliche Chemikalienausdünstungen im Flugzeug oder am Arbeitsplatz oder ein ähnlich erkranktes Familienmitglied);
 - die Beschwerde bzw. das Symptom als „Ausdruck“ oder als „Lösungsversuch“, entsprechend früherer Vorstellung von „Somatisierung“ oder „Konversion“ (wenn z. B. die funktionelle Erkrankung Entlastung von anstehenden Lebensentscheidungen oder den Ausdruck von starker Wut oder Enttäuschung ermöglicht);
 - ABER: solche Kausalannahmen können genauso gut zufällige Koinzidenzen sein. Sie sind nur selten beweisbar und bergen das Risiko einseitiger, stigmatisierender, nicht gerechtfertigter „Psychologisierung“.
- Zum anderen (und in der Kommunikation mit dem Patienten viel wichtiger!) sind psychosoziale Belastungen zusätzliche Probleme, die „obendrauf“ kommen und (in einem Teufelskreis) die Bewältigung der Beschwerden erschweren und selbst wiederum durch die Beschwerden weniger gut bewältigt werden können. Durch das Erfragen aller zugleich bestehender „Baustellen“ der Patientin können diese u.U. differenziert und jeweils eigene Lösungsansätze gesucht werden. Auch können unter Umständen am Umgang mit solch anderen Belastungen (dysfunktionale) Bewältigungsmuster (Aggressivität, Hilflosigkeit, Rückzug) erkannt werden, die vielleicht auch für die Körperbeschwerden gelten.

Mindestens ebenso wichtig ist das Kennenlernen möglicher Ressourcen des Patienten, also seiner besonderen Stärken, Vorlieben, Kraftquellen und Lebensleistungen. Sie sind einerseits wertvolles therapeutisches „Material“, das (wieder-)entdeckt und gefördert werden sollte. Andererseits lenken schon das Gespräch über Ressourcen, noch mehr aber ihre Nutzung im Alltag die Aufmerksamkeit weg von den Beschwerden und ermöglichen so eine geringere Fokussierung auf die Beschwerden, vielleicht sogar ein „Verlernen“, sowie neue Erfahrungen von Stärke und (Selbst-)Wirksamkeit (Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015).

Viele Kollegen verwenden für die Erhebung all dieser Informationen einen nach Organsystemen und Themenbereichen gegliederten, teils mit anatomischen Skizzen versehenen Anamnese- und Untersuchungsbogen. Für eine (in der Allgemein- und somatischen Fachmedizin selten notwendige) differenziertere, objektive Erfassung psychischer und psychopathologischer Aspekte können Fremdbeurteilungsfragebögen (z. B. Hamilton-Skala für Depression) oder eine (orientierende) Einordnung entsprechend der Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) hilfreich sein, wie sie in den psychosozialen Fächern verwendet wird. Sinnvolle Kategorien sind Kontaktaufnahme (z. B. verschlossen, wenig Blickkontakt), Antrieb und Psychomotorik (z. B. gehemmt, unruhig, angespannt, hohes Redetempo) und Stimmung (z. B. gedrückt, verzweifelt, wenig schwingungsfähig, inadäquat heiter) (Stieglitz, Haug et al. 2017). Fragebogen-Diagnostik zur Ergänzung der Anamneseerhebung spielt in der klinischen Praxis eine untergeordnete Rolle. Selbstbeurteilungs-Fragebögen zur Diagnostik von somatoformen Störungen (z. B. Patient Health Questionnaire 15 (PHQ-15), Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)) und „klassischen“ psychischen Erkrankungen (z. B. PHQ-9 für Depression oder GAD-7 für Generalized Anxiety Disorder/Angst) können helfen, Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden und prognoserelevante Komorbiditäten frühzeitig zu identifizieren, sollen aber allenfalls zusätzlich zu einer gründlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung eingesetzt werden und können diese keinesfalls ersetzen (Kroenke, Spitzer et al. 2010, Gierk, Kohlmann et al. 2014, Shedden-Mora, Gross et al. 2016). Fragebögen eignen sich neben der (Screening-)Diagnostik ([☞ KE 5](#)) zusätzlich zur Beurteilung des Schweregrades und des Verlaufs von funktionellen Körperbeschwerden sowie natürlich für wissenschaftliche Zwecke.

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ④: Erweiterte Anamnese

Fokus auf die Leitbeschwerde(n)	Fokus auf weitere Beschwerden	Potentiell problematische Denk-/ Verhaltensweisen	Psychosozialer Beschwerdekontext	Ressourcen
<p>Derzeitige Beschwerden?</p> <p>Deren erstes Auftreten, Verlauf, Lokalisation, Stärke und Charakter?</p> <p>Was lindert, was verstärkt?</p> <p>Anatomische und physiologische Übereinstimmung mit bekannten körperlichen Erkrankungen?</p> <p>Anhaltspunkte für organische „red flags“?</p> <p>Beschwerdebedingte Veränderungen des Tagesablaufs bzw. der Leistungsfähigkeit?</p> <p>Verhalten während bzw. zur Beeinflussung oder</p>	<p>Weitere körperliche und seelische Beschwerden, evtl. durch Abfrage von Organsystemen oder Symptomlisten?</p> <p>Polysymptomatischer Verlauf als Hinweise auf generelle Somatisierungsneigung/ „bodily distress“?</p> <p>Begleiterkrankungen?</p> <p>Anzeichen für Angst oder Depression, (Ein- oder Durch-)Schlafstörungen, z. B. durch Schmerzen, Grübeln oder Alpträume?</p> <p>Suizidale Andeutungen?</p>	<p>Allgemeine Gesundheitsängste? Angst vor einer (bestimmten) bedrohlichen Erkrankung?</p> <p>Katastrophisierendes Denken (Schwarzmalerei, Hoffnungslosigkeit)?</p> <p>Ängstliche Beobachtung (body scanning/checking behaviour) des eigenen Körpers (z. B. wiederholtes Abtasten, Messen von Puls, Blutdruck, Temperatur)?</p> <p>Schon- und Vermeidungsverhalten (Bewegungsangst, Bewegungsvermeidung, Dekonditionierung, längere Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug)?</p>	<p>Private oder berufliche Konflikte? Einsamkeit? Zufriedenheit in der Partnerschaft und am Arbeitsplatz?</p> <p>Wertschätzung? Mobbing? Drohende Kündigung?</p> <p>Wohnsituation? Umzug, Entwurzelung? Drohender Verlust der Wohnung?</p> <p>Finanzielle Sorgen? Erwartung von Entlastung oder Kompensation (Rente, Schmerzensgeld etc.)?</p> <p>Laufende Gerichtsverfahren?</p> <p>Auswirkungen auf Beziehungen bzw. Reaktion des Umfelds</p>	<p>In welchen Situationen kann die Patientin ihre Beschwerden mal ganz vergessen?</p> <p>Worauf kann der Patient (in seiner Lebensleistung) stolz sein?</p> <p>Was sind bewährte oder mögliche neue Quellen der Kraft, Freude, Entspannung?</p> <p>Wo werden Kreativität, Engagement und Veränderungsbereitschaft erkennbar? Wie kann man sie weiter fördern?</p> <p>Wo findet die Patientin Sinn, Erfüllung ihrer Werte und</p>

<p>Vermeidung der Beschwerden?</p> <p>Annahmen bezüglich der Beschwerdeursache (Erklärungsmodell)?</p> <p>Weitere Informationsquellen (z. B. Internet)?</p> <p>Bisherige Behandlungsversuche einschließlich deren Wirksamkeit?</p> <p>Differenzialdiagnosen?</p>	<p>Hinweise für Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch?</p> <p>Frühere Beschwerden, evtl. schon seit der Jugend?</p> <p>Entwicklungsauffälligkeiten, frühere Krisen, Vordiagnosen?</p> <p>Frühere (ärztliche, komplementärmedizinische, selbst durchgeführte...) Behandlungen einschließlich deren Wirksamkeit?</p> <p>Familienanamnese?</p>	<p>Suche nach Rückversicherung, z. B. bei Ärzten oder durch Medien (Internet, Fachbücher)?</p> <p>Dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Arztwechsel, Notfallsprechstunden, Drängen auf Untersuchungen, Verschweigen von Befunden, Behandlungsabbrüche)?</p> <p>Festhalten an der Krankenrolle?</p>	<p>(v.a. des Partners, der Angehörigen) auf die Beschwerden?</p> <p>Einschneidende Lebensereignisse bzw. Traumata (CAVE: Nur beobachten, evtl. Traumafolgebeschwerden wie Alpträume oder Schreckhaftigkeit erfragen, KEINE Traumainhalte erfragen)?</p> <p>Belastende oder modellhafte Erkrankungen in der Familie?</p>	<p>Lebensträume? Was sind langgehegte Wünsche?</p>
--	--	---	---	--

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ⑤: Screeningfragen für psychische Erkrankungen (Auswahl)

Depression	<p>Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?</p> <p>Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?</p>
Generalisierte Angst	Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig durch Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis beeinträchtigt?
Panik	<p>Leiden Sie manchmal unter plötzlichen und unerwarteten Angstanfällen, ohne dass eine tatsächliche Bedrohung vorliegt?</p> <p>Befürchten Sie das neuerliche Auftreten solcher Angstanfälle oder haben diese Ihr Leben schon nachhaltig beeinträchtigt?</p>
Traumafolgen	<p>Ich frage Sie nun nach Folgebeschwerden nach belastenden Ereignissen, aber nicht nach solchen Ereignissen selbst:</p> <p>Litten Sie im letzten Monat unter sich aufdrängenden Erinnerungen an belastende Ereignisse (z. B. Unfall, Überfall) oder an Angstzuständen im Zusammenhang damit?</p> <p>Traten körperliche Stresssymptome (z. B. Schwitzen, Unruhe, Herzklopfen) auf, wenn Sie sich an das belastende Ereignis erinnerten oder davon erzählten?</p>
Suchtverhalten/ Abhängigkeitsentwicklung	<p>Wie viel Alkohol trinken Sie? Wie viele nehmen Sie von diesen Tabletten ein? Ist das manchmal mehr, als vom Arzt verordnet?</p> <p>Haben Sie schon einmal vergeblich versucht, Ihren (Alkohol-/Tabletten-/...)Konsum einzuschränken?</p> <p>Haben andere Personen Ihr (Trink-/Einnahme-/Konsum-)Verhalten kritisiert und Sie damit verärgert oder beschämt? Fühlten Sie sich deswegen schon einmal schuldig?</p> <p>Haben Sie am Morgen nach dem Erwachen schon einmal als Erstes Alkohol getrunken/ eine Tablette eingenommen, um ihre Nerven zu beruhigen, wach oder fit zu werden, oder einen Kater loszuwerden?</p> <p>Hatten Sie schon einmal unangenehme Beschwerden wie starke Unruhe oder Schwitzen, wenn Sie nichts oder weniger als sonst getrunken/eingenommen haben?</p>
Suizidalität	<p>Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, dass Sie lieber tot wären oder aus dem Leben gehen wollen?</p> <p>Hatten Sie in letzter Zeit konkrete Gedanken oder sogar Pläne, sich selbst das Leben zu nehmen?</p>

Nutzen Sie auch kürzere Gesprächszeiten effizient, indem Sie bewährte Gesprächstechniken einsetzen (🔗 KE 6). Bringen Sie beispielsweise psychosoziale Kontextfaktoren beiläufig und einfühlsam ins Gespräch und kommen Sie immer wieder auf die Körperbeschwerden zurück („tangentiale Gesprächsführung“).

Grundlegende Gesprächsmaßnahmen wie eine ruhige, freundliche Atmosphäre, eine laiengerechte Sprache und ein kurzes Abstimmen des Gesprächsinhaltes gelten im Grunde für alle Gespräche zwischen Arzt und Patient. Zu den grundlegenden Maßnahmen gehört auch das Ausräumen oder zumindest Verbessern von Kommunikationshindernissen wie „funktionelles Analphabetentum“ oder eine Sprachbarriere, z. B. durch graphisches Informationsmaterial, Dolmetscher oder Übersetzungs-Apps. Aktives Zuhören einschließlich aktiver Ermutigungs-, Rückversicherungs- und Strukturierungstechniken (z.B: WWSZ; Ask-Tell-Ask; NURSE, siehe KE im Anschluss) sollen eine authentische, zugleich aber effiziente Vermittlung von Informationen einerseits und Vertrauen andererseits ermöglichen. Eine indirekte, motivationale, tangentiale (anstatt einer frontalen, konfrontierenden) Gesprächsführung erkennt Beschwerdeklage, Ursachenvorstellungen, auch Zweifel und „Widerstände“ des Patienten als legitim an. Der ärztliche Gesprächsbeitrag besteht aus einem Wechsel zwischen eher beiläufigem Thematisieren psychosozialer Belastungen, Lob und Ansporn für funktionalere Einstellungen und Verhaltensweisen, und immer wieder Rückkehr zur Beschwerdeklage. Kurze Hinweise des Patienten auf emotionale und psychosoziale Schwierigkeiten ebenso wie Vorbehalte oder Ängste gegenüber Veränderungen werden vorsichtig als relevant markiert. D.h. die Hinweise werden nicht übergangen, sondern aufgegriffen und dem Patienten als bedeutsam zurückmeldet. Das geschieht durch „Spiegeln“, d.h. die empathische Wiedergabe dessen, was der Behandler gehört hat. Psychosoziale Hinweise werden zunächst eher beiläufig („tangential“) mit Begriffen aus dem Alltagserleben wie „Belastung“, „Überlastung“ oder „Stress“ empathisch aufgegriffen und wiederholt behutsam ins Gespräch gebracht, das sich aber im Kern um die körperlichen Beschwerden dreht (Rudolf und Henningsen 2003; Schäfert et al., 2008; Miller und Rollnick, 2009; Langewitz 2011). Vermittlungstechniken (z. B. Ask-before-Advice, Information Sequencing; Rückfragen; Teach Back; 🔗 KE 6) schließlich sollen Informationen so aufbereiten, dass die Patienten sie verstehen und annehmen kann.

Die folgende Klinische Entscheidungshilfe (🔗 KE 6) listet eine Reihe von bewährten Gesprächsführungstechniken auf, die eine gelingende Kommunikation überhaupt ermöglichen, erleichtern und effizienter machen. Sie drücken Interesse und Wertschätzung aus und helfen zugleich, das Gespräch zu strukturieren. Sie beziehen sich nicht nur auf den Gesprächsbeginn, sondern bereits auch auf spätere Aufgaben (z. B. Befundmitteilung und Psychoedukation; *siehe auch Empfehlungen 9 und 11*).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ⑥: Gesprächsführungstechniken

(Details und mehr Beispiele siehe Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015)

Grundlegende gesprächsfördernde Maßnahmen	z. B. Herstellen eines ungestörten Gesprächsrahmens und einer angenehmen Atmosphäre ohne Sichtbarrieren und Unterbrechungen, ggf. mit Unterstützung von Informationsmaterial, Angehörigen, Dolmetschern oder modernen Übersetzungshilfen (Apps)
Agenda-Setting einschl. Klärung der Patientenanliegen	„Wir haben heute 10 Minuten Zeit, von meiner Seite geht es v. a. darum, wie Sie die Medikamente vertragen. Was gibt es von Ihrer Seite zu besprechen?“ „Was erhoffen Sie sich vom heutigen Besuch bei mir?“
Aktives Zuhören	z. B. Nicken, kurze Bestätigungslaute, offene Fragen
WWSZ-Technik 1. Warten 2. Wiederholen 3. Spiegeln 4. Zusammenfassen	1. einfach abwarten, was von der Patientin kommt 2. „Sie fragten also Ihren Neurologen ...?“ 3. „Ich kann mir vorstellen, dass Sie da unter Druck geraten sind.“ 4. „Bitte korrigieren Sie mich, wenn ich da falsch liege - insgesamt geht es Ihnen also vor allem darum, dass jemand versteht, wie schlecht es Ihnen im Moment geht?“
Ask-Tell-Ask	50% zuhören, 50% reden Erkundigen Sie sich immer erst, was Ihr Gegenüber schon weiß oder wissen will, schon hat oder braucht, bisher erlebt hat, für die Zukunft annimmt - und antworten Sie dann erst mit Ihrer Einschätzung.
NURSE-Technik 1. Name 2. Understand 3. Respect 4. Support 5. Explore	1. „Jetzt wirken sie ziemlich erschreckt...“ 2. „Ich kann gut nachvollziehen, dass ...“ 3. „Ich finde, Sie gehen gut damit um.“ 4. „Ich würde Sie da gern unterstützen, indem ich ...“ 5. „Was beschäftigt Sie jetzt noch?“
Tangentiale Gesprächsführung	„Letztes Mal erwähnten Sie Stress im Büro. Und wie wirkt sich der wiederum auf ihren Schwindel aus?“
Motivationale Gesprächsführung	„Ich sehe, Sie zögern. Das ist ja klar! Aber Sie sollten wissen: Diese Übung hilft vielen Patienten. Trauen Sie sich ruhig, ich unterstütze Sie.“
Ask-before-Advice	„Üblicherweise besteht die Behandlung aus mehreren Elementen. Soll ich sie Ihnen kurz darstellen?“

Information Sequencing	„Sie leiden also unter Schlaf- und Antriebsstörungen, Freud- und Hoffnungslosigkeit. Dies sind alles Zeichen für eine wahrscheinliche Depression. Eine Depression ist sehr häufig, und man kann sie heute gut behandeln. Die Behandlung besteht in der Regel aus ...“
Rückfragen	„War das für Sie verständlich? Fühlen Sie sich hier ausreichend informiert?“
Teach Back	„Würden Sie nochmal zusammenfassen, wie es nun weitergehen soll? Dann kann ich sehen, ob ich mich verständlich ausgedrückt habe.“

Eine qualitative Übersicht fand ganz überwiegend positive Effekte einer bewussten Kommunikation, z. B. auf Beschwerden, Zufriedenheit und Inanspruchnahmeverhalten von Patienten (Weiland et al., 2012). Ein spezielles Kommunikations-Training zum Umgang mit funktionellen Körperbeschwerden für Krankenhausärzte (empathische Exploration von Beschwerden und Kontextfaktoren, Beruhigung, Information, Vermittlung eines Erklärungsmodells, Kommunikation mit dem Hausarzt) führte zu effektiveren und patientenzentrierteren Gesprächsverläufen und wurde von den Ärzten als sehr hilfreich empfunden (Weiland et al., 2013 und 2015). Allgemeine Übersichten zur Arzt-Patienten-Kommunikation siehe z. B. Langewitz, 2011; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015).

Machen Sie sich (und ggf. Ihrem Team) individuelle Besonderheiten und Therapiebedürfnisse aufgrund von Persönlichkeit, Geschlecht, Alter oder Herkunft/Kultur der Patienten bewusst.

Bestimmte (individuell sehr unterschiedliche) Konstellationen im Hinblick auf Persönlichkeit, Geschlecht, Alter oder Herkunft/Kultur können mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von funktionellen Körperbeschwerden, einem erhöhten Chronifizierungsrisiko und besonderen Therapiebedürfnissen einhergehen. Zudem führen (beidseitige!) Vorerfahrungen, Fehlinterpretationen und Missverständnisse häufig zu Irritationen in der Kommunikation mit Ärzten, medizinischem Fachpersonal und anderen therapeutischen und pflegenden Berufsgruppen, aber auch Familien, Kollegen, Kostenträgern (Misstrauen, Kränkungen, Behandlungsabbrüche). Individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse sollten daher spätestens bei Persistenz der Beschwerden über einige Wochen bewusst wahrgenommen und sowohl im Umgang mit den Patienten als auch bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden (*siehe Empfehlung 7*).

Persönlichkeit: Betroffene weisen beispielsweise tendenziell (aber längst nicht notwendigerweise!) depressive und ängstliche Symptome (z. B. Freudlosigkeit, Rückzug, Nervosität), Alexithymie und andere Affektregulationsschwierigkeiten (Schwierigkeiten beim Wahrnehmen, Ausdrücken und Regulieren von Gefühlen), negative Affektivität (negatives Selbstbild, Neigung zu „negativen“ Gefühlen und Interpretationen), katastrophisierendes Denken (Neigung zu negativen und katastrophisierenden

Interpretationen), einen unsicheren Bindungsstil (anklammerndes, ängstliches, vermeidendes, zurückweisendes oder verstricktes Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen) und eine hohe Identifikation mit der Krankenrolle bzw. typisches Krankheitsverhalten auf („illness behaviour“, z. B. Beobachtung des eigenen Körpers oder betonter Ausdruck von Beschwerden) (z. B. Henningsen et al. 2003; Waller und Scheidt, 2006; Duddu et al., 2006; Klaus et al., 2015; Pfeifer et al., 2016; Koelen et al., 2016, Frølund Pedersen et al., 2016). Als Gründe dafür vermutet man zum kleineren Teil genetische Ursachen, überwiegend aber negative Lernerfahrungen bis hin zu einer erhöhten Rate an (Früh-)Traumatisierungen (Tak et al., 2015; Häuser et al., 2015; Burke et al. 2017). Allerdings können „schwierige“ Verhaltensweisen von Patienten auch Reaktionen auf negative Vorerfahrungen im Gesundheitswesen darstellen, z. B. wenn sich bisherige Behandler unangemessen interesselos oder stigmatisierend verhalten haben („Sie haben nichts“, „Einbildung“, „Hysterie“, „Morbus Bosphorus“). Patienten können dann (nachvollziehbarerweise) mit Ärger, Frust, Behandlerwechsel oder einer Verdeutlichungstendenz (Überbetonung der Beschwerden und dadurch bedingte Beeinträchtigungen) reagieren (*siehe auch Empfehlung 11*).

Geschlecht: Frauen sind sowohl in klinischen Populationen als auch in der Bevölkerung mindestens doppelt so häufig von funktionellen Körperbeschwerden, funktionellen Syndromen und somatoformen Störungen betroffen wie Männer; bei Hypochondrie ist der Unterschied am geringsten ausgeprägt (olde Hartman et al., 2009; Wittchen et al. 2011; Jacobi et al., 2014; Wolfe et al., 2013; Faro et al., 2016). Dafür werden teils biologische (z. B. Hormonabhängigkeit der Schmerzschwelle), überwiegend aber soziokulturelle Gründe (einschließlich unterschiedlicher Rollenerwartungen, höherer Traumatisierungsraten von Frauen und eines niedrigeren Inanspruchnahmeverhaltens von Männern) ins Feld geführt (zusammengefasst bei Hausteiner-Wiehle et al., 2011). Allerdings wird für die Prävalenz von Fibromyalgie in der Bevölkerung ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angegeben, wohingegen in klinischen Populationen Frauen mit rund 80% besonders stark überwiegen (Wolfe et al., 2013). Das mag auch daran liegen, dass funktionelle Körperbeschwerden möglicherweise bei Frauen eher über, bei Männern eher unterdiagnostiziert werden (Frantsve und Kerns 2007; Hausteiner-Wiehle et al., 2011;). Und schließlich spielt in der Versorgung funktioneller Körperbeschwerden auch das Geschlecht des Arztes eine gewisse Rolle; z. B. werden Erklärungsmodelle am häufigsten zurückgewiesen, wenn Patientinnen auf männliche Ärzte treffen. (Frantsve und Kerns 2007; Hausteiner-Wiehle et al., 2011; Faro et al., 2016). Insgesamt wären mehr geschlechtsspezifische Daten wünschenswert, aus Sicht von Männern, Frauen sowie Transgender-Personen, sowie spezielle Therapieangebote.

Kinder und Jugendliche: Erwachsene mit funktionellen Körperbeschwerden sollten auch deshalb eine gute Behandlung erfahren, damit die Erkrankungswahrscheinlichkeit ihrer Kinder sinkt. Ein Drittel bis ein Fünftel von Kindern und Jugendlichen leiden zumindest zeitweise unter funktionellen Beschwerden, die relativ stabile Prävalenz somatoformer Störungen liegt um 10%. Als Symptomatik finden sich bei Kleinkindern am häufigsten Bauchschmerzen, bei Schulkindern und Jugendlichen Kopfschmerzen vor Bauch- und Gliederschmerzen. Daneben gibt es Symptome wie muskuloskelettale Schmerzen,

Synkopen, Hyperventilation oder neurologische Symptome. Die Prognose bei Kindern und Jugendlichen scheint nach bisherigen Studien im Vergleich zum Erwachsenenalter bei adäquater Behandlung etwas günstiger zu sein, es liegen aber kaum Langzeitdaten vor. (Essau et al., 2000; Lieb et al., 2000 und 2002; Eminson 2007; Schulte und Petermann 2011; Kouijzer et al., 2013). Ein hohes Risiko für eine intergenerationelle Transmission von dysfunktionalen Gesundheitsüberzeugungen und Somatisierungsstörungen von Eltern auf ihre Kinder gilt als belegt (Craig et al. 2002, Craig et. al. 2004, Hotopf 2004, Marshall et al. 2007, van Tilburg et al. 2015). Eine Assoziation von funktionellen Körperbeschwerden bei Eltern und dem Auftreten dieser Störungen bei ihren Kindern wurde von Shraim et al. (2013) in einem systematischen Review beschrieben. Bei Eltern mit funktionellen Körperbeschwerden kann es daher sinnvoll sein, diese hinsichtlich möglicher Auswirkungen ihrer Beschwerden auf die Kinder aufzuklären (Psychoedukation), um das Risiko einer Weitergabe ungünstiger gesundheitsbezogener Einstellungen und Rollenmodelle zu minimieren (*siehe Empfehlung 24*).

Kinder und Jugendliche stellen keine Zielgruppe dieser Leitlinie dar. Erwachsene Patienten mit Kindern sollten jedoch befragt werden, ob die Kinder ebenfalls Symptome zeigen. In diesem Fall ist es sinnvoll, diese an Kolleg(inn)en mit der entsprechenden Fachexpertise (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zu überweisen, damit eine spezifische und umfassende entwicklungsphasen- sowie familien- und umfeldfokussierte Diagnostik eingeleitet wird, die z. B. auch den Blick auf Kindergarten und Schule einschließt. Auch eine Therapie findet bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten Setting unter Einschluss des familiären Systems und Lebensumfelds, ggf. auch eines bestehenden Helfersystems statt. Die Behandlung sollte Spezialist(inn)en mit entsprechender entwicklungspsychologischen Expertise vorbehalten sein und, wo sinnvoll, interdisziplinär erfolgen (s.o.). Der Rahmen für Diagnostik und Therapie ist abhängig von der Schwere und Dauer der Symptomatik, einer ggf. eingetretenen oder drohenden Teilhabebeeinträchtigung sowie dem Verlauf ambulant oder (teil-)stationär.

Ältere Menschen: Körperliche Beschwerden generell (ohne nähere Spezifizierung, ob somatisch hinreichend erklärbar) nehmen analog zum Anstieg körperliche Erkrankungen, Behinderungen und Medikation im Alter in der Bevölkerung zu (z. B. Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996). Auch „unerklärte“, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (v.a. Schmerzen), erfasst mit Selbstauskunftsskalen, zeigen diesen Trend, wobei es hinsichtlich der Häufigkeit durchaus widersprüchliche Ergebnisse gibt (Übersichten bei Schneider und Heuft, 2011; Hilderink et al., 2013). In einigen Studien wurden somatoforme Störungen im engeren Sinne erhoben, wenngleich mit unterschiedlichen Methoden (Fragebogen oder strukturierte Interviews, teils bevölkerungsrepräsentativ, teils in der Primär- und Sekundärversorgung), mit im Alter eher abnehmenden Häufigkeiten (Schneider und Heuft, 2011; Hilderink, Collard et al. 2013,). Die 12-Monats-Prävalenz kriteriengemäß ausgeprägter somatoformer Störungen scheint bei Personen über 65 Jahren bei 4,1%, die Lebenszeitprävalenz bei 7,5% zu liegen (Andreas et al., 2017). Bei älteren Patienten kann allerdings die diagnostische Abgrenzung funktioneller Körperbeschwerden aufgrund von normalen oder vermeintlich normalen

Alterserscheinungen, Multimorbidität und einer Multimedikation erschwert sein (Schneider und Heuft, 2011; Hilderink et al., 2013). Mehr Daten zu den Besonderheiten funktioneller Körperbeschwerden in den verschiedenen Lebensaltern und spezielle Therapieangebote für ältere Menschen wären wünschenswert.

Status/Herkunft/Kultur: Die Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten scheint ein Prädiktor für chronische Schmerzen verschiedener bzw. weitverbreiteter Lokalisation zu sein (Brekke et al. 2002; Saastamoinen et al. 2005; Häuser et al. 2009).

Erschöpfung/Neurasthenie scheint in Ländern mit höheren Einkommen häufiger als in ärmeren Ländern vorzukommen; für andere funktionelle und somatoforme Syndrome ist die prädisponierende und prognostische Bedeutung des sozioökonomischen Status ebenso wie weiterer soziodemographischer Merkmale wie Familienstand oder Beschäftigungsstatus letztlich nicht geklärt (Lieb et al., 2002; olde Hartman et al. 2009; Davies et al., 2009; Creed et al. 2011). Eine aktuelle holländische Studie fand einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Beschwerden und Life Events, nicht aber dem sozio-ökonomischen Status (Tak et al., 2015). Die Angabe mehrerer körperlicher Beschwerden („excessive symptom reporting“) scheint bei älteren, arbeitslosen, weniger gebildeten Menschen eher zuzunehmen (Ladwig et al., 2010). Eine abschließende Aussage zum Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und der Art und Häufigkeit funktioneller Beschwerden kann noch nicht getroffen werden.

Funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden kamen und kommen in allen Epochen und Kulturkreisen vor, offenbar ohne systematische Unterschiede in ihrer Gesamthäufigkeit (Gureje et al. 1997; Kirmayer und Young 1998). Was sich aber unterscheidet, sind einerseits die Art bzw. Lokalisation der Beschwerden (z. B. Erschöpfung versus Schmerzen) und andererseits die Erklärungsmodelle der Patienten, außerdem die Definitionen und Klassifikationen des jeweiligen Gesundheitssystems. Beispielsweise geben nicht-westliche, nicht-weiße (und nicht Mittelschichts-) Individuen eher somatische als psychische Beschwerden an, erleben sich weniger als Individuen sondern als Teil einer Kollektivgesellschaft, drücken ihre Beschwerden anders aus, schreiben ihnen andere, z. B. magisch-religiöse Bedeutungen zu und bewältigen sie anders; zum kleineren Teil werden auch biologische Unterschiede (z. B. Schmerzschwelle) berichtet (Gureje et al. 1997; Kirmayer und Young 1998; Lee et al. 2000; Watson et al. 2005; Karasz et al. 2007; Kizilhan 2009; Erim und Glier 2011; Ma-Kellams 2014; Kizilhan 2016). Sogenannte „kulturgebundene“ Syndrome („culture-bound syndromes“) treten nur in bestimmten Kulturkreisen auf; ihre Beschwerdevielfalt zeigt auch die Problematik konkreter Symptomlisten zur Diagnose somatoformer Störungen auf (z. B. Tseng 2006). Auch spezielle „funktionelle Syndrome“, wie die Multiple Chemikaliensensitivität oder die „Amalgamempfindlichkeit“ scheinen in bestimmten (westlichen) Ländern häufiger als in anderen aufzutreten (Hausteiner et al. 2005). Rückenschmerzen werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Beschwerden deutlich häufiger und insgesamt etwa doppelt so häufig wie in Großbritannien beklagt, und zwar unabhängig von anderen Risikofaktoren (Raspe et al. 2004).

Trotz der interkulturell ähnlichen Häufigkeit treten funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (v.a. Schmerzen) bei Menschen mit Migrationserfahrung und Migrationshintergrund (einschließlich Angehörige ethnischer Minderheiten, deren Familien seit mehreren Generationen im Land sind), v.a. aber bei Geflüchteten und Asylsuchenden überzufällig häufig auf, wahrscheinlich teilweise aufgrund kultureller Unterschiede, vor allem aber aufgrund verstärkter psychosozialer Herausforderungen und Stressoren (Kommunikationsprobleme, Fremdheit, Integration, Diskriminierung, Migration, Flucht, Traumata, körperliche Erkrankungen) (Kirkcaldy et al. 2006; Dinos et al. 2009; van den Berg et al. 2009; van der Meulen et al. 2009; Schouten et al., 2009; Erim und Glier 2011; Rohlof et al., 2014; Kizilhan 2016; Morina et al., 2018; Dingoyan et al., 2017). Erste Vorschläge für eine bessere psychiatrisch-psychosomatische Versorgung der steigenden Anzahl von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland gibt es bereits (Zollmann et al., 2016; Schneider et al., 2017; Joksimovic und Kruse, 2017). Dabei ist aber auch auf die große (genetische, biografische, soziale, ökonomische und kulturelle) Heterogenität von Menschen mit Migrationshintergrund zu achten: Beispielsweise gibt es auch das Phänomen, dass junge und gesunde, vor allem offiziell geförderte Arbeitsmigranten überdurchschnittlich gesund sind (Positivselektion; „healthy migrant effect“); in späteren Lebensjahren kommt es aber durch Lebens- und Arbeitsbedingungen zu einer höheren Morbidität im Vergleich zur autochtonen Bevölkerung (Kirkcaldy et al. 2006; Knipper und Bilgin 2010).

Auch wenn belastende körperliche Beschwerden in bestimmten Konstellationen häufiger auftreten und daher individuelle Unterschiede bzgl. Erkrankungsrisiko, Prognose und Therapiebedürfnissen beachtet werden müssen: Umkehrschlüsse, dass etwa bei ängstlich-anklammernden Personen, Frauen oder Migranten vorschnell von einer funktionellen Genese ausgegangen wird, dagegen bei souveränen Personen, Männern, oder Nicht-Migranten nicht, sind nicht gerechtfertigt und können potenziell gefährlich sein.

8. Wohlüberlegt untersuchen und anordnen:

(„choose wisely“)

KKP Gehen Sie bei der weiteren apparativen und laborchemischen Diagnostik systematisch (im Hinblick auf Indikation, Nutzen und Risiken wohlüberlegt und gezielt), gestuft und nicht redundant vor. Ziel ist *nicht*, für alle Beschwerden eindeutige Ursachen zu benennen (das kann auch die moderne Medizin nicht immer), sondern abwendbar gefährliche Verläufe (z. B. Karzinom, Suizidalität) auszuschließen und Handlungsbedarf zu erkennen (**Konsens**).

KKP Wiederholen Sie klinisch-körperliche Untersuchungen ggf. in regelmäßigen Abständen, auch um Warnzeichen für körperliche Erkrankungen oder evtl. Folgeschäden vorausgegangener Passivierung oder Fehlbehandlungen zu erkennen (**starker Konsens**).

KKP Vermeiden Sie wiederholte, vor allem invasive technische Zusatzuntersuchungen, wenn sie hauptsächlich dazu dienen sollen, den Patienten oder auch Sie selbst zu beruhigen (**starker Konsens**).

Gehen Sie bei der weiteren apparativen und laborchemischen Diagnostik systematisch (im Hinblick auf Indikation, Nutzen und Risiken wohlüberlegt und gezielt), gestuft und nicht redundant vor. Ziel ist *nicht*, für alle Beschwerden eindeutige Ursachen zu benennen (das kann auch die moderne Medizin nicht immer), sondern abwendbar gefährliche Verläufe (z. B. Karzinom, Suizidalität) auszuschließen und Handlungsbedarf zu erkennen. Wiederholen Sie klinisch-körperliche Untersuchungen ggf. in regelmäßigen Abständen, auch um Warnzeichen für körperliche Erkrankungen oder evtl. Folgeschäden vorausgegangener Passivierung oder Fehlbehandlungen zu erkennen.

Der Umgang mit (somatischer) Diagnostik muss bei Verdacht auf funktionelle Körperbeschwerden besonders gut reflektiert erfolgen:

- Viele Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden wünschen sich Gewissheit durch weiterführende Untersuchungen bzw. Überweisungen zu anderen Fachdisziplinen (Kravitz et al. 2003, van der Weijden et al. 2003, Peck, Ubel et al. 2004, van Bokhoven et al. 2006) (*siehe auch Empfehlung 7*).
- Ärzte haben oft das Gefühl, von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden kontrolliert und in Hinblick auf weitere Diagnostik und entsprechende Überweisungen unter Druck gesetzt zu werden (Peters et al. 1998, Chew-Graham und May 1999, Wileman et al. 2002) (*siehe auch Empfehlung 7*).
- Untersuchungen führen aber nicht zwangsläufig zu einer Beruhigung, zu einer Reduktion von Angst bzw. zu einer höheren Zufriedenheit (van Bokhoven et al. 2009, Rolfe und Burton 2013) (*siehe auch Empfehlung 5*).
- Meistens geht die Initiative für somatische Diagnostik von Ärzten aus (Ring et al. 2004, Warner et al. 2017).
- Diagnostik kann aber aufgrund falsch-positiver und auch falsch-negativer Befunde oder direkter Komplikationen (z. B. Strahlenbelastung, Kontrastmittelreaktion, Infektion, Perforation) dem Patienten erheblich schaden (Kouyanou et al. 1997, van Bokhoven et al. 2012) (*siehe auch Empfehlung 24*).
- Mit einer Überdiagnostik ist auch die Gefahr der Überbewertung oder Fehlinterpretation von unspezifischen somatischen Befunden, Zufalls-/Bagatell-/Teilbefunden (z. B. im Kernspin) und Normvarianten verbunden (Schiltenswolf 2006) (*siehe auch Empfehlung 24*).
- Die daraus entstehenden ökonomischen Folgen für das Gesundheitssystem sind enorm (Reid et al. 2002, Bermingham et al. 2010, Cassel und Guest 2012).
- Eine langwierige, rein organische Ausschlussdiagnostik kann zur somatischen Fixierung des Patienten führen, die ein späteres Thematisieren psychosozialer

Faktoren erschwert (Brett et al. 2012, Hausteiner-Wiehle et al. 2012, Mann und Wilson 2013, Kroenke 2014).

Die Diagnostik sollte daher systematisch, im Hinblick auf Indikation, Nutzen und Risiken wohlüberlegt und gezielt erfolgen, dabei gestuft, nicht redundant und verantwortlich begrenzt. Die erhobenen Befunde sollen klug interpretiert und schließlich auch mit dem Patienten entängstigend besprochen werden (Girolodi et al. 2014) (*siehe Empfehlungen 9 und 11*). Das wesentliche Ziel der Diagnostik ist das Erkennen behandlungsbedürftiger Erkrankungen, vor allem abwendbar gefährlicher Verläufe. In der Regel gelten hier die Leitlinien- Empfehlungen zur Basisdiagnostik bei bestimmten Beschwerden oder Beschwerdekomplessen bzw. Syndromen ([🔗 verwandte Leitlinien](#)).

Allerdings gibt es in der Praxis oft andere Gründe für die Veranlassung von Untersuchungen, unter anderem die persönliche Praxis-Routine, empfundener Zeitdruck, Schwierigkeiten, diagnostische Unsicherheit auszuhalten, juristische Absicherung, Wunsch des Patienten sowie andere persönliche (taktische) Überlegungen (Epstein und McNeil 1986, Hartley et al. 1987, van der Weijden et al. 2002, van Bokhoven et al. 2012, Rolfe und Burton 2013). Vielen dieser Motive gemein ist dennoch die meist von Arzt und Patient geteilte (nachvollziehbare) Sorge bzw. Angst, eine (schwerwiegende) organische Ursache für die Beschwerdesymptomatik zu übersehen.

Bei der Diagnostik von funktionellen Körperbeschwerden zeigen Daten aus Holland, dass in 8,8% der Fälle, in denen Patienten mit einer Vordiagnose von funktionellen Körperbeschwerden genauer nachuntersucht wurden, diese Diagnose korrigiert werden musste. In Verlaufsuntersuchungen zeigte sich allerdings, dass sich nur in 0,5% der Fälle, in denen die Diagnose funktioneller Körperbeschwerden sorgfältig geprüft vergeben wurde, diese sich als falsch herausstelle (Eikelboom et al. 2016, Henningsen 2018b) (*siehe auch Empfehlung 10*).

Es ist sinnvoll, vor allem, wenn im Verlauf der Behandlung neue Beschwerden auftreten oder die vorhandenen Beschwerden eine relevante Veränderung/Verschlechterung zeigen, die „funktionelle Diagnose“ der Beschwerden kritisch zu hinterfragen, eine erneute körperliche Untersuchung durchzuführen und durch eine (wiederum sinnvolle) Labor- oder apparative Diagnostik bzw. durch Hinzuziehen anderer Fachkollegen zu ergänzen (Olde Hartman et al. 2013). (Wiederholte) körperliche Untersuchungen dienen dem Erkennen von Befundänderungen (einschließlich körperlicher Folgeschäden wie Fixierung von Fehlhaltungen, Kontrakturen, Muskelabbau, starke Gewichtsab-, bzw. zunahme, aber auch Warnzeichen evtl. neu auftretender Krankheiten) sowie der Beruhigung des Patienten und der Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung ([🔗 KE 1](#)). Außerdem sind sie kostengünstig.

Vermeiden Sie wiederholte, vor allem invasive technische Zusatzuntersuchungen, wenn sie hauptsächlich dazu dienen sollen, den Patienten oder auch Sie selbst zu beruhigen.

Um Ärzte in diesem Spannungsfeld für das Thema zu sensibilisieren und entsprechend zu unterstützen, aber auch, um begrenzte Mittel in der Solidargemeinschaft sinnvoll einzusetzen, wurde 2012 in den USA von der ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine) die „Choosing Wisely“-Initiative gegründet (<http://www.choosingwisely.org>). Hintergrund der Initiative ist es, Patienten wie auch Behandler über die Thematik einer evidenzbasierten und rationalen diagnostischen Entscheidungsfindung zu informieren und zu einer verbesserten Kommunikation untereinander zu ermutigen, mit dem Ziel, unnötige Diagnostik und Behandlungen im Gesundheitssystem zu verhindern. Im Rahmen der Initiative wurde eine Kategorie geschaffen mit dem Namen „Five things physicians and patients should question“. Die teilnehmenden Fachgesellschaften wurden hierfür gebeten jeweils eine Liste mit mindestens fünf, in der jeweiligen Fachdisziplin häufig vorkommenden Untersuchungen, Therapieangeboten oder anderen Leistungen zu erstellen und deren Nutzen evidenzbasiert zu reevaluieren (z. B. Verschreibung von Antibiotika und Opiaten, Anordnung von Bildgebung). Die entsprechenden Empfehlungen der Fachgesellschaften sind der Allgemeinheit kostenfrei im Internet über die Initiative zur (intendierten Diskussion zur) Verfügung gestellt (<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/> bzw. <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/01/Choosing-Wisely-Recommendations.pdf>) (Cassel und Guest 2012, ABIM Foundation 2017). Im Rahmen der „Choosing wisely“-Initiative wurde eine Telefonbefragung von 900 US-amerikanischen Allgemeinärzten und Spezialisten durchgeführt. Es zeigte sich, dass der Mehrheit der Ärzte die Problematik einer unnötigen Diagnostik und Therapie bekannt war (73%), und diese sich bewusst darüber waren, ihre Patienten vor unnötigen Untersuchungen (und auch Therapien) schützen zu müssen (66%). Obwohl die Mehrheit der befragten Behandler (70%) der Meinung war, dass die meisten Patienten nach Aufklärung über eine als unnötige erachtete Diagnostik die Untersuchung nicht mehr machen lassen wollten, gaben dennoch mehr als die Hälfte (53%) der befragten Ärzte an, nicht indizierte Untersuchungen zu veranlassen, wenn der Patient auf diese bestehe. Von den befragten Behandlern gaben zudem 47% an, dass Ihre Patienten mindestens einmal pro Woche nach einer weiterführenden Diagnostik fragten und 72% der Ärzte gaben an, dass ein „normaler“ Arzt mindestens einmal in der Woche eine unnötige Untersuchung veranlasst (ABIM Foundation 2014).

Auch in nationalen und internationalen Leitlinien (zu noch nicht näher bezeichneten Beschwerden, zu funktionellen Beschwerden oder Syndromen, aber auch zu differenzialdiagnostisch relevanten Erkrankungen) wird versucht, sich dem Thema einer rationalen Diagnostik evidenzbasiert zu nähern und durch entsprechende Empfehlungen Entscheidungshilfen für den klinischen Alltag zur Verfügung zu stellen (zum Beispiel: National Guideline Clearinghouse 2011, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2017, S3-Leitlinie Fibromyalgie, 2017).

Um sich schnell und übersichtlich evidenzbasierte Informationen über diagnostische Tests und Untersuchungen zu verschaffen, wurden zudem in den letzten Jahren vermehrt

sogenannte Faktenboxen („Fact boxes“) entwickelt. Diese stellen, sowohl für Behandler aus auch für Patienten verständlich, wissenschaftliche Ergebnisse zu Nutzen, Risiken, Schaden und Nebenwirkungen anschaulich und graphisch aufgearbeitet dar (z. B. <https://www.harding-center.mpg.de/en/health-information/fact-boxes> oder <https://www.aok.de/inhalt/faktenboxen-gesundheit/>) (AOK Bundesverband, Max-Planck-Gesellschaft, Gigerenzer und Kolpatzik 2017).

Zusammenfassend ist eine angemessene Organdiagnostik, ggf. auch (fach-)spezifische Diagnostik, bei entsprechender Beschwerde- bzw. Symptomkonstellation zum Erkennen/Ausschließen einer zugrundeliegenden organischen Pathologie, zum Erkennen von abwendbar gefährlichen Verläufen, zur differentialdiagnostischen Einordnung der Symptome und zur Identifikation von Komorbiditäten *immer notwendig* (Hinson und Haren 2006, Stone 2009, Stone und Carson 2011, Mann und Wilson 2013, Evens et al. 2015, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2017). Auf medizinisch notwendige und sinnvolle Untersuchungen sollte nicht verzichtet, aber ein geeignetes diagnostisches Prozedere mit Zurückhaltung und Bedacht durchgeführt werden, um Schaden für den Patienten durch übersehene Erkrankungen, aber auch durch Ängstigung und Untersuchungsrisiken zu vermeiden („Primum non nocere“). Die Herausforderung für Ärzte bei der Behandlung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden (und damit auch die Kunst) ist es folglich, eine Balance zu finden zwischen einer angemessenen Diagnostik mit (für Arzt und Patient) zufriedenstellender Erklärbarkeit der Beschwerden und einer entsprechender Beruhigung des Patienten (und oftmals auch des Arztes selbst) (Salmon et al. 2004, Hatcher und Arroll 2008; van Bokhoven et al. 2009, Evens et al. 2015)) (*siehe auch Empfehlung 3*). Daher ist gute somatische Kompetenz, ggf. über entsprechende Kooperation, ein zwingender Bestandteil im kompetenten Umgang mit funktionellen Körperbeschwerden.

9. Untersuchungen besprechen:

(„frame investigations“)

- KKP** Kündigen Sie ggf. notwendige Untersuchungen beruhigend an. Verweisen Sie, wenn angebracht, schon im Vorfeld auf die hohe Wahrscheinlichkeit eines altersentsprechenden Normalbefundes (**starker Konsens**).
- KKP** Erklären Sie ggf., warum bestimmte Untersuchungen NICHT notwendig sind (**starker Konsens**).
- KKP** Ordnen Sie (auch von auswärts mitgebrachte) frühere Befunde, Zufalls- oder Bagatellbefunde ohne weitere diagnostische oder therapeutische Bedeutung normalisierend ein (**starker Konsens**).
- KKP** Bei mehreren Untersuchungen, die sich über längere Zeit erstrecken, können zwischenzeitliche „Bilanzierungsgespräche“ sinnvoll sein, die die bisherigen Untersuchungen zusammenfassen und bewerten (**starker Konsens**).
- KKP** Besprechen Sie erhaltene Befunde (Laborwerte, Röntgenbilder etc.) in laiengerechter Sprache, mit Formulierungen, die die Patienten beruhigen,

informieren und motivieren, anstatt zu riskieren, sie zu verwirren und zu ängstigen. Stellen Sie durch Rückfragen sicher, dass die Informationen korrekt verstanden wurden (**starker Konsens**).



Nutzen Sie sowohl bei der Ankündigung als auch bei der Besprechung von Untersuchungen geeignetes Informationsmaterial, mit dem z. B. ein EKG oder eine Darmspiegelung in Bildern, in einfacher Sprache, ggf. auch in einer Fremdsprache erklärt werden (**starker Konsens**).

Falls technisch-apparative Untersuchungen oder Eingriffe indiziert sind, ist es wichtig, diese rechtzeitig, transparent und Angst mindernd mit dem Patienten (und gegebenenfalls auch mit Mitbehandlern) (vor-)zubesprechen). Auch die spätere Interpretation von Untersuchungsergebnissen sollte beruhigend, nicht ängstigend erfolgen (Widder et al. 2007; Burton et al., 2015). Dabei sollten insbesondere Normvarianten, Bagatellbefunde und psychophysiologische Körperreaktionen (z. B. Zittern und Schwitzen bei Angst) klar von krankheitsspezifischen oder weitere Untersuchungen erfordernden Befunden abgegrenzt und dem Patienten auch entsprechend erläutert werden.

Bei Patienten mit dissoziativen Anfällen führte beispielsweise eine standardisierte Anfallsabklärung mit engmaschigem Feedback über die beruhigenden Ergebnisse an die Patienten zur Anfallsreduktion und zu verbesserter Stimmung (Drane et al., 2016). Bei Patienten mit Herzbeschwerden besserte die ausführliche Erklärung einer Untersuchung mit Erläuterung der Bedeutung wahrscheinlich unauffälliger Ergebnisse sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die Beschwerden selbst (!) nachhaltig; teilweise konnte dieser Effekt sowohl durch Beratung als auch durch eine Informationsbroschüre erreicht werden (Petrie et al. 2007; Arnold et al., 2009; Hicks et al., 2014; *siehe auch Empfehlung 11*).

Die hohe Wertigkeit von beruhigenden Informationen bzw. beruhigend und motivierend dargebrachten Inhalten spiegelt sich auch in den negativen Auswirkungen von beängstigend formulierten Nocebobotschaften im Vergleich zu positiv formulierten Motivations-, wenn man so will „Placebo“-botschaften wider (Häuser et al., 2012, Arnold et al., 2014, Greville-Harris und Dieppe 2015). Dabei sollten insbesondere positive, entkatastrophisierende Formulierungen gewählt werden (z. B. „Ihr Herz schlägt kraftvoll und regelmäßig - das EKG ist völlig in Ordnung“). Mehrmals zwischendurch und vor allem am Ende des Gesprächs soll sichergestellt werden, dass die Patientin alles verstanden hat (*siehe auch Empfehlung 7 und [KE 6](#)*). Technische Untersuchungen selbst hingegen können Patienten kaum oder nur kurz beruhigen - sie tragen allenfalls zur Beruhigung der Ärzte bei (van Ravensteijn et al., 2012; Rolfe und Burton, 2013; Kroenke, 2013; Petrie und Sheriff, 2014).

Als nützliche Strategien zur Befund- und auch zur Diagnosemitteilung (*siehe auch Empfehlungen 3 und 11*) wurden die „Normalisierung mit effektiver Erklärung“ bzw. die „rationale Erklärung“ vorgeschlagen, die dem Patienten erfahrbare

Beschwerdemechanismen vermitteln, die auf seinen Sorgen gründen und sowohl körperliche als auch psychobehaviourale Faktoren erklärend miteinander verbinden (Dowrick et al., 2004; Holt et al., 2015; Burton et al., 2015). Befundmitteilungen sollten ebenfalls sowohl affektiv (Empathie) als auch kognitiv (Sachinformationen) rückversichernd wirken (Pincus et al., 2013; Hasenbring und Pincus, 2015; Burton et al. 2015). Normalisierung ohne Erklärungen (Betonung des negativen Untersuchungsbefundes mit Verneinung einer Erkrankung, nur rudimentäre Beruhigung), Normalisierung mit ineffektiven Erklärungen (Erläuterung körperlicher Mechanismen, aber unverbunden mit den Sorgen des Patienten), zurückweisende Erklärungen (die die Realität der Beschwerden nicht anerkennen und ihre „Einbildung“ suggerieren), kollusive Erklärungen (die lediglich eine unkritische Zustimmung des Behandlers zum Erklärungsmodell des Patienten darstellen), rein psychosomatische Erklärungen (die den Ursprung der Beschwerden rein in Problemen oder Konflikten verorten) sowie rein biomedizinische Erklärungen (die sich oft nur auf Zufalls- oder Bagatellbefunde stützen, keine adäquate biomedizinische Therapie rechtfertigen und zur Vernachlässigung psychosozialer Einflussfaktoren führen) wurden als ungünstig identifiziert (Salmon et al. 1999; Dowrick et al., 2004; Holt et al., 2015; Burton et al., 2015). Negative, rein auf Akzeptanz abzielende Aussagen („Damit müssen Sie sich abfinden. „Man weiß nicht, was es ist, muss aber auch nichts tun.“) missachten zumindest bei komplizierten Verläufen den Leidensdruck der Betroffenen und eignen sich allenfalls bei leichten Befindlichkeitsstörungen, deren benignen Spontanverlauf so gut wie sicher ist (Burton et al., 2015). Bei der Verwendung von Informationsmaterialien sollte darauf geachtet werden, dass viele Menschen "funktionale Analphabeten" sind und nur wenig Leseverständnis aufweisen. Das gilt nicht nur für Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen. Abhilfe können - abgesehen von der eigenen Kreativität (Zeichensprache!) und Dolmetschern - z. B. auch Erklär-Videos oder Bilderbücher für Kinder und Analphabeten schaffen (*siehe auch Empfehlung 11*).

Insbesondere bei chronischen Verläufen können regelmäßige „Bilanzierungsdialoge“ („Status consultations“) durchgeführt werden (Vedsted et al., 2002; Fink et al. 2002; Bahrs 2007). Sie erleichtern die Strukturierung der Langzeitversorgung von Patienten mit funktionellen und Körperbeschwerden und anderen chronischen Gesundheitsproblemen. Bilanzierungsdialoge benötigen einen eigenen Rahmen, d.h. die Routinesituation sollte gezielt verlassen werden, um analog zum Erstgespräch Chancen zur Neuorientierung zu suchen.

10. Krankheitswert und diagnostische Zuordnung(en) klären:

(„clarify severity and diagnosis“)

- KKP** Dokumentieren Sie - auch zur Verlaufsbeobachtung für sich selbst und andere Behandler - wichtige Befunde für ein möglichst klares Bild relevanter Problembereiche einschließlich psychosozialer Kontextfaktoren (**starker Konsens**).
- KKP** Achten Sie dabei insbesondere auf (neue) Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe oder ein Chronifizierungsrisiko ([🔗 KE 7](#)) und leiten Sie daraus eventuellen

Handlungsbedarf ab (**starker Konsens**).

- KKP** Achten Sie auch auf günstige Prognosefaktoren und leiten Sie daraus geeignete therapeutische Anknüpfungspunkte ab ([☞ KE 7](#)) (**starker Konsens**).
- KKP** Prüfen Sie Ihr eigenes Erklärungsmodell für die Beschwerden, z. B. in Form einer Verdachtsdiagnose (**starker Konsens**).
- KKP** Beobachten Sie, wo Sie selbst noch diagnostische Bedenken oder Ängste haben, und wie begründet diese sind; denken Sie dabei an die hohe Wahrscheinlichkeit funktioneller Beschwerden und an die Möglichkeit des abwartenden Offenhaltens, ohne dass sofort Gefahr droht (**starker Konsens**).
- KKP** Prüfen Sie, inwiefern die Kriterien einer spezifischen funktionellen oder somatoformen Störung erfüllt sind, Krankheitswert und Handlungsbedarf bestehen ([☞ KE 8](#)) (**starker Konsens**).
- KKP** Achten Sie dabei auf mögliche körperliche und psychische Komorbiditäten und vergeben Sie ggf. mehrere Diagnosen (**starker Konsens**).
- KKP** Falls keine eindeutige Diagnose besteht, wählen Sie Symptom („R“- oder Inanspruchnahme („Z“- Verschlüsselungen (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, psychosoziale Umstände) anstatt Verlegenheitsdiagnosen ([☞ KE 8](#)) (**starker Konsens**).

Dokumentieren Sie - auch zur Verlaufsbeobachtung für sich selbst und andere Behandler - wichtige Befunde für ein möglichst klares Bild relevanter Problembereiche einschließlich psychosozialer Kontextfaktoren. Achten Sie dabei insbesondere auf Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe oder ein Chronifizierungsrisiko ([☞ KE 7](#)) und leiten Sie daraus eventuellen Handlungsbedarf ab. Achten Sie auch auf günstige Prognosefaktoren und leiten Sie daraus geeignete therapeutische Anknüpfungspunkte ab.

Um sich ein Bild über den Schweregrad der Beschwerden zu machen und ggf. geeignete Maßnahmen einzuleiten, sollten zunächst die zusammengetragenen (subjektiven) Beschwerden und Problembereiche ebenso wie die (objektiven) Symptome ggf. in Gruppen sortiert (z. B. gastrointestinal, kardiovaskulär, neurologisch, psychopathologisch, psychosozial etc.) und den objektiv erhobenen körperlichen Befunden gegenübergestellt werden (Braun, Mader et al. 2005; Smith und Dwamena et al., 2007; Hatcher and Arroll 2008). Für die allgemeine Einordnung von Beschwerden hat sich in der Allgemeinmedizin die sogenannte „programmierte Diagnostik“ durchgesetzt. Hierbei unterscheidet man im diagnostischen Prozess eine Beschwerde-Klassifizierung nach Symptomen, Symptomgruppen, Krankheitsbildern und nach Diagnosen (Braun, Mader et al. 2005). Dabei sollte - nach der Logik der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; zugänglich über die DIMDI-Webseiten) zumindest orientierend auch das resultierende Teilhabe- und Funktionsniveau eingeschätzt werden (subjektiv: „Wie viel Prozent von Ihrer üblichen Leistungsfähigkeit haben Sie zur Zeit?“ und objektiv in Bezug

auf Teilhabe, Bewegungsradius, Arbeitsfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens). Objektive Beschreibungen sowohl des körperlichen als auch des psychischen Befundes zusammen mit inzwischen vorliegenden laborchemischen oder apparativen Untersuchungen können mit den subjektiven Angaben des Patienten übereinstimmen oder diskrepant dazu sein - beide Aspekte sind jedoch für die Einschätzung des Krankheitswerts und zur Verlaufsbeurteilung wichtig und nicht zuletzt zur juristischen Absicherung gut zu dokumentieren.

Zwei Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- Warnhinweise auf einen möglicherweise gefährlichen Verlauf, meist verbunden mit unmittelbarem Handlungsbedarf;
- Kontextfaktoren, die den Verlauf der Beschwerden in negativer oder auch in positiver Weise beeinflussen können, also eine Chronifizierungsgefahr bzw. Gesundungschancen beinhalten.

Warnhinweise für abwendbar gefährliche Verläufe bezeichnet man üblicherweise als „**red flags**“ ([🔗 KE 7](#)). Jeder Arzt muss diese kennen. Bei funktionellen Körperbeschwerden soll insbesondere auf erhebliche körperliche Folgen von Schonung und Vermeidung ([🔗 KE 1 und 7](#)) sowie auf schwere psychische Belastung geachtet werden, bin hin zu Suizidgedanken oder -plänen. Darüberhinaus gelten natürlich die Warnhinweise für differenzialdiagnostisch relevante definierte organischen Erkrankungen (z. B. Probleme mit Stuhlgang und Wasserlassen bei Rückenschmerzen, Blut im Stuhl bei gastrointestinalen Beschwerden), die in dieser Leitlinie nicht umfassend aufgeführt werden können. Sie sind in den jeweiligen relevanten Leitlinien gut sichtbar aufgeführt ([🔗 verwandte Leitlinien](#)).

Kontextfaktoren, die den Beschwerdeverlauf positiv beeinflussen können, sind zum Beispiel individuelle Ressourcen, funktionale Bewältigungsstrategien oder eine günstige Konstellation im Umfeld des Patienten (Familie, Freunde, Arbeitsplatz), aber auch günstiges Arztverhalten („Schutzfaktoren“; [🔗 KE 7](#)). Man spricht hier von „**green flags**“. Kontextfaktoren, die den Beschwerdeverlauf negativ beeinflussen können, sind dementsprechend fehlende individuelle Ressourcen, dysfunktionale Bewältigungsstrategien oder ungünstige Umfeldbedingungen („Risiko“- oder „Chronifizierungsfaktoren“). Dazu gehört auch ungünstiges Arztverhalten, das zu einer „iatrogenen Somatisierung“ bzw. „iatrogenen Chronifizierung“ führen kann, indem z. B. Krankheitsbefürchtungen genährt oder passives Verhalten gefördert werden. Man nennt solche Faktoren „**yellow flags**“. (In der Nationalen Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ werden außerdem von den Beschäftigten subjektiv empfundene rückenstatische Belastungen am Arbeitsplatz als „**blue flags**“, objektivierbare ungünstige rückenstatische soziale Rahmenbedingungen seitens der Arbeitgeber bzw. der Versorgungssysteme oder objektiv messbare rückenstatische Arbeitsplatz-Faktoren als „**black flags**“ bezeichnet. Sie werden hier nicht gesondert aufgeführt).

Sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren (☞ KE 7) tragen entscheidend zum Krankheitswert bzw. Schweregrad und zur Prognose funktioneller Störungen bei (olde Hartmann et al., 2009; Henningsen et al. 2018b). Sie sind das Bindeglied zwischen Diagnostik und Therapie und sollten erfasst, bei der Schweregradeinschätzung berücksichtigt und je nachdem gefördert oder modifiziert werden (siehe detaillierte Empfehlungen zu Diagnostik oben und Therapie unten).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE (7) Schutz- und Risikofaktoren sowie Warnhinweise („green flags“, „yellow flags“, „red flags“)

SCHUTZFAKTOREN FÜR GÜNSTIGEN VERLAUF („GREEN FLAGS“)	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionale Gedanken und Einstellungen, z. B. positive Lebenseinstellung, Humor, Selbstbewusstsein • Aktive Bewältigungsstrategien, z. B. sportliche Betätigung, aber auch Genuss- und Entspannungsfähigkeit • Individuelle Ressourcen, z. B. Hobbies, soziales Engagement, berufliche Pläne • Keine oder geringe psychosoziale Belastung, z. B. stabile Bindungen, gute soziale Unterstützung, gute Lebens- und Arbeitsbedingungen • Keine psychische Komorbidität • Weitgehend erhaltene Funktionsfähigkeit, z. B. Berufstätigkeit oder Sozialkontakte • Tragfähige Arzt-Patient-Beziehung • Biopsychosozialer Behandlungsansatz mit Vermittlung von Zuversicht und positiven Bewältigungsstrategien, unter Vermeidung unnötiger Diagnostik und Therapie
INDIKATOREN/ RISIKOFAKTOREN FÜR SCHWEREREN VERLAUF („YELLOW FLAGS“)	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf) • Häufige bzw. anhaltende Beschwerden (ohne oder nur mit seltenen beschwerdefreien Intervallen) • Dysfunktionale Gedanken und Einstellungen z. B. Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Angst-Vermeidungs-Überzeugungen, hohe gesundheitsbezogene Angst • Passives, überaktives oder suppressives Verhalten, z. B. ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, beharrliche Arbeitsamkeit/ Durchhalte-Verhalten, hohes Inanspruchnahmeverhalten • Mäßige bis hohe psychosoziale einschliesslich berufs-/arbeitsplatzbezogene Belastung, z. B. Distress (negativer Stress), Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, Gefühl der Einsamkeit oder Über-/Unterforderung

	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Komorbidität (v.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Traumafolgestörungen) • Deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit, z. B. Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung • Behandler-Patient-Beziehung wird von beiden Seiten als „schwierig“ erlebt • „Iatrogene Somatisierung“ bzw. „Chronifizierung“ durch Noceboeffekte, Passivierung, unnötige Diagnostik und Therapie
WARNHINWEISE („RED FLAGS“)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstgefährdung bis hin zu Suizidalität (z. B. massive Mangelernährung/Untergewicht, schwere körperliche Folgeschäden von Schonung wie Kontrakturen, Selbstmordgedanken und -pläne) • Gefährdung durch Andere, z. B. durch Ärzte, meist durch fehlende oder ungeeignete Behandlungen (z. B. Vorenthaltung notwendiger Therapien körperlicher Begleiterkrankungen, Mangelsyndrome durch Ausleittherapien, hochriskante invasive Therapien wie nicht indizierte Operationen) • Besonders schwere psychische Komorbidität (z. B. völliger Rückzug bei Angststörungen oder Depressionen) • Warnsignale bekannter körperlicher Erkrankungen (z. B. Blut im Stuhl bei Magen-Darm-Beschwerden, B-Symptomatik bei Erschöpfung, Probleme mit Stuhlgang oder Wasserlassen bei Rückenschmerzen)

Exkurs:***Suizidalität bei funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden***

Suizidgedanken, latente und manifeste Suizidalität sind unterschätzte Risiken bei Patienten mit funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Natürlich steigt das Risiko stark mit der Beschwerdedauer, der Belastung durch die Beschwerden, und der Art und Anzahl von Komorbiditäten an - am gefährdetsten sind Patienten mit kriteriumsgemäß ausgeprägten funktionellen und somatoformen Störungen und mit psychischen, v.a. depressiven Begleiterkrankungen. Passive Todeswünsche kommen bei rund der Hälfte, konkrete Suizidgedanken bei rund einem Drittel der Patienten mit somatoformen Störungen vor; 13% - 18% haben in ihrem bisherigen Leben schon einen Selbstmordversuch verübt (Wiborg et al., 2013; Kämpfer et al., 2016; Guipponi et al., 2017). Auch bei Fibromyalgie scheint ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide zu bestehen (z. B. bevölkerungsbasierte Daten aus Taiwan zu Suizidalität bei Fibromyalgie von Lan et al., 2016; Metaanalyse über Suizidalität bei chronischen Schmerzen einschließlich unerklärter Schmerzen und Fibromyalgie von Calati et al., 2015). Beim Reizdarm-Syndrom besteht ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Suizidalität, aber ähnlich bzw. sogar etwas geringer als bei anderen chronischen abdominalen Schmerzen (Spiegel et al., 2007).

Um diese gefährlichste Komplikation bei funktionellen Körperbeschwerden nicht zu übersehen und die Patienten vor einem Suizid zu schützen, muss Suizidalität bedacht, mit Screeningfragen

(siehe auch KE 5) erfasst und in einem Gespräch überprüft und möglichst ausgelenkt werden. Zum Beispiel:

- *Haben Sie sich in der letzten Zeit manchmal gewünscht, lieber tot zu sein oder sich sogar selbst das Leben zu nehmen? Haben Sie dafür schon konkrete Pläne gemacht oder Vorkehrungen getroffen? Haben Sie jemandem davon erzählt; gibt es jemanden, mit dem Sie Ihre Sorgen teilen können? Gibt es etwas, worauf sie sich in naher Zukunft freuen?*
- *Viele Menschen haben in Krisensituationen solche Gedanken, aber es gibt immer einen Ausweg. Ich möchte Sie in drei Tagen noch einmal sehen - können Sie mir bis dahin versprechen, sich nichts anzutun? Und bei besonders traurigen Gedanken oder drängenden Selbstmordgedanken die Telefonseelsorge anzurufen bzw. sich in der psychiatrischen Klinik vorzustellen? Hier sind die Telefonnummern - da ist Tag und Nacht eine erfahrene Person erreichbar. Gibt es jemanden, der sie jetzt abholen kann?*

Bei latenter Suizidalität ohne drängende bzw. konkrete Suizidabsicht ist ein Anti-Suizid-Pakt hilfreich, bei dem der Patient dem Arzt mit einem Handschlag verspricht, sich bis zum nächsten (möglichst zeitnahen) Kontakt nichts anzutun bzw. sich bei akuter werdenden Suizidgedanken an eine Psychiatrie oder einen Kriseninterventionsdienst zu wenden. Hilfreich sind hierfür die Vermittlung zwischenmenschlicher Kontakte (z. B. von einem Angehörigen oder Freund abholen lassen), aber auch Kenntnisse und Informationsmaterial über lokale und überregionale Krisenhilfen:

- Telefonseelsorge (kostenfrei unter 0800/111 0 111; 0800/111 0 222; 116 123; auch per Mail oder Chat auf www.telefonseelsorge.de)
- U25 Mailberatung für Kinder und Jugendliche mit Suizidgedanken (www.u25-deutschland.de)
- Viele regionale Angebote wie z. B. DIE ARCHE München, Suizidprävention und Hilfe in Lebenskrisen e.V. (Tel.: 089/33 40 41; www.die-arche.de)

Da Suizidverhütung zu den ärztlichen Pflichten gehört, Suizidgedanken bei den meisten Menschen nur vorübergehend in Krisen auftreten, im Verlauf oft neue Perspektiven und Behandlungsmöglichkeiten auftauchen und Suizidversuche in der Regel später bereut werden, muss bei Selbstgefährdung (wie auch bei Fremdgefährdung) im Notfall eine fachpsychiatrische und richterliche Einschätzung und ggf. eine Unterbringung gegen den Willen des Patienten erfolgen. In den allermeisten Fällen sind verzweifelte Menschen mit funktionellen Störungen aber dankbar für jede Art von Hilfe und Entlastung und gerichtliche Unterbringungen eine absolute Rarität.

Prüfen Sie Ihr eigenes Erklärungsmodell für die Beschwerden, z. B. in Form einer Verdachtsdiagnose. Beobachten Sie, wo Sie selbst noch diagnostische Bedenken oder Ängste haben, und wie begründet diese sind; denken Sie dabei an die hohe Wahrscheinlichkeit funktioneller Beschwerden und an die Möglichkeit des abwartenden Offenhaltens, ohne dass sofort Gefahr droht. Prüfen Sie, inwiefern die Kriterien einer spezifischen funktionellen oder somatoformen Störung erfüllt sind (☞ KE 8), Krankheitswert und Handlungsbedarf bestehen. Achten Sie dabei auf mögliche körperliche und psychische Komorbiditäten und vergeben Sie ggf. mehrere Diagnosen. Falls keine eindeutige Diagnose besteht, wählen Sie Symptom („R“)- oder Inanspruchnahme („Z“)- Verschlüsselungen (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, psychosoziale Umstände) anstatt Verlegenheitsdiagnosen (☞ KE 8).

Am Ende resultiert eine Liste ausgeschlossener Diagnosen, wahrscheinlicher oder weniger wahrscheinlicher Verdachtsdiagnosen, evtl. auch eine bereits gesicherte Hauptdiagnose sowie ggf. eine Liste therapierelevanter Komorbiditäten. Eine (Verdachts-)Diagnose spiegelt dabei das (derzeit) wahrscheinlichste Erklärungsmodell des Arztes für die Beschwerden wider. Sie sollte nicht „vom Schlimmsten“ ausgehen und darf sich nicht an eigenen Ängsten oder wirtschaftlichen Motiven orientieren, sondern sollte aus dem dokumentierten Befund und statistischen Wahrscheinlichkeiten nachvollziehbar sein (selbst wenn der Arzt im Stillen seltene und gefährliche Differenzialdiagnosen im Auge behält). Das ist wichtig, denn die Diagnose (ebenso wie ggf. das bewusste Stellen *keiner* Diagnose) entscheidet über die weitere Versorgung des Patienten im Gesundheitssystem (welcher Facharzt, welche Klinik, welche Therapie sind geeignet, welche werden bezahlt?) (Evens, Vendetta et al. 2015). Dabei kann die „richtige“ Diagnose eine adäquate Therapie ermöglichen, eine „falsche“ aber zu falschen, unter Umständen risikobehafteten Behandlungen und zu einer Beschwerdechronifizierung führen. Untersuchungen zeigen, dass 40-60% der (unausgelesenen) Patienten in der ambulanten Allgemeinmedizin keine gesicherte Diagnose erhalten (Research Committee of the College of General Practitioners 1958, Crombie 1963, Thomas 1974, Nimnuan, Hotopf et al. 2001).

„Unklare/ungeklärte“, „funktionelle“ oder „somatoforme“ Beschwerden besitzen keinesfalls automatisch Krankheitswert; sie verringern (bis auf ein leider etwas erhöhtes Suizidrisiko) nicht die Lebenserwartung (*siehe Empfehlung 1*). Sie beeinträchtigen auch nicht in allen Fällen die Lebensqualität oder das Funktionsniveau, selbst bei besonders klagenden Patienten. Andererseits müssen nicht notwendigerweise „objektive“ Befunde vorliegen, um ihnen Krankheitswert zuzugestehen. Die Beurteilung des Krankheitswerts funktioneller Beschwerden hängt vielmehr von den *im Einzelfall* vorliegenden konsistenten Beeinträchtigungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ab; denn nur dann besteht therapeutischer Handlungsbedarf und ist auch das Vergeben eines „Krankheitslabels“, also einer Diagnose, gerechtfertigt. Die Diagnose einer funktionellen oder somatoformen Störung sollte daher frühzeitig erwogen, aber nur gestellt werden, wenn die Diagnosekriterien mit der entsprechenden Beeinträchtigung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit erfüllt werden. Mit den bisherigen „F-Diagnosen“ in der ICD-10 werden viele Patienten, die sich mit funktionellen Körperbeschwerden und diagnostisch unerklärbaren Symptomen vorstellen, allerdings nicht hinreichend erfasst. So sind z. B.

die Einschlusskriterien für die „Somatisierungsstörung“ zu restriktiv, und die Forderung nach Abwesenheit von körperlichen Erkrankungen fördert unrealistischen Mind-Body-Dualismus und „Scheuklappendenken“ („entweder körperlich - oder psychisch“) (Creed 2009; Rask et al. 2014, Rosendal et al. 2017). Auch eventuelle körperliche und psychische Komorbiditäten müssen entsprechend der einschlägigen Diagnosesysteme (ICD-10, bald ICD-11; zugänglich über DIMDI) ([☞ KE 8](#)) und Leitlinien ([☞ verwandte Leitlinien](#)) kritisch überprüft werden.

Dabei kann die Vergabe der Diagnose eines funktionellen Syndroms (oder einer somatoformen Störung) eine Herausforderung sein. Typische Fallstricke sind das (verharmlosende) Übersehen des Krankheitswertes bzw. des Vorliegens einer somatoformen Störung, eine Verwechslung von somatoformer Beschwerdepräsentation mit Simulation und Aggravation, das Übersehen einer (komorbiden) Depression oder anderer relevanter psychischer Störungen (Sauer and Eich 2007) (Empfehlungen zur Diagnosemitteilung *siehe Empfehlung 11; mehr zu Simulation und Aggravation in Empfehlung 23; ☞ KE 14*). Das Risiko einer fälschlichen Zuordnung von Körperbeschwerden als „funktionell“ ist mit 0,5 bis 8,8% gering, aber nicht vernachlässigbar; die häufigsten Fehleinschätzungen betreffen offenbar vermeintlich psychogene Anfälle (Stone et al., 2009; Skovenborg und Schröder, 2014; Eikelboom et al., 2016). Wenn möglich, sollten Diagnosen mit Mitbehandlern abgeglichen werden, um ein fachlich breit fundiertes Bild der vorhandenen Probleme und Diagnosen, aber keine Widersprüche entstehen zu lassen. In klinischen Settings hat es sich als hilfreich erwiesen einen „runden Tisch“ mit Kollegen anderer Fachdisziplinen zu machen - vor allem bei komplexen Beschwerdepräsentationen und begleitenden komorbiden somatischen Erkrankungen.

Falls keine Diagnosekriterien erfüllt werden und kein Krankheitswert besteht, sollten besser von „Befindlichkeitsstörungen“ ohne relevanten Krankheitswert ausgegangen und keine Diagnose gestellt bzw. kommuniziert werden. In diesem Fall können die „R-Diagnosen“ (z. B. R 53 Unwohlsein und Ermüdung; [☞ KE 8](#)), ggf. auch „Z-Diagnosen“ (z. B. Z60 Kontakthanlass mit Bezug auf die soziale Umgebung) die durchgeführte Diagnostik rechtfertigen und zugleich ausdrücken, dass (derzeit) kein weiterer diagnostischer oder therapeutischer Handlungsbedarf besteht. Verlegenheitsdiagnosen sind unbedingt zu vermeiden, da sie falsche Versorgungsstrukturen aktivieren, falsche Therapieangebote implizieren und den Patienten zu Unrecht in eine Krankenrolle drängen.

Verlegenheitsdiagnosen sollten auch nicht dem Erklärungs- oder Sicherheitsbedürfnis des Arztes dienen. Eigene Motive und Ängste, z. B. eine seltene Erkrankung zu übersehen, sollten wahrgenommen und auf ihre Berechtigung geprüft werden - aber nicht zur vorschnellen Vergabe von „Krankheitslabels“ führen. Vorschnelle, falsche oder vom Patienten als stigmatisierend empfundene „Labels“ werden noch zu häufig vergeben, teilweise, weil sich Patienten eine (körperliche und damit „legitime“) Diagnose wünschen, teilweise, um Patienten nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Überlegungen an sich zu binden (Hausteiner-Wiehle und Schäfer, 2013).

Die Arbeitsgruppe um Per Fink und Marianne Rosendal aus Dänemark schlägt deshalb vor, ganz allgemein für Patienten mit leichten bis mäßig ausgeprägten funktionellen Körperbeschwerden die Symptom-Diagnose „multiple symptoms“ in den Schweregraden „selbstlimitierend“, „persistent“, und für Patienten mit schwerer ausgeprägten Beschwerden die Diagnose „Symptom Disorder“ zu vergeben (Rask et al., 2014; Rosendal et al., 2017). In einer Studie der Arbeitsgruppe wurde anhand von Fokus-Gruppen Interviews untersucht, wie die Umsetzung der Diagnose „multiple symptoms“ in der Praxis bei AllgemeinmedizinerInnen gehandhabt wird. Die befragten MedizinerInnen gaben mehrheitlich an, dass diese Diagnosekategorie sich in Bezug auf die Sensibilisierung von Patienten für medizinisch unerklärbare Körperbeschwerden und zur Sicherstellung der Informations-Kontinuität bei Unterbrechung der Behandlung als nützlich erwies (Rask, Andersen et al. 2014). Auch andere Autoren schlagen für die Schweregrad-Klassifikation funktioneller Körperbeschwerden eher simple Einteilungen, z. B. in „leicht“, „mäßig“ und „schwer“ vor (Smith und Dwaamena 2007). Diese Ansätze wurden zumindest teilweise bereits im DSM-V und werden voraussichtlich auch in der ICD-11 aufgegriffen, zusammen mit psychobehaviouralen Positivkriterien.

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE (8): Klassifikation funktioneller Körperbeschwerden

Bezeichnung in ICD-10	Kriterien nach ICD-10	Voraussichtliche Änderungen in ICD-11 (Stand: Januar 2018)
„Somatoforme Störung“ Die Diagnose einer somatoformen Störung wurde bislang gestellt, wenn körperliche Beschwerden/Schmerzen wiederholt auftreten, keine hinreichende organpathologische Erklärung für die Beschwerden gefunden werden kann, die Lebensqualität eingeschränkt ist, es zu Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen kommt, wenn eine ausgeprägte Beschäftigung und Sorgenneigung besteht und deshalb vermehrt medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird.		Bodily distress disorder (ICD-11 6B5) (Somatische Belastungsstörung)
F 45.0 Somatisierungsstörung	- Multiple Beschwerden jedweder Art oder Lokalisation (≥ 6 aus ≥ 2 Bereichen), wiederholt auftretend und häufig wechselnd - seit mind. 2 Jahren: Meist lange, komplizierte „Patientenkarrieren“ - Verlauf: chronisch und fluktuierend - Häufig Störungen des sozialen, interpersonalen, familiären Verhaltens	Wie „somatic symptom disorder“ im DSM-5, ebenso mit psychobehaviouralen Merkmalen anstatt der Forderung einer fehlenden organischen Erklärbarkeit: „Bodily distress disorder is characterized by the presence of bodily symptoms that are distressing to the individual and excessive attention directed toward the symptoms, which may be manifest by repeated contact with health care providers. If another health condition is causing or contributing to the symptoms, the degree of attention is clearly excessive in relation to its nature and progression. Excessive attention is not alleviated by appropriate clinical examination and investigations and appropriate reassurance. Bodily symptoms are persistent, being present on most days for at least several
F 45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	Die körperlichen Beschwerden sind zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig, das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung ist aber nicht erfüllt	
F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung F45.30 Herz und Kreislaufsystem F45.31 Oberes Verdauungssystem F45.32 Unteres Verdauungssystem F45.33 Atmungssystem F45.34 Urogenitalsystem (F45.37 Mehrere; F45.38 sonstige oder F45.39 NNB Organe/ Systeme)	Die Beschwerden werden so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines weitgehend oder vollständig vegetativ innervierten und kontrollierten Organs. Es finden sich meist zwei Gruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen: - Objektivierbare Symptome der vegetativen Stimulation: z. B. Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. - Subjektive Beschwerden nicht-spezifischer und wechselnder Natur (flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden), die vom Pat. einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden. (Viele Gemeinsamkeiten mit dem Konzept einzelner funktioneller Syndrome, etwa dem Reizdarm-Syndrom)	

F45.8/9 Sonstige/nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen (Restkategorie)	Alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens, die nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, die auf spezifische Teile oder Systeme des Körpers begrenzt sind und mit belastenden Ereignissen oder Problemen eng in Verbindung stehen können hier klassifiziert werden.	months. Typically, bodily distress disorder involves multiple bodily symptoms that may vary over time. Occasionally there is a single symptom—usually pain or fatigue—that is associated with the other features of the disorder.
F 48.0 Neurasthenie	Zwei Hauptformen: 1. Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. 2. Gefühle körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. - Zusätzlich oft andere unangenehme körperliche Empfindungen (Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst). - Beträchtliche kulturelle Unterschiede.	Wird in der ICD-11 voraussichtlich abgeschafft bzw. unter Bodily Distress Disorder subsummiert. Zur Verfügung steht die Symptomcodierung MK72 „Fatigue“. Weitgehend identisch mit dem „Chronic Fatigue Syndrome“, für das aber bislang keine eigene ICD-Kategorie existiert (Klassifikation im Rahmen der Oxford Kriterien möglich).
F45.4 Anhaltende Schmerzstörung F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	<i>Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40):</i> - Andauernder (mehr als 6 Monate), schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. - Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht. - Auftreten in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. - meist beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. <i>Chron. Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41):</i> - Andauernde (≥ 6 Monate) Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben.	In der ICD-11 sind zwei neue Kategorien vorgesehen, die „pain disorders“ (8E53) als direkter Nachfolger der Anhaltenden Schmerzstörung, aber auch „chronic primary pain (ML00.0)“. Viele Überlappungen, aber keine völlige Übereinstimmung mit dem „Fibromyalgiesyndrom“ und anderen schmerzdominanten funktionellen Syndromen. Die „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ wurde

	<ul style="list-style-type: none"> - Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. - Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. 	2009 neu in die deutsche Version der ICD-10 eingefügt.
F 45.2 Hypochondrische Störung	<ul style="list-style-type: none"> - Beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. - Anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. - Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. - Begleitend finden sich häufig Depression und/oder Angst, welche dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen können. 	In der ICD-11 wird die „hypochondriasis“ (6B53) voraussichtlich als Subkategorie der „obsessive-compulsive and related disorders“ definiert.
F44.4-7 Konversionsstörungen (Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung)	<ul style="list-style-type: none"> - Anders als bei den meisten anderen somatoformen Störungen sichtbare, oft plötzlich auftretende und dramatisch wirkende „Befunde“, die aber nicht objektiviert werden können. - Am häufigsten vollständiger oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile. - Große Ähnlichkeit mit fast jeder Form von Ataxie, Apraxie, Akinesie, Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie, Anfällen oder Lähmungen („pseudoneurologische Symptomatik“). - „Ausdruckskrankheit“: Ein auslösender Konflikt muss erkennbar sein und drückt sich im Symptom als „Kompromisslösung“ aus. 	<p>In der ICD-11 wird voraussichtlich keine psychosoziale Auslösung mehr gefordert. In der ICD-11 werden pseudoneurologische Symptome als „dissociative disorder of movement, sensation, or cognition (6B90)“ geführt werden.</p> <p>Der frühere Begriff „Hysterie“ ist veraltet.</p>
F 68.1 Artifizielle Störung	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholtes absichtliches Vortäuschen bzw. Erzeugen von typischen körperlichen oder psychischen Symptomen, klinischen Zeichen oder Behinderungen. - In der Regel <i>sichtbare Befunde</i>. - Die Handlungen werden am eigenen Körper oder an dem eines anderen Menschen ausgeführt, z. B. von Eltern an (häufig sehr kleinen) Kindern („Münchhausen-by-proxy“). - Motivation und Bewusstseinsnähe bleiben oft unklar. - Oft mit Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen kombiniert. 	In der ICD-11 als „factitious disorder“ voraussichtlich als eigene Kategorie platziert, ohne Verbindung zum Bodily Distress Disorder. Die Selbstschädigungen (z. B. Verschmutzen von Wunden, Erzeugen von Fieber, Einbringen von Fremdkörpern oder Selbstamputationen) werden in vollem Bewusstsein oder in

		<p>dissoziativen Zuständen ausgeführt, in denen z. B. Schmerzempfinden und/oder Erinnerung reduziert sind.</p> <p>Mögliche Motive sind z. B. ein Erlangen der Krankenrolle oder die Reinszenierung von Gewalterfahrungen.</p>
F 54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> - Es liegt eine klar definierte „körperliche“ Erkrankung vor. - An ihrer Entstehung, Auslösung oder Verlauf sind psychische Faktoren (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) mit beteiligt. - Eine eigene Diagnose als psychische Störung ist aber nicht gerechtfertigt. 	<p>In der ICD-11 wohl unverändert als eigene Kategorie (6E90).</p> <p>Wichtige Kategorie, um die Wechselwirkung zwischen körperlichen und seelischen Krankheiten abzubilden</p> <p>Erlaubt bei vielen körperlichen Erkrankungen eine begleitende Psychotherapie mit dem Ziel der besseren Krankheitsbewältigung.</p> <p>Erübrigt sich weitgehend, wenn für somatoforme Störungen keine „Fehlende organische Erklärbarkeit“ mehr gefordert wird.</p>
<p>„Funktionelles Syndrom“ eines bestimmten Organsystems (Auswahl)</p> <p>Die Diagnose als umschriebenes funktionelles Syndrom ist dann sinnvoll, wenn ein Zusammentreffen einzelner und für sich allein uncharakteristischer Beschwerden und Symptome zu einem kennzeichnenden Krankheitsbild eine entsprechende Syndrom-Kategorie erlaubt.</p> <p>Für entsprechende Syndrome gibt es weitere Einteilungen (z. B. Rom-Kriterien bei Reizdarmsyndrom und funktioneller Dyspepsie, IHS-Klassifikation bei Kopfschmerzen).</p>		
<p>K58.- Reizdarmsyndrom</p> <p>K58.0 Reizdarmsyndrom mit Diarrhö</p> <p>K58.9 Reizdarmsyndrom ohne Diarrhö</p>	Keine eigenen ICD-10 Kriterien definiert.	<p>In der ICD-11 wohl „irritable bowel syndrome or certain specified functional bowel disorders“ (DE11).</p>

K30 Funktionelle Dyspepsie	Keine eigenen ICD-10 Kriterien definiert.	In der ICD-11 wohl „functional dyspepsia“ (DE10.3).
M79.7 Fibromyalgie	Keine eigenen ICD-10 Kriterien definiert.	In der ICD-11 "chronic primary widespread pain (ML00.01).
G44.2 Spannungskopfschmerz	Keine eigenen ICD-10 Kriterien definiert.	In der ICD-11 wohl „tension-type headache“ (8A81).
„Symptomdiagnosen“ (ICD-10 Kapitel XVIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, anderenorts nicht klassifiziert) Es gibt eine Vielzahl an sogenannten „R-Diagnosen“ (z. B. R53 Unwohlsein und Ermüdung, R52.9 Schmerz, nicht näher bezeichnet, R19.4 Veränderungen der Stuhlgewohnheiten, etc.). Auf eine vollständige Auflistung wird aufgrund der Vielzahl verzichtet. Die Verschlüsselung als Symptom bzw. Beschwerde (meist „R-Diagnose“) macht vor allem dann Sinn, wenn eine diagnostische Einordnung (noch) nicht möglich ist (z. B. ausstehende Diagnostik, fehlende Zuordnung zu einer Diagnosekategorie).		Im ICD-11 werden Symptome voraussichtlich in der Kategorie “Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified” bzw. „general symptoms, signs or clinical findings“ klassifiziert, darunter z. B. auch „chronic primary pain. In der ICD-11 wird es außerdem voraussichtlich eine neue Kategorie „Traditional medicine conditions“ (28) geben, in der Beschwerden/Symptome/Syndrome auch im Einklang mit der traditionellen chinesischen Medizin abgebildet werden können/sollen (Vergleichbarkeit mit China, Japan, Korea, etc.).
Inanspruchnahme-Verschlüsselungen (ICD-10 Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) Im „Z-Kapitel“ listet die ICD-10 eine Reihe von Anlässen auf, die zu Arzt-Patient-Kontakten führen können, z. B. Z04: Untersuchung und Beobachtung Z59/60: Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage bzw. die soziale Umgebung Z73: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z81: Psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familienanamnese		Im ICD-11 ist hierfür voraussichtlich die Kategorie 24 „Factors influencing health status or contact with health services“ vorgesehen

EMPFEHLUNGEN 11-16:
ERWEITERTE GRUNDVERSORGUNG II („EXTENDED BASIC CARE II“):
Vom Erklärungsmodell zur Bewältigung

An dieser Stelle haben Sie Ihre Diagnostik vorläufig abgeschlossen und sich ein Bild über den Krankheitswert der Beschwerden und deren biopsychosozialen Kontext gemacht. Zugleich waren Sie bereits therapeutisch tätig, indem Sie den Patienten Interesse, Sorgfalt und Mitgefühl entgegengebracht haben.

Die weitere Therapie besteht im Rahmen der erweiterten Grundversorgung besteht im Wesentlichen aus der Vermittlung eines nachvollziehbaren, für den Patienten akzeptablen Erklärungsmodells und der Stärkung von Selbstwirksamkeit.

Beachten Sie bei allen therapeutischen Maßnahmen
 Aspekte der Evidenzbasierung, der Verfügbarkeit und eventuelle
 Patientenpräferenzen,
 aber auch Risiken, Nebenwirkungen und Kosten.



11. Erklären und benennen:

(„*making sense of symptoms*“)

- KKP** Weisen Sie die Patienten darauf hin, dass Beschwerden auch ohne körperliche Erkrankungen *häufig* sind, sie also mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind (**starker Konsens**).
- KKP** Erklären Sie psychophysiologische Zusammenhänge, z. B. mithilfe von „Teufelskreismodellen“ („Je mehr Schmerzen, desto weniger Bewegung - je weniger Bewegung, desto mehr Schmerzen“), anatomischen Abbildungen und modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen (**starker Konsens**).
- KKP** Erklären Sie die Beschwerden ggf. mit verständlichen Formulierungen als physiologischen Ausdruck (z. B. Zittern, Schwitzen, Herzklopfen) einer Belastungssituation (Anspannung, Stress, Angst, Reizzustand, „aus dem Gleichgewicht geraten“) (**starker Konsens**).
- KKP** Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Patienten ganz persönliche, für sie gut nachvollziehbare, vorwurfsfreie, multifaktorielle Erklärungsmodelle („biopsychosozial“, „sowohl-als-auch“), die an die bisherigen Annahmen anknüpfen und gleichzeitig mögliche Lösungen aufzeigen, vor allem Veränderungsmöglichkeiten durch die Patienten *selbst* (z. B. Abbau von Vermeidungs-, Schon- oder Überforderungsverhalten, Lösung von Arbeitsplatzkonflikten) (**starker Konsens**).
- KKP** Bewerten Sie belastende Kontextfaktoren ebenso wie körperliche (Vor-)Erkrankungen oder Befunde als „Bedingungen“, „Auslöser“, „Verstärker“ bzw. als „zusätzliche Baustellen“ - aber nicht als „Ursachen“. Vermeiden Sie dabei monokausale, einseitig psychosoziale oder einseitig somatische Ursachenzuschreibungen (**starker Konsens**).
- KKP** Wenn Diagnosen (einschl. Komorbiditäten) bestehen, erläutern Sie diese angemessen. Nutzen Sie dabei auch Möglichkeiten zur psychischen Entlastung des Patienten durch die Mitteilung der Diagnose und sich daraus ergebender (Be-)Handlungsmöglichkeiten (**starker Konsens**).
- KKP** Grenzen Sie dabei funktionelle und somatoforme Diagnosen von bekannten bzw. von den Patienten befürchteten anderen Erkrankungen ab und erklären Sie deren beschreibenden Charakter, die normale Lebenserwartung sowie weitere, bewährte Informations-, Therapie- und Selbsthilfemöglichkeiten (**starker Konsens**).

Weisen Sie die Patienten darauf hin, dass Beschwerden auch ohne körperliche Erkrankungen *häufig* sind, sie also mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind. Erklären Sie psychophysiologische Zusammenhänge, z. B. mithilfe von „Teufelskreismodellen“ („Je mehr Schmerzen, desto weniger Bewegung - je weniger Bewegung, desto mehr Schmerzen“), anatomischen Abbildungen und modernen wissenschaftlichen

Erkenntnissen. Erklären Sie die Beschwerden ggf. mit verständlichen Formulierungen als physiologischen Ausdruck (z. B. Zittern, Schwitzen, Herzklopfen) einer Belastungssituation (Anspannung, Stress, Angst, Reizzustand; „aus dem Gleichgewicht geraten“).

Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden suchen nach Wertschätzung und einer positiven Erklärung für ihre Beschwerden; insbesondere eine längere Phase der diagnostischen Unsicherheit kann für Betroffene sehr belastend sein (Epstein et al. 1999; White et al. 2002; Ring et al. 2005; Salmon et al. 1999 und 2005; Frantsve und Kerns 2007; Ferrari 2012; Lind et al., 2014; Schwartz 2015). Oft können Patienten (und auch Behandler) ihre bzw. die Beschwerden nicht verstehen und sich (und anderen) nicht erklären. Viele befürchten bestimmte körperliche Erkrankungsursachen, die meisten vermuten mehrere, schlecht fassbare Gründe, oft zusammengefasst als „Stress“. Viele haben bereits schlechte Erfahrungen im Umgang mit ihren Beschwerden im persönlichen Umfeld und im Medizinsystem gemacht. Dabei wird die Möglichkeit funktioneller (immer noch häufig mit „eingebildet“, „psychogen“ oder „nicht behandlungsbedürftig/nicht behandelbar“ konnotierter) Beschwerden von vielen Betroffenen als stigmatisierend, teilweise sogar als Zeichen von „Schwäche“ oder „Verrücktheit“ empfunden. Auch viele „offizielle“ (z. B. „somatoform“) ebenso wie „inoffizielle“ Begriffe (z. B. „psychisch“) sind für die Erklärung ungeeignet; teils, weil sie wenig konkret, wenig bekannt oder wenig akzeptiert sind, vor allem aber besitzen sie offenbar überwiegend abwertende Konnotationen. Dadurch fühlen sich die Patienten missverstanden und erleben und zeigen ihre Beschwerden zum Teil noch deutlicher („Verdeutlichungstendenz“, s.o.) (Kouyanou et al. 1997; Stone et al. 2002 und 2003; Burbaum et al., 2010; Creed et al. 2010; Barmer GEK Report Krankenhaus 2011; Nagel et al., 2013; Burton et al., 2015). Dabei ist vielen Menschen nicht klar, wie häufig (also „normal“), überwiegend harmlos und gut behandelbar funktionelle Körperbeschwerden sind (*siehe Empfehlung 1*). Bewährt hat sich daher der frühzeitige Hinweis auf die Häufigkeit ähnlicher Beschwerden bei anderen Personen („Universalität des Leidens“).

Zur Erläuterung der Beschwerden selbst haben sich konstruktive, rationale, normalisierende Erklärungen bewährt, die die Beschwerden in einen *wissenschaftlich nachvollziehbaren* und zugleich *persönlich erfahrbaren* Zusammenhang stellen, dabei durchaus schrittweise vorgehen und nicht die sofortige Überzeugung des Patienten voraussetzen (Dowrick et al., 2004; Salmon, 2007, Arbeitskreis PISO, 2011; Holt et al., 2015; Burton et al., 2015; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015; den Boeft et al., 2017). Als Begriff scheint „funktionell“ relativ gut geeignet und akzeptiert zu sein (Stone et al., 2002). In der Praxis bewährt haben sich außerdem anatomische und physiologische Abbildungen, Teufelskreismodelle sowie die Beratung in Bezug auf moderne wissenschaftliche Erkenntnisse; je nach klinischem Bild können die Beschwerden auch als ganz physiologischer Ausdruck der Belastung durch die Körperbeschwerden erklärt werden (z. B. Zittern, Schwitzen oder Herzklopfen bei Angst) (Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015). Klinisch bewährt, aber nicht wissenschaftlich untersucht sind positiv beschreibende Begriffe und Metaphern, die auch an die Lebenswirklichkeit des Patienten oder umgangssprachliche Metaphern anknüpfen können, z. B. „Stress“, „Reizzustand“,

„Überlastung“ (oder auch „Unterforderung“), „aus dem Gleichgewicht geraten“, „Last auf den Schultern tragen“, „auf den Magen schlagen“ (Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015).

Eine qualitative Analyse aus den Niederlanden untersuchte verschiedene Kommunikationsstile von Allgemeinärzten, die ihren Patienten „unklare Körperbeschwerden“ (MUPS) erklärten. Dabei wurden vier unterschiedliche Erklärungsstile deutlich: „Lecture“ (Belehrung), „Storytelling“ (Geschichtenerzählen), „Contest“ („Auseinandersetzung“) und „Deliberation“ (Beratung, Überlegung), wobei „Deliberation“ am ehesten zu Akzeptanz des Patienten am Ende des Gesprächs führte (den Boeft et al. 2017). Wichtig sind die *frühe* Thematisierung der Psychophysiologie und diagnostischen Zuordnung, aber auch das Zugeständnis von Grenzen der modernen Medizin (Brownell et al., 2016).

Diese so genannte „Psychoedukation“ ist bereits fester Bestandteil der Initialphase der meisten (manualisierten) Psychotherapien und multimodalen Behandlungsprogramme und wird vereinzelt auch als Mono-Therapie durchgeführt. Durch Psychoedukation (auch durch Broschüren wie Fact Boxes oder Internetangebote) können im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nachhaltig die Selbstwirksamkeit erhöht, Beschwerden und Beeinträchtigungen verringert werden (Zaroff et al., 2004; Heymans et al., 2005; Engers et al., 2008; Luciano et al., 2013; Van Oosterwijck et al., 2013; Camerini et al., 2013; Traeger et al., 2015).

Bisher unklar sind Verständlichkeit, Konnotationen und Nutzen neuerer Bezeichnungen wie „Körperliche Belastungsstörung“ (somatic symptom disorder/ bodily distress disorder). Unbedingt vermieden werden sollten Formulierungen, die die Beschwerden verharmlosen (z. B. „Sie haben nichts“), ihnen die Legitimität absprechen (z. B. „Simulant“, „Einbildung“), unbewiesene Ätiologieannahmen suggerieren („vegetative Dystonie“, „chronische Borreliose“, „alles psychisch“) oder den Betroffenen stigmatisieren (z. B. „Morbus Bosporus“, „Hysterikerin“).

Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Patienten ganz persönliche, für sie gut nachvollziehbare, vorwurfsfreie, multifaktorielle Erklärungsmodelle („biopsychosozial“, „sowohl-als-auch“), die an die bisherigen Annahmen anknüpfen und gleichzeitig mögliche Lösungen aufzeigen, vor allem Veränderungsmöglichkeiten durch die Patienten *selbst* (z. B. Abbau von Vermeidungs-, Schon- oder Überforderungsverhalten, Lösung von Arbeitsplatzkonflikten). Bewerten Sie belastende Kontextfaktoren ebenso wie körperliche (Vor-)Erkrankungen oder Befunde als „Bedingungen“, „Auslöser“, „Verstärker“ bzw. als „zusätzliche Baustellen“ - aber nicht als „Ursachen“. Vermeiden Sie dabei monokausale, einseitig psychosoziale oder einseitig somatische Ursachenzuschreibungen.

Diese allgemeinen Erläuterungen der Psychophysiologie funktioneller Körperbeschwerden muss in einem zweiten Schritt für die individuelle Patientin in ihrem eigenen Lebenskontext möglichst gut nachvollziehbar werden: Warum bekomme gerade

ich, gerade jetzt, gerade diese Beschwerden? Das Erarbeiten eines solchen persönlichen Erklärungsmodells spielt bei funktionellen Körperbeschwerden eine entscheidende therapeutische Rolle: Die Betroffenen sind im Hinblick auf die fragliche Bedrohlichkeit und Legitimität ihrer Beschwerden oft so stark verunsichert, dass dies selbst zum Stressor wird und so die Beschwerden sogar noch verstärkt werden (Ferrari 2012, Schwartz, 2015). Zum anderen weichen die Erklärungsmodelle von Arzt und Patient oft stark voneinander ab, was zu zusätzlich Zeit und Kraft raubenden „Kausalitäts-Ringkämpfen“, zu Misstrauen und Enttäuschungen führen kann (Burbaum et al., 2010; den Boeft et al., 2017). Hier kann ein *gemeinsames* Modell Klärung und Entlastung schaffen (Burton et al., 2015; den Boeft et al., 2017). Und schließlich kann ein nachvollziehbares Erklärungsmodell konkrete Veränderungsmöglichkeiten aufzeigen und dadurch Handlungsspielraum und Hoffnung vermitteln. Mithilfe eines Erklärungsmodells, das für Arzt und Patient sowohl aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht als auch im Lebenskontext des Betroffenen Sinn macht, und das zur Identifikation von therapeutischen Ansatzpunkten führt, kann der Patient eine wissende und aktive Rolle (die des „Experten“ für die eigenen Beschwerden) einnehmen und mit dem Arzt „an einem Strang ziehen“ - beides Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie.

Die Entwicklung eines persönlichen, für die Patientin gut nachvollziehbaren, vorwurfsfreien, multifaktoriell-biopsychosozialen Erklärungsmodells liegt in der Verantwortung der Ärztin und braucht Sorgfalt, Einfühlungsvermögen und Zeit (Salmon et al., 1999 und Salmon, 2007; Blankenstein et al. 2002; Schwartz, 2015; Burton et al., 2015; Morton et al., 2016) (*siehe auch Empfehlung 7*). Es fußt im Wesentlichen auf den Erkenntnissen der vorangegangenen biopsychosozialen Simultandiagnostik: Biologische (z. B. Vorerkrankungen), psychologische (z. B. Angst und Schonverhalten) und soziale Faktoren (z. B. Einsamkeit, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz) können durchaus unterschiedlich gewichtet sein, sollten aber alle, immer nachvollziehbar für die Patientin, in einem biopsychosozialen Erklärungsmodell zusammengeführt werden. Eine „einzelne“ Ursache gibt es fast nie, sondern mehrere Prädispositionen, Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren, die man in ihrer Fülle gar nicht vollständig „aufklären“ kann - und auch nicht muss. (Schließlich gibt es im konkreten Fall nie wirklich vollständige Sicherheit über das Vorliegen oder Fehlen einer somatischen Pathologie, und psychologische Hypothesen sind per definitionem „unbeweisbar“ (Gask et al. 2011). Erkannt werden sollten vor allem diejenigen Problembereiche, die einer Veränderung zugänglich sind, z. B. Behandlungsmöglichkeiten körperlicher oder psychischer Begleiterkrankungen, Abbau von Ängsten oder Veränderungen am Arbeitsplatz. Selbst wenn solche „zusätzlichen Baustellen“ gar nicht kausal mit den Beschwerden zusammenhängen, können so die Gesamt-Problemlast für den Patienten verringert und seine Widerstandskraft erhöht werden. Eine einfache „Umattribuierung“ körperlicher Beschwerden auf psychische Ursachen („retribution model“; Goldberg et al. 1989; Fink et al. 2002) ist *nicht* anzustreben, da sie zwar die Haltung der Behandler gegenüber Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden verbessert, bei den Patienten aber zu gemischten, teilweise sogar negativen Ergebnissen in Form einer Verschlechterung der Lebensqualität führt (Morriss et al. 2006 und 2007; Gask et al. 2011). Daher wird heute

eher ein individuelles psychophysiologisches Bedingungsmodell der Beschwerden mit wechselnder Akzentuierung der verschiedenen Einflussfaktoren angestrebt („sowohl-als-auch-Haltung“, „adaptiertes Säulenmodell“), das dem Patienten einen erfahrbaren Beschwerdemechanismus und zugleich - im Sinne eines „Empowerments“ - Selbstwirksamkeits-Möglichkeiten ohne Schuldzuweisungen aufzeigt (Salmon et al., 1999; Schäfert et al. 2008; Arbeitskreis PISO 2011). Es wird nach und nach entwickelt - anknüpfend am bisherigen Erklärungsmodell des Patienten, das zunächst erfragt und anerkannt, wenngleich nicht notwendigerweise geteilt werden sollte (*siehe Empfehlung 7*).

Burton und Kollegen (2015) formulierten sechs Kriterien für ein gutes Erklärungsmodell:

- Es ist für Arzt und Patient plausibel.
- Es impliziert keine Schwäche oder Schuld des Patienten.
- Es fördert therapeutische Partnerschaft bzw. Handlungen.
- Es beinhaltet eine deskriptive Bezeichnung, aber nicht zwingend eine spezifische Diagnose
- Es beschreibt Kausalitäten, z. B. in Form aufrechterhaltender Faktoren, aber nicht notwendigerweise Ursachen.
- Es entsteht aus einem Dialog zwischen Arzt und Patient.

Wenn Diagnosen (einschl. Komorbiditäten) bestehen, erläutern Sie diese angemessen. Nutzen Sie dabei auch Möglichkeiten zur psychischen Entlastung des Patienten durch die Mitteilung der Diagnose und sich daraus ergebender (Be-)Handlungsmöglichkeiten. Grenzen Sie dabei funktionelle und somatoforme Diagnosen von bekannten bzw. von den Patienten befürchteten anderen Erkrankungen ab und erklären Sie deren beschreibenden Charakter, die normale Lebenserwartung sowie weitere, bewährte Informations-, Therapie- und Selbsthilfemöglichkeiten.

Vor allem bei Patienten mit anhaltenden Beschwerden ist es sinnvoll, klare Diagnosebezeichnungen mit klaren Behandlungsmöglichkeiten zu nennen (Kornselsen et al., 2016). Dies entspricht z. B. auch der Empfehlung der aktuellen Fibromyalgie-Leitlinie (S3-Leitlinie Fibromyalgie). Für viele Patienten bedeutet eine Diagnose eine emotionale Entlastung und neue Handlungsmöglichkeiten; eine fehlende Diagnose wird oft als Belastung empfunden (Rosendal et al., 2016). Diagnosen sollte dem Patienten mitgeteilt und angemessen erläutert werden, mit Informationen („Psychoedukation“) zur mutmaßlichen Psychophysiologie der Beschwerden, zur (normalen) Lebenserwartung und zur Abgrenzung zu (bekannten oder befürchteten) organischen Erkrankungen (s.o.). Bevor eine konkrete Diagnose gestellt wird, sollte natürlich sichergestellt sein, dass deren Kriterien tatsächlich erfüllt und relevante Differenzialdiagnosen hinreichend ausgeschlossen sind (*siehe Empfehlung 10*). Dem Patienten mitgeteilte Diagnosen sollten zudem möglichst mit der Dokumentation an überweisende und nachbehandelnde Ärzte sowie an die Krankenkasse übereinstimmen und möglichst auch mit Mitbehandlern abgeglichen werden.

Die Diagnosemitteilung sollte außerdem einen konkreten, gestuften, Leitlinien-orientierten Plan zum weiteren (durchaus auch defensiven) Vorgehen beinhalten (z. B. mögliche Beschwerdelinderung durch eigene körperliche Aktivität; *siehe Empfehlung 13ff*) sowie darüber hinaus mit weiteren Informations- und Hilfsangeboten verbunden sein (z. B. Patientenratgeber, Patienten-Leitlinien, Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen) (*siehe auch [↗ verwandte Leitlinien](#)*; Robinson et al., 2006; Zimmer et al., 2010; Sharpe et al., 2011; van der Feltz-Cornelis et al., 2012; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015; Shedden-Mora et al., 2016; Morton et al., 2016; S3-Leitlinie Fibromyalgie 2017; Liegl et al., 2015 und 2016; van Gils et al., 2016). Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden nutzen (wie viele andere Patienten auch) ohnehin zusätzlich häufig andere Informationsquellen wie Bekannte, Bücher, Medienberichte und vor allem das Internet („Dr. Google“). Dies birgt Chancen im Sinne einer verbesserten Selbstwirksamkeit; unkontrolliertes Sammeln von Informationen birgt jedoch auch Risiken, wenn die Informationen unausgewogen und unangemessen ausgewählt und/oder systematisch (z. B. ängstlich) missinterpretiert bzw. erinnert werden (z. B. Rief et al. 2006; Martin et al. 2007). Alternative Informationsquellen des Patienten sollten daher erfragt und besprochen werden (*siehe Empfehlung 7*).

Die *unangemessene* diagnostische Etikettierung („disease mongering“) und die *unzureichende* Erläuterung der Diagnose können dagegen schädlich sein, vor allem wenn damit ein deutlicher Krankheitsgewinn (Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung, Rentenbegehren), wirtschaftliche Interessen des Arztes, eine einseitige Somatisierung oder Psychologisierung (mit entsprechend einseitiger Therapie), oder überhaupt die Zuweisung eines „Krankheitswerts“ bei an sich unkomplizierten Beschwerden verbunden sind. Stellt sich der Patient nämlich mit relativ neuen, nur mäßig belastenden Befindlichkeitsstörungen vor, die (noch) keinerlei Krankheitswert besitzen und mit hoher Wahrscheinlichkeit über kurz oder lang spontan verschwinden werden, wäre eine Etikettierung mit einer Diagnose und damit als „Krankheit“ nachteilig für das Selbsterleben des Patienten, seine Erwartungen an Beschwerdeverlauf und Therapiebedürftigkeit. Führt die fälschliche Zuschreibung dann zu einer Zunahme der Beschwerden, des Hilfesuchverhaltens und der Beeinträchtigungen im Alltag, spricht man von „iatrogener Chronifizierung“. Skeptisch sollten Behandler und Patienten z. B. bei „Spezial“-Kliniken oder -Praxen werden, die an praktisch jeden Hilfesuchenden dieselbe Diagnose vergeben und immer dieselben (teuren) Therapien anbieten. Der Arzt sollte daher sorgfältig abwägen, welche Implikationen für den jeweils individuellen Patienten mit einem bestimmten Begriff verbunden sein können (Page und Wessely 2003).

12. An Erwartungen und Zielen arbeiten:

(„frame expectations and goals“)

- KKP** Vorbestehende Annahmen und Erwartungen von Patienten (teils auch von Angehörigen) bestimmen das Beschwerdeerleben, ihren Verlauf, das Krankheitsverhalten und den Therapieerfolg. Besprechen Sie deshalb bestehende Annahmen und Erwartungen, aber auch Zweifel und Widersprüche, und ermuntern Sie Patienten, sie zu überprüfen und neue Erfahrungen zu machen **(starker Konsens)**.
- KKP** Relativieren Sie unrealistische Erwartungen. Erklären Sie, dass man auch mit Beschwerden ein gutes Leben haben kann. Das Finden einer eindeutigen „Ursache“, ein schnelles „Wegmachen“ oder „Loswerden“ der Beschwerden oder andere Heilsversprechen sind nicht zielführend **(starker Konsens)**.
- KKP** Erarbeiten Sie *gemeinsam* mehrere konkrete, möglichst kleinschrittige Zwischenziele im Hinblick auf mehr Selbstwirksamkeit, verbessertes Körpererleben, körperliche und soziale Aktivierung, Regeneration und Entspannung **(starker Konsens)**.
- KKP** Erarbeiten Sie *gemeinsam* übergeordnete Werte, Motivationen und Therapieziele („Leuchtturm“, „Vision“), z. B. in Bezug auf eine Vergrößerung des Bewegungsradius, einen Lebenstraum, gesellschaftliches Engagement, den Erhalt der Partnerschaft oder der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit **(starker Konsens)**.
- KKP** Achten Sie dabei auf Patientenpräferenzen, aber auch mögliche widersprüchliche Ziele (z. B. zwischen Gesundungs- und Rentenwunsch) sowie innere (z. B. Ängste, Konfliktvermeidung) und äußere Behandlungshindernisse (z. B. Dagegenarbeiten des Partners, laufende Schmerzensgeldverhandlungen) **(starker Konsens)**.
- KKP** Begleiten und motivieren Sie Patienten bei der Umsetzung ihrer Ziele, loben Sie sie für schon erreichte Fortschritte **(starker Konsens)**.
- KKP** Stimmen Sie Erwartungen an die Rollen von Arzt und Patient in der weiteren Behandlung ab. Angestrebt werden sollte eine partizipative Entscheidungsfindung mit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit **(starker Konsens)**.

Die frühzeitige und gemeinsame Festlegung von Therapiezielen ist deshalb so wichtig, weil eine derart aktive, von Patientenmotivation und -erwartungen abhängige Behandlung (wie die von funktionellen Körperbeschwerden) nur dann funktionieren kann, wenn Arzt und Patient „an einem Strang“ ziehen. Dazu sollten die Erwartungen, Ziele und Präferenzen des Patienten dem Arzt bekannt sein, zum Teil auch dem Patienten selbst erst einmal bewusst werden. (Viele wichtige Informationen dazu wurden bereits in der erweiterten Anamnese erhoben, *siehe Empfehlung 7*, und als Basis ein gemeinsames Erklärungsmodell entwickelt, *siehe Empfehlung 11*).

Vorbestehende Annahmen und Erwartungen von Patienten (teils auch von Angehörigen) bestimmen das Beschwerdeerleben, ihren Verlauf, das Krankheitsverhalten und den Therapieerfolg. Besprechen Sie deshalb bestehende Annahmen und Erwartungen, aber auch mögliche Zweifel und Widersprüche, und ermuntern Sie Patienten, sie zu überprüfen und neue Erfahrungen zu machen.

Unser Körpererleben entspricht nicht unbedingt vollständig der tatsächlichen (motorischen, sensorischen oder propriozeptiven) Realität. Aktuelle, frühere und sehr frühe Erfahrungen (z. B. Unfälle, körperliche Krankheit, Gewalt oder Vernachlässigung, auch Erfahrungen in früheren Behandlungen und Vorbilder in der Umgebung) und Erwartungen (z. B. Entlastung am Arbeitsplatz, mehr Zuwendung in der Partnerschaft, Ausgleichszahlungen nach Verletzungen durch eine Identifikation als „krank“) können sehr prägend sein. Denn unser Körper ebenso wie unser Gehirn funktionieren entlang von gewohnten, bewährten und mit (Überlebens-)Vorteilen assoziierten Bildern und Mustern, die aber durchaus trügerisch sein können (und die deshalb z. B. „interoceptive ghosts“ oder „rogue representations“ genannt werden (Brown 2004; Di Lernia et al., 2016; Henningsen et al., 2018a)). Erwartungsgetriggerte Abweichungen von Funktion und Interpretation gibt es auch bei Gesunden, sie scheinen aber bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden noch stärker ausgeprägt zu sein (Parées et al., 2012; Crichton et al., 2014; Estévez-López et al. 2016; Schwarz et al., 2016).

Ein wesentliches Therapieziel ist daher die Bereitschaft, alte Vorstellungen zu hinterfragen und neue Erlebnisse zuzulassen. Dies können relativ einfache, ganz allgemeine Erfahrungen von körperlicher Belastbarkeit, Genuss- oder Entspannungsfähigkeit, aber auch spezifischere Erfahrungen wie in der darmbezogenen Hypnose (beim Reizdarmsyndrom) sein. Insbesondere rigide, ängstliche oder skeptische Patienten brauchen für solche Angebote viel ärztliche Motivation und Begleitung, z. B. mithilfe von Informationsmaterial, Vermittlung von Kontakten, Nachfragen über den ersten Eindruck und kleinen Verhaltensexperimenten wie Imaginationsübungen oder die visuelle Kontrolle von Bewegungen (Wand et al., 2012; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015; Diers et al., 2016).

Relativieren Sie unrealistische Erwartungen. Erklären Sie, dass man auch mit Beschwerden ein gutes Leben haben kann. Das Finden einer eindeutigen „Ursache“, ein schnelles „Wegmachen“ oder „Loswerden“ der Beschwerden oder andere Heilsversprechen sind nicht zielführend. Erarbeiten Sie *gemeinsam* mehrere konkrete, möglichst kleinschrittige Zwischenziele im Hinblick auf mehr Selbstwirksamkeit, verbessertes Körpererleben, körperliche und soziale Aktivierung, Regeneration und Entspannung. Erarbeiten Sie *gemeinsam* übergeordnete Motivationen und Therapieziele („Leuchtturm“, „Vision“), z. B. in Bezug auf eine Vergrößerung des Bewegungsradius, einen Lebenstraum, gesellschaftliches Engagement, den Erhalt der Partnerschaft oder der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Alle Therapieziele sollen ausformuliert und mit Prioritäten versehen gemeinsam (möglichst schriftlich) fixiert werden (Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015). So

können sie in Bilanzgesprächen regelmäßig überprüft und die Therapie (ebenso wie die Ziele selbst) ggf. angepasst werden; allgemein und mehrdeutig formulierte Therapieziele erschweren hingegen die Kommunikation und die Reevaluierung (Bieber et al., 2004; Müller et al., 2004). Allzu ehrgeizige Ziele wie eine „Heilung“ der Beschwerden oder das „Aufklären“ einer „einzigen“ Ursache sind meist unrealistisch und zumindest am Anfang allenfalls sekundäre Ziele (Salmon et al. 1999; Kouyanou et al. 1998; Foster et al. 2010; Arbeitskreis PISO 2011; Hausteiner-Wiehle und Henningsen, 2015).

Bei der gemeinsamen Festlegung von Therapiezielen sollten vor allem eine Verbesserung der Lebensqualität, der Selbstwirksamkeit und der Körperwahrnehmung angestrebt werden. Je nach Ausmaß und Chronifizierungsgrad der Beschwerden kann ein Behandlungsziel z. B. in einer besseren Akzeptanz der Beschwerden oder aber im Ablegen bzw. Modifizieren der Krankenrolle bestehen. Es kann ein Behandlungsziel sein, mit und trotz der Beschwerden wieder Hobbies und sportliche Betätigungen auszuüben. Es kann ein Behandlungsziel sein, sich weniger auf (vermeintliche) Beschwerden und Funktionsstörungen zu konzentrieren, sondern den eigenen Körper wieder mehr als Quelle von Wohlbefinden, Gesundheit und Genuss zu erleben. Es kann ein Behandlungsziel sein, wieder einkaufen gehen oder die Treppe in den vierten Stock steigen zu können. Je konkreter, desto besser.

Neben konkreten und realistischen Zwischenzielen sind auch übergeordnete Werte, Ziele und Motivationen wichtig („Vision“, „Leuchtturm“). (Bei Werten geht es darum, wie wir uns verhalten, bei Zielen darum, was wir bekommen wollen.) Sie sind das, wofür es sich für den Patienten zu leben und ggf. auch zu kämpfen lohnt. Klären Sie beispielsweise, ob der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ein Behandlungsziel darstellt, denn Erwerbstätigkeit ermöglicht idealerweise finanzielle Unabhängigkeit, einen strukturierten Tagesablauf, Ablenkung, Selbstbewusstsein und Sinn - sie kann aber auch zur Belastung werden. Möglichkeiten und Motivation des Patienten, seinen Arbeitsplatz zu gestalten, evtl. mit Hilfe von Vorgesetzten, Betriebsrat oder Betriebsarzt sollten sondiert, eventuelle Berentungswünsche thematisiert und ggf. modifiziert werden. Auch der Erhalt der Partnerschaft oder der Familie, die unter funktionellen Beschwerden ja oft leidet, ein langgehegter Reisetraum oder eine sportliche Leistung können übergeordnete Ziele sein.

Achten Sie dabei auf Patientenpräferenzen, aber auch mögliche widersprüchliche Ziele (z. B. zwischen Gesundheits- und Rentenwunsch) sowie innere (z. B. Ängste, Konfliktvermeidung) und äußere Behandlungshindernisse (z. B. Dagegenarbeiten des Partners, laufende Schmerzensgeldverhandlungen). Begleiten und motivieren Sie Patienten bei der Umsetzung ihrer Ziele, loben Sie sie für schon erreichte Fortschritte.

Patientenpräferenzen, also Wünsche oder Vorlieben in der Behandlung, tragen bereits zur Arztwahl bei und beziehen sich z. B. auf eventuelle Zusatzqualifikationen des Arztes, auf Haltung, Kommunikationsstile und Aufgabenverteilung in der Arzt-Patient-Beziehung oder auf bestimmte Diagnostik- und Behandlungsmethoden (Halpert, 2011; Bastemeijer et al., 2017). Auch sie sind den Patienten (und Behandlern) teils unbewusst und können nur zum Teil beeinflusst werden. Ganz generell wünschen Patienten mit chronischen

Gesundheitsproblemen eine individuelle, nicht nur sachlich-zielgerichtete Behandlung. Patienten mit länger anhaltenden funktionellen Körperbeschwerden wünschen sich vor allem emotionale Unterstützung („ernst genommen werden“), Sorgfalt und Aufmerksamkeit im Hinblick auf ihre Beschwerden, Empathie im Hinblick auf ihre persönlichen Umstände, ein partnerschaftliches Arzt-Patient-Verhältnis, außerdem eine nachvollziehbare Erklärung für ihre Beschwerden sowie eine Diagnose und schließlich Ratschläge, wie man die Beschwerden lindern oder mit ihnen besser leben kann (Salmon et al., 2004; Lind et al., 2014; Halpert, 2011; Kornelsen et al., 2016; Houwen et al., 2017; Calpin et al., 2017; *siehe auch Empfehlung 7*). Fühlt sich eine Patientin missverstanden oder „abgefertigt“, ist die Chance auf eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung, die es erlaubt, auch psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen, weitgehend (erst einmal) verloren (Tait und Chibnall 1997; Kouyanou et al. 1998).

Patientenpräferenzen sollten unbedingt zwischen Ärztin und Patientin thematisiert werden (vgl. auch aktuelle Fibromyalgie-Leitlinie), denn:

- Gemeinsame Ziele können die individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung konkretisieren und die Adhärenz verbessern.
- Ungünstige Präferenzen (z. B. für passive, medikamentöse oder invasive Behandlungsformen) können evtl. modifiziert werden
- Günstige Präferenzen (z. B. für aktive, nicht-invasive Behandlungsformen) können aufgegriffen und genutzt werden

Stimmen Sie Erwartungen an die Rollen von Arzt und Patient in der weiteren Behandlung ab. Angestrebt werden sollte eine partizipative Entscheidungsfindung mit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Und schließlich sollten auch die (beiderseitigen) Erwartungen an die Rollenverteilung in der Behandlung geklärt werden. Mit der höchsten Behandlungszufriedenheit und der besten Prognose scheint eine partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making“) assoziiert zu sein, bei der der Arzt (als Experte für die Erkrankung) und der Patient (als Experte für sein subjektives Erleben und seinen Kontext) relevante Behandlungsentscheidungen gemeinsam treffen (Müller et al., 2004; Bieber et al., 2004, 2006 und 2008). Dies kann durchaus auch ein Prozess des „Aushandelns“ sein, der sich über einige Kontakte erstreckt. Die ärztliche Rolle sollte vorwiegend als supportiver „Coach“ verstanden werden, der die Patientin berät (in Bezug auf geeignete Diagnostik, die optimale und für die Patientin passende Diagnose und Therapie), beruhigt (falls unbegründete Gesundheitsängste vorliegen), begleitet (durch den gesamten Behandlungsprozess hindurch), stützt (falls Zweifel oder Rückschläge auftreten), motiviert (selbst aktiv und zum Experten seiner Erkrankung zu werden), und vertritt (z. B. in der Kommunikation mit anderen Behandlern). Die Erfüllung dieser ärztlichen Aufgaben sollte die Ärztin dem Patienten verbindlich zusichern, auch wenn die Therapie „nur“ aus kleinen Schritten ohne großes ärztliches Eingreifen zu bestehen scheint. Ein zu aktives (oder sogar aktionistisches), autoritäres oder paternalistisches Arztverhalten kann die angestrebte

Stärkung der Selbstwirksamkeit des Patienten verhindern, ihn zu sehr zum Behandlungs-Objekt anstatt zum handelnden Subjekt machen (entsprechend des ethischen Prinzips der Autonomie („Voluntas aegroti suprema lex“). Zum Behandlungserfolg beitragen kann auch die Partizipation von Patienten bei der Entwicklung von Informations- oder Therapieangeboten (Camerini et al., 2013).

Dabei kann es natürlich zu *unterschiedlichen* Erwartungen, Zielen und Präferenzen zwischen Arzt und Patient kommen, bis hin zu (auch ethischen) Konflikten: Manche Patienten bevorzugen einen paternalistischen Arzt, dem sie alle Entscheidungen überlassen und sich führen lassen wollen. Manche Patienten wollen den begründeten ärztlichen Vorschlägen nicht Folge leisten, verlangen potentiell schädigende Maßnahmen. Manchmal verhindert eine mangelhafte Kommunikation eine informierte Einwilligung bzw. Ablehnung. Gibt es widersprüchliche Ziele (der Patient will beispielsweise eine somatische, die Ärztin eine „psychische“ Genese beweisen; die Patientin will die Rente, der Arzt will sie wieder in die Arbeit bringen; der Patient will Opiate, die Ärztin vermutet bereits eine Abhängigkeitsentwicklung und will entziehen; die Patientin hat Vorbehalte gegen Psychotherapeuten, die Ärztin hält eine Psychotherapie für indiziert), so resultieren oft eine zunehmende Verdeutlichung der Beschwerden, Missverständnisse, Streit oder Behandlungsabbrüche. Gibt es Zielkonflikte beim Patienten selbst (z. B. Hin- und Hergerissen-Sein zwischen Versorgungs- und Unabhängigkeitswünschen), können unklare Schwankungen der Beschwerden, Rückfälle oder ein Behandlungsstillstand die Folge sein. Darüber hinaus können weitere Therapiehindernisse (z. B. ausgeprägte Bewegungsangst oder Mobbing am Arbeitsplatz) das Erreichen von Therapiezielen behindern (hauptsächlich Daten zum chronischen Rückenschmerz; z. B. Foster et al., 2010; George und Beneciuk, 2015). Im Vergleich zum Standardvorgehen bei anderen Erkrankungen sollte die Ärztin bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden daher - zumindest zu Beginn der Therapie - modifizierte, eher bescheidene, manchmal auch scheinbar widersprüchliche Therapieziele akzeptieren und sich auf den Patienten ein wenig zubewegen. Zum Beispiel stellt die Motivation für eine Psychotherapie keine Bringschuld des Patienten dar, sondern unter Umständen ein erstes, nur nach und nach zu erreichendes Therapieziel (*siehe Empfehlung 17*).

Auch beim Behandler selbst kann es zu Zielkonflikten und entsprechend zu Entscheidungsschwierigkeiten kommen, z. B. zwischen Aktivierung und Alimentierung bei Fortschreibung oder Beendigung einer Arbeitsunfähigkeit, bei der Bewertung eigener wirtschaftlicher Interessen oder der eigenen ärztlichen Rolle. Daher sollten auch ärztliche Rollen- oder Zielkonflikte reflektiert, geklärt und sorgfältig im langfristigen Interesse des Patienten entschieden werden (*siehe auch Empfehlung 7*). Genau dieses langfristige Patientenwohl kann im Einzelfall dem Patienten auch deutlich gemacht werden: "Wenn ich Sie weiter krankschreibe, bedeutet dies für Sie zwar eine augenblickliche Entlastung. Wir laufen aber Gefahr, dass es dadurch weiter chronifiziert. Ich möchte Sie aber beim Gesundwerden/ zur Verbesserung Ihrer Lebensqualität/ Leistungsfähigkeit unterstützen".

13. Beschwerden und Symptome lindern:*("ease symptoms")***KKP**

Erklären Sie den in der Regel vorübergehenden und begleitenden Charakter von passiven, beschwerdelindernden Maßnahmen im Vergleich zu nachhaltigeren aktiven Selbstwirksamkeitsstrategien. Erklären Sie Vor- und Nachteile dieser Maßnahmen und wägen Sie sie mit dem Patienten ab **(starker Konsens)**.

KKP

Beraten Sie Patienten hinsichtlich passiver symptomatischer Maßnahmen zur Beschwerdelinderung:

Analgetika, Psychopharmaka, überwiegend peripher wirksame Medikation, passive physikalische und physiotherapeutische Anwendungen, passive komplementärmedizinische Begleittherapien wie z. B. Akupunktur, Phytotherapie **(starker Konsens)**.

Erklären Sie den in der Regel vorübergehenden und begleitenden Charakter von passiven, beschwerdelindernden Maßnahmen im Vergleich zu nachhaltigeren aktiven Selbstwirksamkeitsstrategien. Erklären Sie Vor- und Nachteile dieser Maßnahmen und wägen Sie sie mit dem Patienten ab.

Der Wunsch von Patienten nach Linderung der Beschwerden ist legitim, und nach einer gründlichen Vorbereitung können passive Interventionen, einschließlich Medikamenten, durchaus indiziert sein und – nach entsprechender Vorbereitung – empfohlen werden. Die Vorstellungen von Patienten zur Erfolgserwartung und Wirkungsweise der Verordnung sollte aber beurteilt und ggf. korrigierend beeinflusst werden. Diese Vorstellungen werden die Wirkung der Verordnung mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinflussen, und angemessene Interventionen in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigen und umgekehrt (Hayden et al. 2014). Diese Ansicht wird auch durch eine umfassende Übersicht zum aktuellen Stand der Placebo-Forschung gestützt (Enck et al., 2017).

Zur Vorbereitung gehört eine Erklärung zu dem vorübergehenden und begleitenden Charakter dieser Verordnungen. Solche Interventionen können bei einer Reihe von funktionellen Körperbeschwerden kurzfristig lindernd wirken und prinzipiell die vergleichsweise effektiveren und nachhaltigeren aktiven Selbstwirksamkeitsstrategien flankieren. Eventuelle Vorstellungen des Patienten, ein Medikament oder eine einfache Maßnahme könne die Beschwerden dauerhaft völlig zum Verschwinden bringen und alle anderen Maßnahmen oder Anstrengungen unnötig machen, sollten frühzeitig, vor der neuen Verordnung eines Medikaments oder einer Maßnahme relativiert werden. Das ist auch für „mitgebrachte“ Verordnungen von Patienten bei einem Arztwechsel zu beachten.

Bei der Verordnung der Therapie müssen die Vorstellungen des Patienten, zusammen mit seinen eventuellen Begleiterkrankungen, ökonomischen Aspekten sowie die Umsetzbarkeit der vorgeschlagenen Therapie im Lebenskontext des Patienten berücksichtigt werden. Die Verordnung soll wiederum erst nach gründlicher Information über Sinn, Bedingungen (Kosten, feste oder bedarfsgesteuerte Anwendung) sowie Art und

Wahrscheinlichkeit/Häufigkeit möglicher unerwünschter Nebenwirkungen erfolgen. Dies dient wiederum auch dazu, dass der Patient die Verabreichung nicht als Bestätigung einer eigentlich somatischen Ursache versteht.

Die Verordnung empfiehlt sich beschwerdeorientiert (auch) als Begleitmaßnahme in Phasen erheblicher Belastung (z. B. während der Einleitung einer Psychotherapie). Für Pharmakotherapien als Monotherapie finden sich keine oder allenfalls sehr vereinzelt Nachweise einer langfristigen Wirksamkeit (Henningsson et al. 2018b, van Dessel et al. 2014). Sie sollen daher unter kontinuierlicher Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplans erwogen werden. Pharmakotherapien und andere passive Maßnahmen können auch zur Verbesserung der Therapie-Adhärenz des Patienten dienen und später aktivere Interventionen vorbereiten (z. B. Physiotherapie nach Analgetika- und Balneotherapie beim Fibromyalgiesyndrom).

Passive Therapiemaßnahmen sollten also nur nach kritischer Abwägung und nur dann eingesetzt werden, wenn deren Anwendung zeitlich begrenzt ist, ihr Ziel, also die Beschwerdelinderung, erreichbar erscheint und dem Patienten angemessen erklärt wird. Die Therapie ist bezüglich ihres Nutzens (Reduktion von Beschwerden und Beeinträchtigungen) und ihrer Risiken und unerwünschten Wirkungen kontinuierlich zu überprüfen. Beachten Sie bei funktionellen Körperbeschwerden auch die Hinweise der einzelnen Fachgesellschaften für kriteriumsgemäß ausgeprägte funktionelle Syndrome ([🔗 verwandte Leitlinien](#)).

Beraten Sie Patienten hinsichtlich passiver symptomatischer Maßnahmen zur Beschwerdelinderung.

Die vielfältigen Erscheinungsformen und diagnostischen Einordnungen funktioneller Körperbeschwerden machen einfache, allgemeine therapeutische Empfehlungen schwierig. Hinzu kommt, dass insbesondere nicht-medikamentöse Behandlungsangebote nicht durchgängig verfügbar sein können. Bei den im Folgenden aufgeführten medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen sind also Aspekte der Verfügbarkeit – ebenso wie auch eventuelle Patientenpräferenzen – bei der Beratung und gemeinsamen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Das gilt auch für Risiken und Nebenwirkungen der einzelnen Verfahren. Neuere empirische Untersuchungen nach Cochrane-Kriterien (Higgins und Green 2011) enthalten standardmäßig eine Bewertung einerseits der Akzeptanz und andererseits der Sicherheit der systematisch untersuchten Verfahren. Die Akzeptanz wird häufig anhand des Anteils tatsächlich regelhaft abgeschlossener Behandlungen beurteilt, die Sicherheit hingegen durch die Häufigkeit des Auftretens unerwünschter (schwerer) Nebenwirkungen. Die Angaben für die einzelnen Behandlungen können den entsprechenden Spalten in der Tabelle entnommen werden.

Einschränkend ist zu sagen, dass Akzeptanz und Nebenwirkungen nicht in allen Studien von den Autoren berichtet werden, sodass in den darauf beruhenden systematischen Übersichtsarbeiten oft offenbleiben muss, ob solche nicht berichtet wurden, weil es diese nicht gab, oder ob diese Angaben von den Autoren prinzipiell nicht berichtet wurden,

beispielsweise wegen ungenügender Erhebung und Dokumentation solcher Daten während der Studiendurchführung. In der Folge muss eine Beratung bezüglich Akzeptanz und möglicher Nebenwirkungen sich auf alle aktuell verfügbaren Quellen (verfügbare aktuelle Leitlinien, „Rote-Hand Briefe“) und nicht zuletzt die eigene klinische Erfahrung stützen.

- **Analgetika**

Die kurzfristige Wirkung von Analgetika, z. B. von nicht-steroidalen Antirheumatika, bei einer Reihe von schmerzbetonten funktionellen Körperbeschwerden ist mittlerweile für einige Kombinationen bestimmter Präparate und Wirkstoffklassen bei ausgewählten funktionellen Körperbeschwerden belegt. So wirken nichtsteroidale Antiphlogistika („non-steroidal anti-inflammatory drugs“, NSAID) bei chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen oder Analgetika wie Ibuprofen oder Paracetamol bei Spannungskopfschmerz und Nackenschmerzen (Derry et al. 2015, Stephens et al. 2016). Bei diesen Beschwerden konnte auch für Ketoprofen eine Beschwerdelinderung nachgewiesen werden, die allerdings auch von einem erhöhten Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen begleitet war. Eine Übersicht kann „Evidenztabelle 13.1: Analgetika“ entnommen werden.

Zahlreiche Ausnahmen erlauben allerdings keine generelle Empfehlung für diese Wirkstoffe. Die Anzahl der Patienten, die von Ibuprofen profitierte, war nur geringfügig höher als in der mit Placebo behandelten Gruppe (Derry et al. 2015). Keine Wirksamkeit ließ sich z. B. für Acetylsalicylsäure (Aspirin) bei Spannungskopfschmerz oder mehreren Wirkstoffen aus der Gruppe der NSAID beim Fibromyalgiesyndrom nachweisen (Derry et al. 2017a; Derry et al. 2017b). Keine bzw. allenfalls geringe Evidenz ließ sich nachweisen für Botulinum Toxin A, welches wegen seiner analgetischen Wirkung hier mit aufgeführt ist, in der Behandlung des Fibromyalgiesyndroms, unspezifischer Gesichtsschmerzen oder des temporomandibulären Syndroms (Soares et al. 2014; Chen et al. 2015; Khalifeh et al. 2016). Zwei unabhängige Reviews hingegen belegen den Nutzen dieses Wirkstoffes für die Behandlung bei dem Blasenschmerzsyndrom (Zhang et al. 2016, Shim et al. 2016).

Relativiert wird die der Einsatz von Analgetika zur Schmerzreduktion dadurch, dass die Wirksamkeit der aktiven Substanzen nicht allein durch pharmakologische Mechanismen erklärt werden kann. Auch Placebo vermochte ganz generell bei einem Sechstel der Patienten eine Reduktion der Schmerzintensität um mindestens 50% zu erzielen, bei vergleichbarer Verträglichkeit und Akzeptanz (gemessen an der Rate der Behandlungsabbrüche; Häuser et al. 2012). Zudem konnte eine prophylaktische Wirksamkeit dieser Substanzen bislang nicht nachgewiesen werden (Verhagen et al. 2010), sodass der Einsatz dieser Wirkstoffe auf das klassische Lindern der Symptome vor allem im Falle einer akuten Schmerzattacke beschränkt bleibt.

Es gibt keine Hinweise, dass opioidhaltige Analgetika in der Langzeitanwendung bei Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen (CNTS) analgetisch wirksamer sind als nicht opioidhaltige Analgetika oder Antidepressiva (LONTS, Chaparro

et al. 2013). Darüber hinaus ist die Schmerzreduktion selbst im Vergleich zu Placebo lediglich mäßig stark, die Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag allenfalls gering ausgeprägt. Daten für die Wirksamkeit für eine längerfristige Anwendung (> 4 Monate) fehlen, wobei die Anwendung von Opioiden über solche Zeiträume hinweg mit einem hohen Risiko zur Entwicklung einer Abhängigkeit oder einer „assoziativen (gelernten) oder adaptiven (physiologischen) Toleranz assoziiert ist“ (siehe S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischem nicht tumorbedingten Schmerzen (CNTS); LONTS, Update 2015). Darüber hinaus wird unter den spezifischen Gegenanzeigen unter anderem aufgeführt: „Bei folgenden Schmerzarten sollten Anwendungsversuche mit opioidhaltigen Analgetika ausgeschlossen werden: Bei funktionellen Störungen und somatoformen Störungsbildern (kardial, gastrointestinal, urologisch, gynäkologisch). Bei offensichtlicher Abhängigkeit der Schmerzempfindung von situationsabhängigen psychischen Befindlichkeiten.“

Der fehlenden Wirksamkeit bzw. Überlegenheit steht gegenüber, dass nach wie vor viele Patienten bei nicht tumorbedingtem Schmerz mittels opioidhaltiger Medikation behandelt werden. Ein hoher Anteil dieser Patienten ist durch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gekennzeichnet, die ggf. bei Multimorbidität mit weiteren Diagnosen vergesellschaftet sein kann (Krasselt et al. 2016, Hartz et al. 2016). Um der Gefahr einer Chronifizierung beim indizierten Einsatz bei akuten Schmerzen entgegenzuwirken, empfiehlt es sich, enge Intervalle für eine systematische und gemeinsame (Wieder-)Beurteilung des Verlaufs der Beschwerden einzuhalten („Bilanzierungsdialog“, LONTS empfiehlt bei akutem Rückenschmerz mit Opioid-Behandlung eine Re-Evaluation nach 4 Wochen).

Die Verschreibung von Opioiden hängt stark von der nonverbalen Kommunikation von Schmerz und Leiden des Patienten ab, mehr als von der verbal berichteten Schmerzstärke und körperlichen Pathologie (Turk und Okifuji 1997). Oft bleibt eine wegen ausbleibendem Therapieerfolg nicht mehr indizierte Weiterverordnung von Opioiden bestehen (eine bereits begonnene Behandlung wird über einen längeren Zeitraum als 6 Monaten nicht empfohlen). Im Falle einer vorbestehenden Medikation mit Opioiden sollte daher der Versuch einer Entwöhnung unternommen werden, am besten im Rahmen eines multimodalen Behandlungsplans.

- **Psychopharmaka**

Ein bedeutender Teil der Schmerzsyndrome aller Gebiete der Medizin einschließlich der Schmerztherapie kann einem Bereich zugeordnet werden, der gemäß der Klassifikation der International Society of the Study of Pain (IASP) als „Schmerzsyndrome mit dysfunktioneller Ätiologie“ bzw. nach internistischer Terminologie als „funktionelle somatische Syndrome“ (Häuser et al. 2004) bezeichnet werden. Für diese Beschwerden wurde die Anwendung von Psychopharmaka, vor allem von Antidepressiva, in einer großen Anzahl von randomisiert-kontrollierten Studien untersucht, die sich in einer entsprechenden Zahl von systematischen Reviews niederschlug. Überprüft wurde die Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Melitracen), „new-

generation antidepressiva“ (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI; Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, SNRI; Monoaminoxidase-Hemmer, MAOI), Antikonvulsiva (Pregabalin, Clonazepam), antipsychotische Medikation (z. B. Flupentixol) und Cannabinoiden (siehe „Evidenztabelle 13.2: Psychopharmaka“).

Im Vergleich zur vorigen Version der Leitlinie haben sich bei der antidepressiven Medikation neue Bewertungen der Wirksamkeit auf der Grundlage dieser Reviews entwickelt, die überwiegend eine Reduktion der ursprünglich zu erwartenden moderaten bis hohen Evidenzen nahelegen. Dabei spielt eine Rolle, dass in aktuellen Reviews – so z. B. als Standard in Cochrane-Reviews – Risiken und die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Ereignisse sowie die Akzeptanz seitens des Patienten, gemessen an der Rate der Behandlungsabbrüche, bei der Festlegung der Empfehlungsstärke berücksichtigt werden. Dies kann dazu führen, dass symptomatisch hoch- oder moderat wirksame Interventionen bei ungünstigen Nebenwirkungen und häufigen Abbrüchen in der Empfehlungsstärke abgewertet werden.

Die Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva für funktionelle Körperbeschwerden insgesamt wurde entsprechend in einem großen Cochrane-Review (Kleinstäuber et al. 2014) als nicht nachweisbar eingestuft, im Vergleich zu Placebos. „New generation antidepressiva“, wozu primär selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SRI) und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI = Selective Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor) gezählt werden, werden immerhin als wirksam eingestuft, wenngleich auf der Grundlage geringer empirischer Evidenz. Ein heterogenes Bild zeichnet sich für syndromale schmerzdominante funktionelle Körperbeschwerden ab. So kommen Reviews zu trizyklischen Antidepressiva insgesamt zu einer Einschätzung einer moderaten Verbesserung von Schmerz und Schlaf bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (Häuser et al. 2012), während bei Spannungskopfschmerz und nächtlichem Zähneknirschen (Verhagen et al. 2010; Macedo et al. 2014) kein Wirksamkeitsnachweis vorliegt beziehungsweise die vorliegende Evidenz der Behandlungswirksamkeit wegen signifikant erhöhter Nebenwirkungen und mangelnder Akzeptanz zu keinen weiteren oder nur eingeschränkten Behandlungsempfehlungen mehr führt (Jackson et al. 2010 für den Spannungskopfschmerz, Ford et al. 2014a und Chang et al. 2014 für das Reizdarmsyndrom, Lu et al. 2016 sowie Ford et al. 2017 für die funktionelle Dyspepsie sowie Wang et al. 2012 für den atypischen Brustschmerz. Für den Tinnitus wiederum existieren auf der Grundlage einer noch nicht aussagekräftigen Studienlage Hinweise für die Wirksamkeit von Trizyklischen Antidepressiva (Baldo et al. 2012).

In Übereinstimmung mit den Befunden für funktionelle Körperbeschwerden von Kleinstäuber und Kollegen (2014) zeigen sich für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI) und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor, SNRI) auch bei einzelnen syndromal ausgeprägten Körperbeschwerden insgesamt etwas günstigere Effekte, bei ebenfalls häufig erhöhtem Risiko für mangelnde Akzeptanz und/oder Verträglichkeit. So kommen drei unabhängige

Reviews beim Fibromyalgiesyndrom zu dem Ergebnis, dass SSRI wirksam und nebenwirkungsarm zur Behandlung dieser Beschwerden eingesetzt werden können (Häuser et al. 2012, Walitt et al 2015 sowie das Cochrane Review von Lunn et al 2014). SSRI bei diesem Beschwerdebild weisen zwar ähnlich hohe Wirksamkeitsraten auf (Häuser et al. 2013, Cording et al. 2015), sind aber durch signifikant ungünstige Nebenwirkungsprofile gekennzeichnet, die auch zu einer negativen Empfehlungen in den deutschen Leitlinien zur Behandlung des FMS geführt haben (S3-Leitlinie Fibromyalgie).

Bei Spannungskopfschmerz hingegen konnten Banzi und Kollegen (2015) in einem Cochrane-Review keinen Wirksamkeitsnachweis für SSRI und das SNRI Venlafaxin gegenüber Placebo bestätigen, und in einem weiteren Vergleich auch nicht gegenüber Amitriptylin (bei allerdings noch schwacher Evidenzgrundlage). Beim Reizdarmsyndrom stehen sich Hinweise auf Wirksamkeit (Ford et al. 2014a) und fehlende Wirksamkeit (Chang et al. 2014 in einem umfassenden und minutiösem Review der Amerikanischen Gastroenterologischen Association zur medikamentösen Behandlung des Reizdarmsyndroms), ähnlich auch bei der funktionellen Dyspepsie (Lu et al. 2016). Zwei Reviews bewerteten diese Substanzgruppen als wirksam zur Behandlung des prämenstruellen Syndroms (Kleinstäuber et al. 2012, Marjoribanks et al. 2013). Auch hier berichtet die Gruppe um Marjoribanks und Kollegen (2013) ein erhöhtes Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen und Behandlungsabbrüchen, während das andere Review hierzu keine Angaben macht.

Als weitere, überwiegend oder anteilig bedeutsam zentral wirksame Präparate wurden in Zeitraum der Leitlinienaktualisierung das Antikonvulsivum Pregabalin (Üçeyler et al. 2013, Derry et al. 2016), das atypische Neuroleptikum Quetiapin (Walitt et al. 2016a) sowie das Präparat Nabilon, ein Tetrahydrocannabinol-Derivat, (Walitt et al. 2016b) in systematischen Reviews zur Behandlung des Fibromyalgiesyndroms untersucht. Für Quetiapin und Nabilon ließ sich keine Wirksamkeitsnachweise erbringen. Pregabalin hingegen konnte sowohl das Schmerzerleben also auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität statistisch signifikant verbessern, wies aber ebenso signifikante Beeinträchtigungen bezüglich der Akzeptanz und Sicherheit auf, sodass – in Übereinstimmung mit der Leitlinie zur Behandlung des Fibromyalgiesyndroms (S3-Leitlinie Fibromyalgie) – eine Behandlung mit diesem Wirkstoff für dieses Beschwerdebild nur unter eng umschriebenen Bedingungen (komorbide generalisierte Angststörung, Kontrolle des Behandlungserfolgs nach 4 Wochen und Absetzen des Präparats bei fehlender Wirksamkeit). Ein weiteres Review zur Behandlung des Tinnitus kommt nach Auswertung von Studien zu 4 weiteren Antikonvulsiva (Hoekstra et al 2011) zum Ergebnis, dass diesen Präparaten insgesamt (Gabapentin, Carbamazepin, Lamotrigin und Flunarizin) trotz einer statistisch knapp signifikanten Risiko-Differenz keine nachweisliche Wirksamkeit zukommt, wohl aber ein Risiko einer signifikant höheren Rate von Behandlungsabbrüchen.

Die Wirksamkeit von Benzodiazepinen bei funktionellen Körperbeschwerden ist nicht erwiesen. Wegen der hohen Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung soll ihre Anwendung daher nicht erfolgen. Nach der „Roten Liste“ (2012) wird nach einwöchiger Gabe zur

Vermeidung von Entzugssymptomen eine schrittweise Dosisreduktion empfohlen, eine mehr als 4-wöchige Behandlung wird nicht empfohlen. Falls ein Patient bereits eine Abhängigkeit entwickelt hat, kann sich die Entwöhnung besonders schwierig gestalten, da sie häufig von den Patienten nicht akzeptiert und unterstützt wird (Elsesser u. Satory 2009). Der Entzug ist dennoch prinzipiell auch im haus- bzw. fachärztlichen Setting möglich. Unter Beachtung der pharmakologischen Besonderheiten der Benzodiazepine kann der Entzug medikamentös unterstützt und ggf. psychotherapeutisch fachgerecht begleitet werden (Holzbach 2009).

- **Peripher wirksame Medikation**

In den vergangenen Jahren konnten eine Reihe peripher wirksamer Präparate ihre Effektivität in der symptomatischen Linderung bei ausgewählten funktionellen Körperbeschwerden nachweisen. Als generelle Einschränkung muss auch hier das Fehlen von mittel- und langfristigen Folgeuntersuchungen angeführt werden, sodass die folgenden Angaben nur als Hinweise für kurzfristige Effekte einer Behandlung gewertet werden können. Insgesamt waren die untersuchten (nicht-invasiven) Interventionen eher nebenwirkungsarm, so dass hier keine generelle Einschränkung der Anwendung dieser Therapien berücksichtigt werden muss, sondern beim Patienten im Einzelfall zu überprüfen ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Reviews häufig nicht die große Heterogenität des Reizdarmsyndroms differentiell berücksichtigen (Obstipations- und Diarrhoe-dominate sowie gemischte Formen), die nach Auffassung der Leitlinie zum Reizdarmsyndrom (Layer et al. 2009) die Empfehlung einer einzelnen Standardtherapie von vorneherein ausschließt. Eine Übersicht kann „Evidenztabelle 13.3: Peripher wirksame Medikation“ entnommen werden.

Beim Reizdarmsyndrom insgesamt erwiesen sich krampflösende Wirkstoffe (Martinez-Vázquez et al. 2012, Chang et al. 2014) als wirksam. Ein im ersten Review gefundenes erhöhtes Risiko für nicht-schwere un-er-wünsch-te Ereignisse wurde in keiner der zugrundeliegenden Primärstudien statistisch bestätigt und ergibt sich erst bei Integration der Ergebnisse. Schwere un-er-wünsch-te Ereignisse wurden nicht beobachtet. Die Autoren kommen daher zum Schluss, dass diese Wirkstoffgruppe sicher und wirksam in der Anwendung ist, ein Ergebnis, das auch durch das Review der American Gastroenterologic Association unterstützt wird (Chang et al. 2014). Für das Spasmolytikum Mebeverin allerdings lag im Aktualisierungszeitraum kein neues systematisches Review vor, sodass ein Wirksamkeitsnachweis für dieses Präparat aussteht (Darvish-Damavandi et al. 2010).

Das Breitband-Antibiotikum Rifaximin wurde durch drei unabhängige systematische Reviews in seiner Wirksamkeit bestätigt (Menees et al 2012, Li et al. 2016, Chang et al. 2014), wobei sich das letztgenannte Review auf das diarrhöe-dominante Reizdarmsyndrom beschränkte. Auch für dieses Präparat gab es konsistente Wirksamkeitsnachweise ohne Hinweise auf mangelhafte Akzeptanz oder Verträglichkeit. Alosetron, ein selektiver Antagonist der 5-HT₃-Rezeptoren wird zur Behandlung des

Diarrhoe-dominanten Reizdarmsyndroms verwendet und wirkt statistisch signifikant günstig auf abdominalen Schmerz (Chang et al. 2014). Angaben zu mangelnder Akzeptanz oder Verträglichkeit wurden in diesen Reviews nicht systematisch berichtet.

Als vergleichsweise risikoarme Therapieansätze wurden die Einnahme von Ballaststoffen, Pfefferminzöl und Lactobacillus-Präparaten untersucht. Die Einnahme von Ballaststoffen insgesamt konnte in ihrer Wirksamkeit im Zeitraum der vergangenen Version dieser Leitlinie nicht bestätigt werden (Ruepert et al. 2011). Zwei neuere systematische Reviews (Moayyedi et al. 2015, Nagarajan et al. 2015) konnten in einer Moderatorenanalyse übereinstimmend zeigen, dass nicht-lösliche Ballaststoffe (Kleie) unwirksam sind, während lösliche (z. B. Floh- oder Leinsamen) in der Lage sind, zu einer Besserung der Beschwerden und Reduktion der Schmerzen beizutragen. Für die Wirksamkeit von Pfefferminzöl (Ford et al 2008) gibt es keine aktuellen Befunde, die den früheren Nachweis hinfällig machen. Für Zubereitungen mit Lactobacillus findet sich keine einheitliche Evidenz: ein Review zu der ganzen Gruppe von Probiotika insgesamt (Ford et al. 2014b) verfehlt den Nachweis einer signifikanten Wirkung knapp und empfiehlt Probiotika nur in Kombination mit weiteren Präparaten. Eine eigene Analyse zeigt auch eine Tendenz zu – wenn auch nicht-schweren – unerwünschten Nebenwirkungen in dem Anteil der Primärstudien dieses Reviews, welche diese Daten berichten. Die Gruppe um Tiequn (2015) kam in einem auf die Anwendung von Lactobacillus fokussierten Review zu dem Ergebnis, dass diese Präparate nebenwirkungsarm wirksam seien. Dieses Ergebnis wird unterstützt durch 2 weitere Reviews zu Probiotika insgesamt (Didari et al 2015, Zhang et al. 2016).

Beschwerden mit dem Leitsymptom Obstipation (RDS-O) konnten durch das Oligopeptid Linaclotid und der bi-cyclischen Fettsäure Lubiprostone (Videlock et al 2013, Atluri et al. 2014, Chang et al. 2014) günstig beeinflusst werden. Die Primärstudien berichteten auch schwere unerwünschte Ereignisse (allerdings in der Regel ohne nachweisbaren Zusammenhang mit der Medikation) sowie eine erhöhte Rate von Behandlungsabbrüchen auf allerdings niedrigem Niveau. Häufigste unerwünschte Nebenwirkung war Diarrhoe.

Für Beschwerden im Zusammenhang mit der funktionellen Dyspepsie waren in der Vergangenheit für einige prokinetische Präparate Wirksamkeitsnachweise erbracht worden, von deren Anwendung mittlerweile wegen des relevanten Risikos unerwünschter Nebenwirkungen abgeraten wird: Tegaserod wurde in Deutschland aufgrund eines erhöhten Risikos für schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen vom Markt genommen, ebenso wie Cisaprid, da dieser Wirkstoff Herzrhythmusstörungen (Long-QT-Syndrom) verursachen kann. Das chemisch ähnliche Renzapride, ein kombinierter 5-HT₃-Antagonisten und 5-HT₄-Agonist, befindet sich hinsichtlich solcher unerwünschter Nebenwirkungen in der Prüfung. Für die Präparate Metoclopramid und Domperidon liegen Rote-Hand-Briefe der Hersteller vor. Zubereitungen von Chelidonium majus (Schöllkraut), die ebenfalls prokinetisch wirken, sind wegen der Möglichkeit selten auftretender schwerer Leberschädigungen im Risiko-Nutzen-Vergleich durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) als ungünstig eingeschätzt worden (EMA 2011). Dies gilt vor allem auch bei einer – in der Praxis nicht ungewöhnlichen – dauerhaften

Anwendung dieser Präparate, welche in den identifizierten RCTs nicht langfristig untersucht worden sind: Einen Nachweis von Evidenz für dieses Störungsbild gab es für den Acetylcholinesterase-Hemmer Acotiamide (Xiao et al. 2014), dessen Anwendung zu einer klinischen Verbesserung insgesamt und zu einer Verbesserung einzelner Symptome, vor allem postprandialer Beschwerden, nicht aber abdominalem Schmerz, führen konnte. Nicht wirksam waren in aktuellen systematischen Reviews 5-Hydroxytryptamin(5 HT)-1 Rezeptor-Agonisten oder der selektive selective 5HT-4-RezeptorAgonist Mosapride (Ford et al. 2017, Bang et al 2015).

In einzelnen ausgewählten Syndrom-Wirkstoff-Kombinationen erwies sich die äußerliche Anwendung von Capsaicin beim chronischen Rückenschmerz als wirksam (Oltean et al. 2014). Alphablocker konnten bei chronischem Unterbauchschmerz und Chronischer Prostatitis (Cohen et al. 2012) in ihrer Wirksamkeit bestätigt werden, während für zahlreiche andere Behandlungsansätze nur eine ungenügende Studienbasis vorlag. Progesteron erwies sich als wirksam beim Unterbauchschmerz der Frau (Cheong et al 2014), und vorläufige Befunde deuten auf eine auch längerfristige Wirksamkeit der Behandlung hin. Dem stehen andererseits Hinweise auf ein erhöhtes Risiko unerwünschter Nebenwirkungen wie z. B. Blähungen oder Gewichtszunahme gegenüber, welche ggf. zu Behandlungsabbrüchen führen können. Bei Blasenschmerzsyndrom zeigte sich ein potentieller Nutzen der Anwendung des Bacillus Calmette–Guerin (Zhang et al. 2016), während andere spezifische intravesikale Verfahren oder intravesikale Verfahren insgesamt keine eindeutige Behandlungsevidenz demonstrieren konnten (Henningsen et al. 2018b). Keine Änderung der Evidenzlage gab es für die Anwendung von Nahrungsmittelergänzungen beim Fibromyalgiesyndrom, sodass auf der bestehenden Studienlage für diese Intervention keine Empfehlung ausgesprochen werden kann (Terhorst et al. 2011).

- **Passive physikalische und physiotherapeutische Anwendungen**

Ähnlich wie bei der peripher wirksamen medikamentösen Behandlung funktioneller Körperbeschwerden wurde auch die Effektivität von passiven Maßnahmen mit einzelnen syndromalen funktionellen Körperbeschwerden in den vergangenen Jahren anhand systematischer Reviews und Meta-Analysen überprüft. Auch hier gilt einschränkend, dass die Ergebnisse trotz des chronischen Charakters der Beschwerden in aller Regel nicht im langzeitlichen Verlauf untersucht wurden. Für eine Übersicht siehe „Evidenztabelle 13.4: Passive physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen“.

Manuelle Therapie – die möglicherweise als eine ausgelagerte und intensivierte Form der Berührung (*siehe auch Empfehlung 2 und Exkurs dort*) im Gesundheitssystem betrachtet werden kann – wurde in einigen systematischen Reviews zu verschiedenen Bereichen funktioneller, meist schmerz-charakterisierter Körperbeschwerden untersucht. Für manuelle Therapie bei chronischem, nicht-spezifischen Rückenschmerz gab es keine neuen systematischen Übersichtsarbeiten, sodass hier keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen werden kann (Rubinstein et al. 2014). Massage wurde für diese Beschwerden als wirksam bestätigt, verbunden mit einer ebenfalls schwachen

Empfehlung (Furlan et al. 2015). Allerdings erwies sich Massage in einem systematischen Review nicht als wirksam bei Patienten mit einem Fibromyalgiesyndrom (Li et al. 2014) und wird übereinstimmend von der Leitlinie zur FMS nicht zur Anwendung empfohlen (S3-Leitlinie Fibromyalgie).

Ein „muskuloskelettaler manueller Ansatz“, welcher verschiedene manuelle Techniken analysierte, erwies sich in einer Übersichtsarbeit von Martins und Kollegen (2016) bei kranio-mandibulärer Dysfunktion als effektiv. Manuelle Verfahren wurden auch wirksam eingesetzt beim Reizdarmsyndrom (Müller et al. 2014). Beim Spannungskopfschmerz konnte für manuelle Therapien mit mobilisierenden Anteilen eine signifikant günstige Wirkung nachgewiesen werden (Mesa-Jiménez et al. 2015). Patienten mit Fibromyalgiesyndrom profitierten bei guter Evidenzlage von Balneo- und Hydrotherapie (Winkelmann et al. 2012, Naumann und Sadaghiani 2014). Die Anwendung dieser Verfahren bei anderen schmerzdominanten Körperbeschwerden wurde bislang nicht auf der Ebene systematischer Reviews untersucht.

Im Aktualisierungszeitraum wurden weitere symptomorientierte spezifische Behandlungen für bestimmte funktionelle Körperbeschwerden untersucht. Die Wirksamkeit okklusaler Aufbiss-Schienen bei kranio-mandibulären Beschwerden konnte in drei unabhängigen Übersichtsarbeiten bestätigt werden (Ebrahim et al. 2012, Zhang et al. 2016, Kuzmanovic Pficer et al. 2017). „Temporomandibuläre Spülungen“ hingegen erwiesen sich bei diesen Beschwerden als kurzfristig nicht wirksam, bei tendenziell längerfristigen günstigen Effekten (Bouchard et al. 2017). Für die Anwendung weiterer passiver physikalischer Verfahren ließ sich keine ausreichend gesicherte Evidenz nachweisen. Radiofrequenz-Neurotomie, transcutane elektrische Nervenstimulation (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS; Khadilkar et al. 2008, Huang et al. 2015) oder „therapeutischer Ultraschall“ (Ebadi et al. 2014) erwiesen sich nicht als wirksam bei chronischem nicht-spezifischem Rückenschmerz. Das gilt ebenfalls für elektrische oder repetitive transkraniale magnetische Stimulation (repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS) bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (Winkelmann et al. 2012, Slazar et al. 2017). Für diese und ähnliche Behandlungen wird übereinstimmend „keine Empfehlung“ in den entsprechenden Leitlinien ausgesprochen.

- **Komplementär- und alternativmedizinische passive Begleittherapien wie Phytopharmaka oder Akupunktur.**

Als Verfahren der komplementären und alternativen Medizin wird eine Gruppe von Verfahren und Produkten oder auch eigenständigen Versorgungssystemen bezeichnet, welche generell nicht der konventionellen Medizin („allopathische Medizin“) zugeordnet werden (ZITAT „National Center for Complementary and Alternative Medicine“; NCCAM). Die Grenzen sind allerdings fließend und können sich infolge zukünftiger Evidenzbasierung ändern. Verfahren, welche zusätzlich zu konventionellen Therapien eingesetzt werden, bezeichnet man als komplementär. Alternative Verfahren hingegen intendieren einen vollwertigen Ersatz allopathischer Verfahren. „Integrative Medizin“

bezeichnet den Versuch, eine Kombination konventioneller Verfahren mit komplementären/alternativen Verfahren auf der Grundlage nachgewiesener Wirksamkeit und Sicherheit der Kombination zur Anwendung bringen.

Zu diesen Verfahren findet sich vergleichsweise breite Evidenz für die Anwendung der Akupunktur und ähnlicher Verfahren (z. B. Elektro-Akupunktur oder „Dry-Needling“-Techniken, die auch als intramuskuläre Stimulation bezeichnet und bei myofascialem Schmerz untersucht wurden), sowie traditionelle chinesische Medizin oder Phytotherapie. Homöopathische Medizin wird hier aus Gründen der Vereinfachung mit aufgeführt, obwohl sie strenggenommen als eigenes Therapieverfahren bewertet wird.

Nicht zuletzt, wenn allopathische Therapien („Schulmedizin“) nicht den gewünschten Erfolg hatten, wünschen sich einige Patienten solche komplementären und alternativen Verfahren. Mit diesen ist häufig ein sinnstiftender Ansatz implizit oder explizit verbunden, was von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden potentiell geschätzt wird (Eaves et al. 2014). Trotz alles in allem wenig konsistenter Hinweise auf Wirksamkeit bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden kann ihre Anwendung – im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans (↗ Empfehlung 17 „Multimodale Behandlung vorbereiten“, nicht jedoch als Monotherapie – daher erwogen werden, da sie – bei einem z.T. verhältnismäßig günstigen Nebenwirkungs- und Kostenprofil - dazu beitragen können, die Therapie-Adhärenz des Patienten für andere therapeutische Ziele zu verbessern (Gaul et al. 2011, Paterson et al. 2011). Für den Erfolg dieser abgestimmten Intervention sind ein gemeinsames Erklärungs- und Behandlungsrational der beteiligten Therapeuten wichtig, was eine Abstimmung zwischen diesen notwendig macht. Dies wird so oder in sehr ähnlicher Weise auch in den wichtigsten Quellleitlinien formuliert, z. B. der Nationalen Versorgungsleitlinie „chronischer Rückenschmerz“ (Bundesärztekammer 2017) und der Leitlinie zum Reizdarm-Syndrom (Layer et al. 2011). Komplementär- und alternativmedizinische Therapien werden häufig von Patienten mit stärkerer funktioneller Beeinträchtigung in Anspruch genommen (Gaul et al. 2011) und kann sich im Kontext der hausärztlichen Betreuung günstig auf das Befinden und die Behandlungsadhärenz auswirken. Die Gruppe von Paterson et al. (2011) konnte zeigen, dass bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden und häufigen Praxiskontakten, ein zusätzliches Behandlungsangebot, bestehend aus mindestens 12 Sitzungen Akupunktur, eine verbesserte selbstberichtete Gesundheit zur Folge hatte.

Obwohl komplementäre Verfahren prinzipiell anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin beurteilbar sind, fehlen für einzelne Verfahren häufig aussagekräftige und methodisch ausreichend einwandfreie Evaluationsstudien (ausreichende Fallzahl, multizentrische Durchführung, unzureichende Beschreibung der Verfahren, Ungenauigkeiten bei der Zuordnung und Verblindung von Behandlung und Assessment) (Santaguida et al. 2009). Eine große Anzahl von Studien, welche die systematische Integration von Ergebnissen erlaubt, liegt für die Akupunktur vor, jeweils eine systematische Übersicht mit ausreichender methodischer Qualität existiert z. Zt. für Homöopathie und die Anwendung von Kräuterpräparaten aus der traditionellen

chinesischen Medizin. Aktive komplementär- oder alternativmedizinische Verfahren sind in Empfehlung 15 „Zur körperlichen Aktivität ermutigen“ dargestellt.

Für umschriebene schmerzdominante funktionelle Körperbeschwerden in syndromaler Ausprägung (chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz: Lam et al. 2013; Spannungskopfschmerz: Linde et al 2016), aber auch für das Chronic-Fatigue-Syndrom existieren Belege für die Wirksamkeit von Akupunktur (Wang et al. 2014, keine Effektstärken extrahierbar). Kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis konnte in zwei unabhängigen Übersichtsarbeit für das Reizdarmsyndrom (Manheimer et al. 2012, Chao et al 2014) bestimmt werden. Während die frühere Arbeit keinen signifikanten Behandlungseffekt aufzeigen konnte, berichteten Chao und Kollegen (2014) ein signifikant höhere Rate „klinischer Verbesserung“ nach Akupunktur, welche allerdings nicht durch andere, symptom-spezifischere Analysen flankiert wurde. Zwei weitere Reviews für Akupunktur für das Fibromyalgiesyndrom fanden keine oder allenfalls geringe Verbesserung nach der Behandlung für Schmerz und globales Befinden (Deare et al. 2013, Yuan et al. 2016) erbracht werden. Dieser Befund wird durch weitere systematische Reviews bestätigt (Henningsen et al. 2018b), die wegen fehlender Extrahierbarkeit von Effektstärken in diese Tabelle nicht eingehen können. Keine Wirksamkeit wird übereinstimmend für die Behandlung des Tinnitus mit Akupunktur (Liu et al 2016) berichtet. Ein verwandtes Verfahren, in dem Akupunktur-Nadeln in Triggerpunkte beim Myofacialen Schmerzsyndrom angewendet werden („Dry Needling“) konnte ebenfalls seine Wirksamkeit nicht signifikant nachweisen. Beim Einsatz insbesondere dieser Verfahren ist ungeklärt, inwieweit Placebo-Effekte zu den berichteten Behandlungsergebnissen beitragen (Meissner et al. 2011; Hróbjartsson und Gøtzsche 2010). Die Wirkung einer Pseudo-Akupunktur („Sham-Akupunktur“), eine in randomisierten, kontrollierten klinischen Studien häufig angewandte Vergleichsbehandlung, wurde nicht selten als ähnlich beschrieben. Ein konträres Ergebnis resultierte aus einer Netzwerkmetaanalyse (Wang et al. 2017), die für die Sham-Akupunktur beim chronischen Müdigkeitssyndrom im Vergleich zu allen anderen analysierten Verfahren die geringste Wirksamkeit ermittelte. Mögliche Wirkmechanismen für die verschiedenen Formen der Akupunktur bleiben damit unklar (Manheimer et al. 2005).

Im Aktualisierungszeitraum untersuchte eine systematische Übersichtsarbeit Ergebnisse zur Wirksamkeit von Homöopathie beim Fibromyalgiesyndrom (Boehm et al. 2014). Die berichteten signifikanten Effekte wurden allerdings auf der Grundlage weniger Studien mit geringen Fallzahlen und methodischen Mängeln ermittelt und können daher nach einer Abwertung nicht zu einer Empfehlung führen. Ähnliches gilt für eine Übersichtsarbeit zu Kräuterpräparaten aus der traditionellen chinesischen Medizin für das Reizdarmsyndrom mit dem Leitsymptom Diarrhoe, die in der statistischen Integration gewonnenen Befunde müssen wegen methodischer Schwächen des Reviews und der eingeschlossenen Primärstudien herabgestuft werden. Die häufig nicht ausreichende Qualität der Primärstudien zur Behandlung mit pflanzlichen Wirkstoffen ist kritisch zu bewerten (Gagnier et al. 2006, Oltean et al. 2014).

EVIDENZTABELLE 13.1: Analgetika. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

	Wirkstoff (-gruppe)	Empfehlung	System. Review	Hauptergebnis: Schmerzfreiheit/-reduktion (95% CI)	Behandlungserfolg global (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studienabbrüche	(Schwere) unerwünschte Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Spannungskopfschmerz	Ibuprofen	+	Derry et al. 2015 ©	RR 1.5 (1.2 bis 2.0) (Schmerzfrei nach 2 h)	RR 1.7 (1.3 bis 2.1) (Globalbeurteilung durch Patienten GBdP, obere 2 Kategorien)	12 (3094)	k. A.	RR 1.1 (0.64 bis 1.7) (alle uE); keine SUE beob.	GdE: moderat
	Paracetamol	+	Stephens et al. 2016 ©	RR 1.3 (1.1 bis 1.4) (Schmerzfrei nach 2 h)	k. A.	23 (8079)	k. A.	(RR 1.1 (0.94 bis 1.3) (alle uE)	GdE: hoch
	Ketoprofen	+	Veys et al. 2016 ©	RR 1.7 (1.1 bis 2.7) (Schmerzfrei nach 2 h)	k. A.	4 (1253)	k. A.	RR 2.0 (1.2 bis 3.3) (alle uE)	GdE: gering
	Acetylsalicylsäure (Aspirin)	o	Derry et al. 2017a ©	k. A.	<i>RR 1.5 (1.2 bis 1.8) (GBdP, obere 2 Kateg.)</i>	5 (1812)	k. A.	RR 1.1 (0.75 bis 1.5) ^a (alle uE)	GdE: sehr gering
	Botulinum-Toxin A	o	Jackson et al. 2012	MD -1.43 (-3.13 bis 0.27) ^b (Kopfschmerzattacken / Monat) ¹	k. A.	7 (675)	RR 1.04 (0.85 bis 1.27) ^c (UE-Abbruch)	RR 1.25 (1.14 bis 1.36) (alle uE)	StQ: moderat (Jadad)

Fibromyalgie-syndrom	Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAID)	○	Derry et al. 2017b ©	RD -0.04 (-0.16 bis 0.08) Schmerzreduktion \geq 30% ODER GBdPI	k. A.	6 (292)	RD 0.04 (-0.02 bis 0.09) (UE-Abbruch)	RD 0.08 (-0.03 bis 0.19) (alle uE)	GdE: sehr gering
Myofaszielles Schmerzsyndrom	Botulinum Toxin A	○	Soares et al. 2014 ©	SMD -0.36 (-0.86 bis 0.15) ^d Schmerzintensität nach 4-6 Wochen	k. A.	4 (233)	k. A.	RR 3.78 (1.71 bis 8.33) (alle uE)	StQ hoch
			Khalifeh et al. 2016	SMD -0.11 (-0.34 bis 0.12) (Red. Schmerzintensität nach 4-6 Wochen)	RR 1.35 (0.92 bis 1.96) (Schmerzred. \geq 30%)	13 (656)	k. A.	Kein Hinweis auf suE	GdE: moderat / gering
Chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz	Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAID)	+	Kuijpers et al. 2011 Studienlage unverändert	MD(w) -12.40 (-15.53 bis -9.26) (Schmerzreduktion VAS)	k. A.	4 (1020)	k. A.	RR 1.24 (1.07 bis 1.43) (alle uE)	GdE: gering. Kurzfristige Gabe möglich (↗NVL Kreuzschmerz)
Blasenschmerzsyndrom	Botulinum Toxin A	○	Zhang et al. 2016	k. A.	<i>OR 6.1 (2.1 bis 17.8) (Behandlungserfolg)</i>	3 (133)	k. A.	k. A.	StQ für beide Reviews hoch. Abwertung
			Shim et al. 2016	<i>SMD -0.63 (-0.97 bis -0.30) (Symptomatik / Problematik)</i>	SMD 0.29 (-0.05 bis 0.63) (Funkt. Blasenkapazität)	5 (229)	k. A.	RR 6.30 (2.3 bis 17.1)^d (alle uE)	wegen Ergebnis-Heterogenität, geringen Fallzahlen und

									des Risikos von uE
Kraniomandibuläre Dysfunktion (TMD)	Botulinum Toxin A	o	Chen YW et al. 2015	SMD 0.04 (-0.37 bis 0.44) ^d (Schmerzreduktion)	k. A.	5 (216)	RR 7.0 (0.9 bis 53.9) ^d (uE Abbruch)	k. A.	StQ: fraglich

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a 1000 mg, andere Dosierungen leicht abweichend

^b Häufigkeit von Kopfschmerzen/Monat

^c Eingeschlossenen Patienten mit allen untersuchten Kopfschmerz-Arten

^d Eigene Analyse

EVIDENZTABELLE 13.2: Psychopharmaka. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Wirkstoff(gruppe)	Empfehlung	System. Review	Hauptergebnis: Symptomschwere (95% CI) (falls nicht anders angegeben)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studienabbrüche	(Schwere) unerwünschte Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Funktionelle Körperbeschwerden allgemein	"New-generation anti-depressants"	+	Kleinstäuber et al. 2014 ©	SMD -0.91 (-1.36 bis -0.46)	SMD -0.52 (-1.00 bis -0.04)	3 (243)	RR 1.01 (0.64 bis 1.61) (alle Abbrüche)	RR 2.26 (0.52 bis 9.81) alle AE	GdE: sehr gering
	Trizyklische Antidepressiva	o	Kleinstäuber et al. 2014 ©	SMD -0.13 (-0.39 bis 0.13)	k. A.	2 (239)	k. A.	k. A.	GdE: gering
Fibromyalgiesyndrom	Trizyklische Antidepressiva	++	Häuser et al. 2012	SMD -0.53 (-0.78 bis -0.29)	SMD -0.20 (-0.43 bis 0.03)	9 (520)	RR 0.76 (0.54,1.07) (alle Abbrüche)	RR 0.84 (0.46 bis 1.52) alle AE	k. A.
	SSRI	+	Häuser et al. 2012	SMD -0.40 (-0.73 bis -0.07)	SMD -0.47 (-0.84 bis -0.10)	7 (322)	RR 1.36 (0.79 bis 2.36) (alle Abbrüche)	RR 1.60 (0.84 bis 3.04) alle AE	k. A.
			Walitt et al. 2015 ©	RD 0.10 (0.01 bis 0.20) (Schmerz-Reduktion $\geq 30\%$)	SMD -0.06 (-0.34 bis 0.21) (Funktion)	6 (343)	RD 0.04 (-0.06 bis 0.14) (uE Abbruch)	RD 0.01 (-0.07 bis 0.14) (suE)	GdE: sehr gering. CAVE: Sicherheitsrelevante Anwendungshinweise ^b
			Lunn et al. 2014 ©	RR 1.50 (1.29 bis 1.75) (Schmerz-Reduktion $\geq 50\%$)	SMD 0.32 (0.22 bis 0.42) ^c (HR-QoL)	5 (1887)	k. A.	k. A.	GdE: moderat / gering

	SNRI	o	Häuser et al. 2013 ©	<i>SMD -0.23 (-0.29 bis -0.18)</i>	<i>SMD -0.20 (-0.25 bis -0.14)^a</i>	10 (6038)	RR 1.83 (1.53 bis 2.18) (suE Abbruch)	RR 0.78 (0.55 bis 1.12) (suE)	GdE: für beide Reviews hoch
	SNRI (Milnacipran)	o	Cording et al. 2015 ©	<i>RR 1.38 (1.22 bis 1.57)^d</i> (Schmerz-Reduktion $\geq 30\%$)	k. A.	3 (1925)	RR 1.6 (1.3 bis 2.0) (suE Abbruch)	RR 0.90 (0.47 bis 1.7) (suE)	(Abwertung wegen des Risikos von suE; siehe auch: \nearrow FMS-LL)
	Pregabalin	o	Üçeyler et al. 2013	<i>RR 1.59 (1.33 bis 1.90)</i> (Schmerz-Reduktion $\geq 50\%$)	<i>SMD -0.17 (-0.26 bis -0.09)</i>	5 (3256)	RR 1.68 (1.36 bis 2.07) (suE Abbruch)	RR 1.03 (0.71 bis 1.49) (suE)	GdE: für beide Reviews hoch
			Derry et al. 2016 ©	<i>RR 1.8 (1.4 bis 2.1)</i> (Schmerz-Reduktion $\geq 50\%$)	k. A.	5 (1874)	RR 2.0 (1.6 bis 2.6) (alle Abbrüche)	RR 1.9 (0.8 bis 4.6) (suE)	(Abwertung wegen des Risikos von suE; siehe auch: \nearrow FMS-LL)
	Antipsychotische Medikation (Quetiapin)	o	Walitt et al. 2016a ©	RD 0.04 (-0.02 bis 0.10) (Schmerz-Reduktion $\geq 50\%$)	RD 0.18 (0.05 bis 0.31) (Verbesserung HR-QoL $\geq 14\%$)	2 (155)	RD 0.10 (-0.06 bis 0.27) (suE Abbruch)	RD 0.00 (-0.03 bis 0.03) (suE)	GdE: sehr gering
	Cannabinoide (Nabilon)	o	Walitt et al. 2016b ©	Kein Nachweis der Wirksamkeit (keine quant. Analyse)	k. A.	2 (72)	RR 5.0 (0.6 bis 41.2) ^l (suE Abbruch)	k. A.	Keine Einschätzung vorgenommen

Chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz	Antidepressiva Studienlage unverändert	o	Kuijpers et al. 2011 ©	SMD -0.02 (-0.26 bis 0.22) (Schmerzred.)	k. A.	4 (292)	k. A.	RR 0.93 (0.84 bis 1.04) (alle uE)	StG: hoch
Spannungskopfschmerz, chronische Nackenschmerzen	Trizyklische Antidepressiva Studienlage unverändert	o	Jackson et al. 2010	SMD -1.29 (-2.18 bis -0.39) (Tage mit Beschwerdefreiheit)	k. A.	8 (606)	RR 1.21 (0.80 bis 1.82) (suE Abbruch)	RR 1.89 (1.18 bis 3.02) (alle uE)	StG: unklar
			Verhagen et al. 2010	Kein Nachweis der Wirksamkeit (keine quant. Analyse)	k. A.	18 (k. A.)	k. A.	Kein Hinweis auf mangelnde Sicherheit	StG: unklar
	SSRI / SNRI (Venlafaxine)	o	Banzi et al. 2015 ©	MD 0.96 (-3.95 bis 2.03) (Tage mit Beschwerdefreiheit)	k. A.	2 (127)	OR 3.72 (0.79 bis 17.53) (suE Abbruch)	k. A.	GdE: Gering
Schlaf-Bruxismus	Amitriptylin	o	Macedo et al. 2014 ©	MD -0.64 (-1.72 bis 0.45) (Schmerzintensität)	k. A.	2 (40)	k. A.	RR 5.7 (1.1 bis 29.1) ¹ (alle uE)	StG: unklar
Reizdarm-Syndrom	Trizyklische Antidepressiva	+	Ford et al. 2014a	RR 0.66 (0.56 bis 0.79) („keine Symptom-Verbesserung“)	k. A.	11 (744)	RR 1.92 (0.89 bis 4.17) ^f (suE Abbruch)	RR 1.63 (1.18 bis 2.25) ^g (alle uE)	StG: unklar / gering
			Chang et al. 2014	RR 0.67 (0.54 bis 0.82) („keine adäquate globale Verbesserung“)	k. A.	23 (1438)	RR 2.1 (1.35 bis 3.28) (suE Abbruch)	k. A.	StG: unklar

	SSRI	o	Ford et al. 2014a	RR 0.68 (0.51 bis 0.91) („keine Symptom-Verbesserung“)	k. A.	7(356)	RR 1.50 (0.67 bis 3.37) ^f (suE Abbruch)	RR 1.63 (1.18 bis 2.25)^g (alle uE)	StG: unklar / gering (Abwertung wegen des Risikos von suE)
			Chang et al. 2014	RR 0.74 (0.52. bis 1.06) („keine adäquate globale Verbesserung“)	k. A.	5 (281)	k. A.	k. A.	GdE: gering
Funktionelle Dyspepsie	Trizyklische Antidepressiva	+	Lu et al. 2016	RR 0.76 (0.62 bis 0.94) („keine Symptom-Verbesserung“)	k. A.	4 (467)	k. A.	RR 1.65 (1.11 bis 2.35)^c (alle uE)	StG: moderat bis hoch (Jadad)
			Ford et al. 2017	RR 0.74 (0.61 bis 0.91) („keine Symptom-Verbesserung“)	k. A.	3 (339)	Kein Hinweis auf mangelnde Akzeptanz	RR 1.65 (1.11 bis 2.45) (alle uE)	StG: hoch
	SSRI	o	Lu et al. 2016	RR 1.00 (0.86 bis 1.17) („keine Symptom-Verbesserung“)	k. A.	2 (385)	k. A.	RR 1.64 (1.14 bis 2.35) (alle uE)	StG: moderat bis hoch (Jadad)
Prämenstruelles Syndrom / Dysmenorrhoe	SSRI	+	Marjoribanks et al. 2013 ©	SMD -0.36 (-0.51 bis -0.20) ⁱ (Symptom-schwere)	k. A.	4 (657)	OR 2.55 (1.84 bis 3.53) (suE Abbruch)	OR 4.14 (2.98 bis 5.75)^{i, k} (häufigstes uE: Übelkeit)	GdE: moderat

			Kleinstäuber et al. 2012	SMD 0.45 (0.34 bis 0.55) (Stimmung)	SMD 0.58 (0.36 bis 0.81) (Funktion)	14 (1502)	k. A.	k. A.	k. A.
Atypischer Brustschmerz	Antidepressiva	+	Wang et al. 2012	<i>SMD -1.26 (-2.34 bis -0.19) (Schmerzreduktion)</i>	MD(w) 2.00 (-2.54 bis 6.65)(HR-QoL)	7 (319)	k. A.	OR 0.34 (0.15 bis 0.78) (alle uE)	StG: hoch (Jadad)
Tinnitus	Trizyklische Antidepressiva	o	Baldo et al. 2012 ©	<i>RD -0.17 (-0.27 bis -0.06)¹ (Tinnitus-bed. Beeinträchtigung)</i>	k. A.	4 (283)	k. A.	k. A.	StG: gering (führt zur Abwertung)
	Antikonvulsiva	o	Hoekstra et al. 2011 ©	<i>RD 0.04 (-0.02 bis 0.11) (Tinnitus-bed. Beeinträchtigung weitgehend oder völlig entfernt)</i>	k. A.	7 (453)	k. A.	RR 1.96 (1.05 bis 3.67) (alle uE)	StG: unklar

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a Effekt klinisch nicht substantiell nach Angaben der Autoren

^b „Black-Box“-Warnung vor der Anwendung bei jungen Erwachsenen mit der Diagnose einer Major Depression und potentieller Suizidalität

^c mental HR-QoL (SF-36 mental component summary subscore), Tagesdosis 120 mg

^d Tagesdosis 100 mg, vergleichbare Effekte für Tagesdosis 200 mg

^e Tagesdosis 300 oder 600 mg, vergleichbare Effekte für Tagesdosis 450 mg

^f Daten berichtet nach Xie, Tang et al. 2015, Analyse identischer Studien

^g unerwünschte Nebenwirkungen: Daten gepoolt für TZA und SSRI

^c Daten gepoolt über alle eingeschlossenen Studien

ⁱ „moderate dose SSRI“

^k OR für Übelkeit

^l eigene Analyse

EVIDENZTABELLE 13.3: Peripher wirksame Medikation. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

	Wirkstoff (-gruppe)	Emp- feh- lung	System. Review	(Globale) Symptom- verbesserung (95% CI) (falls nicht anders angegeben)	Sekundär- Ergebnis „Gesundheits bezogene Lebens-quali- tät“ (95% CI) (falls nicht anders angegeben)	Anz. Studien (TN)	Studien- abbrüche	(Schwere) un-er- wünsch-te Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmer- kungen
Reizdarm- syndrom	Spasmolytika	+	Martínez- Vázquez et al. 2012	OR 1.55 (1.33 bis 1.83)	OR 1.52 (1.22 bis 1.80) (Schmerz)	23 (2585)	k. A.	OR 0.74 (0.54 bis 0.98) (alle uE)	StG: moderat / hoch (Jadad)
			Chang et al. 2014	RR 0.67 (0.55 bis 0.80) („keine adäquate globale Verbesserung“)	k. A.	22 (2983)	k. A.	k. A.	GdE: gering
	Mebeverin (Spasmolytikum)	o	Darvish- Damavandi et al. 2010; Studienlage unverändert	RR 1.13 (0.59 bis 2.16) (globale oder klinische Verbesserung)	k. A.	8 (555)	RR 1.07 (0.57 bis 2.03) ^f	k. A.	StG: moderat (Jadad)
	Rifaximin	+	Li et al. 2016	OR 1.19 (1.08 bis 1.32)	k. A.	4 (1803)	k. A.	RR 1.0 (0.99 bis 1.01) ^{b,f}	StG: unklar (Checkliste der Autoren)
			Menees et al. 2012	OR 1.57 (1.22 bis 2.01)	k. A.	5 (1803)	Vergleichbar zwischen Verum und	Vergleichbar zwischen Verum und	StG: hoch

						Placebo- Gruppen	Placebo- Gruppen	
Rifaximin (RDS-D)	+	Chang et al. 2014	RR 0.87 (0.80 bis 0.94) („keine adäquate globale Verbesserung“)	k. A.	3 (1646)	RR 0.90 (0.35 bis 2.33) suE- Abbruch	k. A.	QoE moderat
5-HT3/4 Antagonisten: Alosetron (RDS- D)	+	Chang et al. 2014	0.83 (0.78 bis 0.89) („keine adäquate Verbesserung abdom. Schmerz“)	k. A.	8 (4227)	k. A.	k. A.	QoE moderat
Ballaststoffe	o	Ruepert et al. 2011 © Studienlage unverändert	RR 1.10 (0.91 bis 1.33)	SMD 0.03 (-0.34 bis 0.40) (Schmerz)	12 (621)	k. A.	k. A.	StG: unklar / hoch
Lösliche Ballaststoffe	+	Moayyedi et al. 2015	RR 0.83 (0.73 bis 0.94) („keine globale Verbesserung“)	k. A.	14 (907)	k. A.	RR 1.06 (0.92 - 1.22) (alle uE)	k. A.
Lösliche Ballaststoffe	+	Nagarajan et al. 2015	RR 1.49 (1.09 bis 2.03)	k. A.	9 (625)	RR: 1.00 (0.98-1.03) (Studien- abbruch, alle)	k. A.	StG: unklar / gering
Pfefferminzöl	+	Ford et al. 2008 Studienlage unverändert	RR 0.43 (0.32 bis 0.59) („anhaltende Beschwerden oder abd. Schmerz“)	k. A.	4 (392)	RR 0.55 (0.19 bis 1.60) ^f	k. A.	StG: unklar / hoch (Jadad)
“FODMAP” Diät	+	Marsh et al. 2016	OR 0.44 (0.25 bis 0.76) (Reduktion Symptom-Skala IBS-SSS ≥ 50)	OR 1.84 (1.12 bis 3.03) (Veränderun	6 (352)	k. A.	k. A.	StG: unklar

Reizdarm-
syndrom
(Fortsetzung)

Reizdarm-syndrom (Fortsetzung)				g HR-QoL Skala > 14)					
	Lactobacillus	o	Ford et al. 2014b	RR 0.75 (0.54, 1.04) (“Fortbeste- hen der Be- schwerden”)	SMD -0.08 (- 0.38 bis 0.21 (Schmerz)	6 (422)	k. A.	RR 1.21 (1.02 bis 1.44) (alle uE)	StG: unklar / hoch
	Lactobacillus		Tiequn et al. 2015	RR 17.6 (5.1 bis 60.7) (klinische Verbesserung)	k. A.	3 (273)	k. A.	k. A.	StG: moderat (Jadad); Abwertung: geringes N, Hetero- genität d. Ergebn.
	Linaclotid (RDS-O)	+	Videlock et al 2013 / Atluri et al. 2014	RR 2.07 (1.65 bis 2.60) („adäquate klin. Verbesse- rung“)	k. A.	3 (2024)	RR 14.75 (4.0- 53.8) (uE- Abbruch)	k. A.	StG: unklar / hoch
			Chang et al. 2014	RR 0.73 (0.62 bis 0.85) („keine adäquate globale Verbesserung“)	RR 0.78 (0.72 bis 0.86)	3 (1773)	RR 14.8 (4 bis 54) (uE- Abbruch)	k. A.	GdE: hoch
	Lubiproston (RDS-O)	+	Chang et al. 2014	RR 0.93 (0.87 bis 0.96)) („keine adäquate globale Verbesserung“)	k. A.	2 (1166)	RR 0.36 (0.11 bis 1.12) ^a uE- Abbruch	k. A.	QdE. moderat
Probiotika	o	Didari et al. 2015	RR 2.14 (1.08 bis 4.26) („adäquate globale Verbes- serung“)	k. A.	7 (k. A.)	RR 1.26 (0.35 bis 4.60) ^f uE- Abbruch	k. A.	StG: hoch (Jadad)	

			Zhang et al. 2016	RR 1.82 (1.27 bis 2.60)	SMD: 0.29 (0.08 bis 0.50)	21 (k. A.)	k. A.	k. A.	StG: hoch
	Probiotika in Kombination	+	Ford et al. 2014b	RR 0.81 (0.67, 0.98) ("Fort bestehen der Beschwerden")	SMD -0.24 (-0.37 bis -0.12) (Symptom- / Schmerzskala)	12 (1197)	<i>RR 1.21 (1.02 bis 1.44) (alle uE)</i>	k. A.	StG: unklar / hoch
Funktionelle Dyspepsie	Acotiamide (Acetylcholinesterase-Hemmer)	+	Xiao et al. 2014	RR 1.29 (1.19 bis 1.40)	RR 0.92 (0.76 bis 1.11) (epigastr. Schmerz)	7 (2318)	Keine Hinweise auf suE	k. A.	StG: unklar / hoch (Jadad)
	5-Hydroxytryptamin (5-HT)-1A Rezeptor Agonisten (Buspiron, Tandospiro)	o	Ford et al. 2017	RR 0.85 (0.62 bis 1.18) („keine Symptom-Verbesserung“)	k. A.	3 (220)	Kein Hinweis auf mangelnde Sicherheit	0.79 (0.43 bis 1.47) (alle uE)	StG: hoch
	Mosapride	o	Bang et al. 2015	RR 1.00 (0.87 bis 1.15)	k. A.	13 (2220)	k. A.	k. A.	StG: gering (Jadad)
Fibromyalgie-syndrom	Nahrungsmittel-ergänzung	o	Terhorst et al. 2011 Studienlage unverändert	SMD 0.26 (k. A.; $p>0.05$, n.s.) (Globaler Beh.effekt)	k. A.	5 (232)	k. A.	k. A.	StG: moderat. FMS LL neg./keine Empf.
Chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz	Capsaicin	+	Oltean et al. 2014 ©	Hinweise auf Wirksamkeit (Schmerz)	k. A.	3 (755)	Keine suE	k. A.	GdE: moderat

Chronischer Unterbauchschmerz der Frau	Alphablocker	+	Cohen et al. 2012 ^e	MD -4.8 (-7.07 bis -2.58) (Symptom-index-Verbesserung)	MD -1.37 (-2.33 bis -0.40)	8 (770)	k. A.	k. A.	StG: unklar / hoch
	Progesteron	+	Cheong et al. 2014 ©	OR 3.00 (1.70 bis 5.31)^g (Schmerzlinderung)	k. A.	2 (204)	Hinweise auf erhöhte Drop-Out-Rate	Hinweise auf erhöhtes Risiko von AE	GdE: moderat
Blasenschmerzsyndrom	Bacillus Calmette-Guerin	+	Zhang et al. 2016	RR 2.50 (1.47 bis 4.25)	k. A.	4 (366)	k. A.	k. A.	StG: hoch

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a geringeres Risiko von suE-bedingten Studienabbrüchen für Experimentalgruppe

^b Mehrere Odds Ratios für einzelne suE angegeben, keines davon signifikant von 1 unterschiedlich

^c acceptability safety: Zahlen beziehen sich auf alle Studien, nicht nur auf die Anwendung von löslichen Ballaststoffen (soluble fibre)

^d Alle Probiotika, undifferenziert

^e inclusive „chronische Prostatitis“ (CP/CPPS chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome)

^f eigene Analyse

^g Petos-OR method

EVIDENZTABELLE 13.4: Passive physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	Empfehlung	System. Review	Haupt-Studien- ergebnis (95% CI)	Gesundheits- bezogene Lebens-qualität (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studien- abbrüche	(Schwere) un-er- wünsch-te Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerz	“Spinal manipulative therapy”	○	Rubinstein et al. 2011 © Studienlage unverändert	Keine Empfehlung für diese Form der Behandlung	k. A.		k. A.	k. A.	GdE: sehr gering
	Massage	+	Furlan et al. 2015	SMD -0.75 (-0.90 bis -0.60) (Schmerz)	SMD -0.72 (-1.05 bis -0.39) (Funktions- fähigkeit)	7 (761)	k. A.	RD 0.06 (0.00 bis 0.11) (alle uE)	GdE: gering
	Therapeutic ultrasound	○	Ebadi et al. 2014	MD -7.12 (-17.99 bis 3.75) (Schmerz)	<i>SMD -0.45 (-0.84 bis -0.05)</i> (Funktions- fähigkeit)	3 (121)	k. A.	k. A.	GdE: gering; Abwertung wg. meth. Mängel
	Transkutane elektrische Nervenstimu- lation (TENS)	○	Khadilkar et al. 2008 © Studienlage unverändert	Keine Empfehlung für diese Form der Behandlung	k. A.	4 (585)	k. A.	k. A.	StG: hoch
	Low-Level- Laser-Therapie	○	Huang et al. 2015	<i>MD(w) = -13.57 (-17.42 bis - 9.72) (Schmerz)</i>	MD(w)= -2.89 (-7.88 bis 2.29) (Beeinträchtigung)	k. A.	RD 0.02 (-0.02 bis 0.05) ^a (alle Studien- abbrüche)	k. A.	StG: hoch; Abstufung: Heterogenität der Studien (vgl. NVL)

Fibromyalgie-syndrom	Balneo-/Hydro-/Spa-Therapie	++	Winkelmann et al. 2012	SMD -1,36 (-2.27 bis -0.44) (Schmerz)	SMD -1,38 (-2,98 bis 0,21) (7 (396)	RR 0.83 (0.25 bis 2.74) (alle Studienabbrüche)	k. A.	StG: unklar
	Balneotherapie	+	Naumann und Sadaghiani 2014 2014	SMD -0.84 (-1.36 bis -0.31) (Schmerz)	SMD -0.78 (-1.13, bis 0.43)	5 (177)	Keine Studienabbr. wg. uE	Keine suE berichtet	StG: gering
	Massage	o	Li et al. 2014	SMD 0.37 (-0.19 bis 0.93) (Schmerz)	k. A.	9 (404)	RR 0.94 (n.s., CI k. A.)	k. A.	StG: unklar
	Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	o	Winkelmann et al. 2012	SMD 0.24 (-0.19 bis 0.68) (Schmerz)	k. A.	3 (82)	hohe Akzeptanz berichtet	Keine uE berichtet	StG: unklar
			Salazar AP et al. 2017	SMD -1.34 (-3.27 bis 0.59) (Schmerz)	k. A.	9 (301)	k. A.	k. A.	GdE: gering bis moderat
	Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	o	Winkelmann et al. 2012	SMD -0.46 (-1.03 bis 0,11) (Schmerz)	k. A.				StG: unklar
			Knijnik et al. 2016	(SMD = -0.31 (-0.64 bis 0.02) (Schmerz)	<i>SMD = -0.47 (-0.80 bis -0.14) (HR-QoL)</i>	5 (143)	k. A.	uE Kopfschmerzen, selten: Krampfanfälle	StG: moderat. AE: führen zur Abwertung
Reizdarmsyndrom	"Manipulative therapy"	+	Müller et al. 2014	SMD 0.81 (0.43 bis 1.19)^a (Schmerz)	k. A.	3 (128)	k. A.	k. A.	StG: hoch

Kranio- mandibuläre Dysfunktion	"Musculo- skeletal manual approach"	+	Martins et al. 2016	MD 1.69 (1.09 bis 2.30) (Schmerz)	SMD 0.83 (0.42 bis 1.25) (Funktions- fähigkeit / Beweglichkeit)	5 (184)	k. A.	k. A.	StG: unklar (PEDro)
	Aufbissschiene	+	Ebrahim et al. 2012	SMD -0.93 (-1.33 bis -0.53) (Schmerz)	SMD = -0.09 (-0.51 bis 0.32) (HR-QoL)	11 (457)	k. A.	k. A.	GdE: moderat
			Zhang et al. 2016	MD 2.02 (1.55 bis 2.49) (Schmerz)	MD 5.39 (3.96 bis 6.81) (Funktions- fähigkeit / Beweglichkeit)	13 (538)	k. A.	k. A.	StG: gering
			Kuzmanovic Pficer et al. 2017 ^b	OR 2.52 (1.15 bis 5.52) (Schmerz) ^c	SMD -0.27 (-0.60 bis 0.06 ^d	9 (390)	k. A.	k. A.	GdE: gering
	Temporo mandibuläre Spülung	o	Bouchard et al. 2017	SMD -0.13 (-0.38 bis 0.13) (Schmerz)	SMD (-1.18 (-2.90 bis 0.55 (Funktions- fähigkeit / Beweglichkeit)	5 (308)	k. A.	k. A.	StG: gering
Spannungskopf- schmerz, chronischer Nackenschmerz	(Multimodale) Physiotherapie ++	++	Mesa-Jiménez et al. 2015	MD(w) -0.80 (-1.66 bis -0.44; (Anfallshäufig- keit)	MD(w) -0.60 (-0.89 bis -0.31 (Intensität)	5 (206)	k. A.	k. A.	StG: moderat (PEDro)

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang^a eigene Analyse

^b Auswahl von Studien mit kraniomandiblärer Dysfunktion, in welchen „Research Diagnostic Criteria“ zur Anwendung kamen

^c Schmerzreduktion ja/nein

^d Schmerzintensität nach Behandlung

EVIDENZTABELLE 13.5: (Passive) alternative und komplementäre Therapien. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	Empfehlung	System. Review	Haupt-Studienergebnis (95% CI)	Sekundäres Studienergebnis (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studienabbrüche	(Schwere) unerwünschte Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerz	Akupunktur	○	Lam et al. 2013	SMD -0.72 (-0.94 bis -0.49) (Schmerz)	SMD 0.94 (-1.41 bis -0.47) (Funktionsfähigkeit)	4 (2911)	k. A.	k. A.	StG: unklar
Spannungskopfschmerz	Akupunktur	+	Linde et al. 2016 ©	RR 1.26 (1.10 bis 1.45) (Anfallshäufigkeit)	RR 1.26 (1.10 bis 1.45) (Behandlungserfolg)	12 (2349)	RR 1 (k. A.)	OR 1.26 (0.60 bis 2.65) (alle uE)	GdE: moderat / gering
Fibromyalgiesyndrom	Akupunktur	○	Deare et al. 2013 ©	SMD -0.14 (-0.53 bis 0.25) (Schmerz)	SMD 0.29 (-0.44 bis 1.01 (Globales Befinden)	6 (286)	RR 0.44 (0.12 bis 1.63)	Keine sAE	GdE: moderat
			Yuan et al. 2016	SMD 0.01 (-0.37 bis 0.35) ^a (Schmerz)	k. A.	5 (273)	k. A.	k. A.	StG: hoch
	Homöopathie	○	Boehm et al. 2014	<i>SMD -0.54 (-0.97 bis -0.10) (Schmerz)</i>	k. A.	5 (k. A.)	k. A.	k. A.	StG: unklar; Abwertung wg. meth. Mängel
Myofaszielles Schmerzsyndrom	Dry Needling	○	Rodríguez-Mansilla et al. 2016	MD(w) = -0.49 (-3.21 bis 0.42) (Schmerz) ^b	k. A.	5 (220)	k. A.	k. A.	StG: moderat / hoch (PEDro)

Reizdarmsyndrom	Akupunktur	○	Manheimer et al. 2012 ©	SMD -0.11 (-0.35 bis 0.13) (Symptom-Schwere)	SMD -0.03 (-0.27 bis 0.22) (HR-QoL)	4 (281)	Gering und vergleichbar	Lediglich 1 suE in den Quell-RCTs	GdE: moderat
			Chao et al. 2014	RR 1.29 (1.10 bis 1.51) (Beh.-Erfolg)	k. A.	6 (583)	k. A.	Keine sAE	StG: hoch (Jadad)
	Chinesische Heilkräuter + (IBS-D)	○	Zhu et al. 2016	<i>RR = 1.62 (1.31 bis 2.00) (globale Symptom-Verbesserung)</i>	MD(w) -4.58 (-14.29 bis 5.13) (HR-QoL)	14 (1551)	k. A.	RR 1 (k. A.)	StG: hoch: Abwertung: Heterogenität der Präparate
Tinnitus	Akupunktur	○	Liu et al. 2016	<i>RR 1.27 (1.13 bis 1.42) ^c (globale Verbesserung)</i>	k. A.	6 (430)	k. A.	k. A.	StG: unklar / gering; Abwertung wg. meth. Mängel

○ keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a Vergleich mit Sham-Akupunktur

^b keine Überlegenheit gegenüber Placebo, Unterlegenheit gegenüber anderen Verfahren

^c eigene Analyse, manuelle und Elektro-Akupunktur zusammen gegen Medikation

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ⑨: Psychopharmaka/Psychotrope Medikamente

(ersetzt nicht die Prüfung weiterer (Kontra-)Indikationen und Nebenwirkungen laut Beipackzettel!)

Substanzklasse	Wirkstoff (Auswahl)	Einsatzmöglichkeiten (Auswahl) Vorzüge gegenüber anderen Wirkstoffen (Auswahl)	Nebenwirkungsprofil (Auswahl) Nachteile gegenüber anderen Wirkstoffen (Auswahl)
Selektive-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) <i>Verschreibung mit Zurückhaltung, vorwiegend bei begleitenden Problemen mit Stimmung, Schlaf und Schmerzen.</i>	Citalopram Escitalopram Sertralin Paroxetin Fluoxetin	<p>SSRI wirken antidepressiv, anxiolytisch und antriebssteigernd.</p> <p>Im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva haben sie ein günstigeres Nebenwirkungsprofil.</p> <p>Es liegt eine sehr geringe Evidenz für die Wirksamkeit bei funktionellen Körperbeschwerden vor.</p> <p>Sie scheinen eine leichte schmerzdistanzierende Wirkung zu haben.</p> <p>Sie machen nicht abhängig und sind in der Regel gut verträglich.</p> <p>Die Fahrtüchtigkeit ist bei Einnahme von SSRI in der Regel nicht beeinträchtigt</p> <p>Escitalopram wirkt unter den SSRI am selektivsten, hat keine sedierende Wirkung, führt in der Regel zu keiner Gewichtszunahme und gilt daher als relativ nebenwirkungsarm.</p> <p>Fluoxetin hat ebenfalls keine sedierende Wirkung, scheint etwas seltener zu Gewichtszunahme, gelegentlich sogar zu Gewichtsabnahme zu führen und ist deshalb bei Bulimie zugelassen. Zudem sind bei Fluoxetin im Vergleich zu anderen Substanzen seltener Absetzsymptome zu beobachten. Fluoxetin ist bisher als einziges Antidepressivum bei Kindern zugelassen.</p> <p>Für Sertralin und Paroxetin besteht eine gewisse Evidenz für die Wirksamkeit bei der manchmal komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung.</p>	<p>Allerdings treten Nebenwirkungen (Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Agitiertheit, Nervosität, Teilnahmslosigkeit, Asthenie, Schwitzen, Tremor, Schwindel, Mundtrockenheit, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Palpitationen, Akkommodationsstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängstlichkeit, Verwirrtheit, anormale Träume, extrapyramidalmotorische Störungen, Myalgien, Arthralgien, Gähnen, Rhinitis, verminderter oder gesteigerter Appetit, Gewichtsverlust, Geschmacksstörungen, vermehrter Speichelfluss, Tachykardie, orthostatische Hypotonie, Tinnitus, Parästhesien, Juckreiz, Hautausschlag, Harnretention, sexuelle Störungen, u. a.) vor allem in den ersten zwei bis drei Wochen der Einnahme auf. Die Wirkung setzt erst nach zwei bis drei Wochen ein, worüber die Patienten gut aufgeklärt werden müssen (die Wirklatenz ist klinisches Merkmal aller derzeit gängigen Antidepressiva). Einer der häufigsten Gründe für eine mangelnde Medikamentenadhärenz sind sexuelle Funktionsstörungen, v.a. Erektionsprobleme.</p> <p>Die größte Gefahr ist die Entwicklung eines Serotonin-Syndroms (Trias: Fieber, neuromuskuläre Symptome (Tremor, Hyperrigidität, Myoklonie, u. a.), psychopathologische Auffälligkeiten (v. a. delirante Symptome), insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von Pharmaka mit serotonerger Wirkkomponente, v. a. MAO-Hemmer, Venlafaxin, Mirtazapin, Trizyklische Antidepressiva, Lithium, Pimozid, Linezolid und 5-HT-Agonisten. Fluoxetin hat eine relativ lange HWZ und ein relativ hohes Interaktionsrisiko.</p> <p>Sertralin und Paroxetin haben ein sehr geringes (in therapeutischen Konzentrationen nicht vorhandenes) Risiko, Fluoxetin ein geringes Risiko für eine QTc-Zeit-Verlängerung.</p>

<p>Selektive-Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SNRI)</p> <p><i>Verschreibung mit Zurückhaltung, vorwiegend bei begleitenden Problemen mit Stimmung, Schlaf und Schmerzen.</i></p>	<p>Venlafaxin</p> <p>Duloxetin</p> <p>Milnacipran</p>	<p>SNRI wirken antidepressiv, anxiolytisch und antriebssteigernd.</p> <p>Die antriebssteigernde Wirkung ist etwas ausgeprägter als bei SSRI (noradrenerge Komponente).</p> <p>Im Vergleich zu anderen Antidepressiva wird für Venlafaxin ein geringfügig früherer Wirkungseintritt diskutiert.</p> <p>SNRI scheinen eine leichte schmerzdistanzierende Wirkung zu haben.</p> <p>SNRI sind in der Regel gut verträglich und machen nicht abhängig.</p> <p>In der Regel kommt es zu keiner Gewichtszunahme.</p> <p>SNRI wirken nicht sedierend.</p> <p>Die Fahrtüchtigkeit ist bei Einnahme von SNRI in der Regel nicht beeinträchtigt.</p> <p>Bei Duloxetin ist bei Rauchern wegen der beschleunigten Clearance eine Dosisanpassung erforderlich.</p>	<p>Wie bei den SSRI treten die Nebenwirkungen (Müdigkeit, Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Obstipation, Mundtrockenheit, Schwindel, Zittern, Angstzustände, Schwitzen, Hitzewallungen, Dysurie, Empfindungsstörungen, Tremor, Migräne, Kopfschmerzen, Schmerzen oder Krämpfe der Skelettmuskulatur, Agitiertheit, Benommenheit, Nervosität, Lethargie, Asthenie, Schlaflosigkeit, Hypertonie (dosisabhängiger Blutdruckanstieg), Tachykardie, Palpitationen, sexuelle Funktionsstörungen, Hodenschmerzen, Appetitmangel, Gewichtsabnahme oder –zunahme, Gähnen, Tinnitus, unscharfes Sehen, Hautausschläge, sexuelle Funktionsstörungen, Schlaflosigkeit, ungewöhnliche Träume, u. a.) oft frühzeitig auf, die Wirkung aber erst mit Verzögerung. Wegen der stärkeren Antriebssteigerung ist die anfängliche Unruhe oft ausgeprägter als bei SSRI, bei schweren Depressionen muss die Gefahr einer initial drängenderen Suizidalität bedacht werden.</p> <p>Bei SNRI sind ausgeprägte Absetzphänomene möglich.</p> <p>Eine Gefahr ist auch hier die Entwicklung eines Serotonin-Syndroms (s. SSRI). Bei Hypertonie, Thrombozytenfunktions-hemmung oder Antikoagulation (Alternation der Thrombozytenfunktion) ist Vorsicht geboten. Duloxetin darf nicht zusammen mit oder kurz nach MAO-Hemmern, Fluoxetin, Ciprofoxacin, Enoxacin eingenommen werden, Venlafaxin nicht zusammen mit oder kurz nach MAO-Hemmern, Milnacipran nicht zusammen mit oder kurz nach MAO-Hemmern eingenommen werden. Auch SNRI wirken erst mit einer gewissen Latenz.</p>
---	--	--	---

<p>Trizyklische Antidepressiva (TZA)</p> <p><i>Verschreibung mit Zurückhaltung, vorwiegend bei begleitenden Problemen mit Stimmung, Schlaf und Schmerzen.</i></p>	<p>Amitriptylin</p> <p>Trimipramin</p> <p>Imipramin</p>	<p>TZA wirken antidepressiv, anxiolytisch und sedierend.</p> <p>Sie haben auch eine gut belegte schmerzdistanzierende Wirkung, v. a. auf neuropathische Schmerzen von quälendem, brennendem, attackenartigem Charakter.</p> <p>Aufgrund der antihistaminergen Komponente ist auch eine positive Wirkung auf Pruritus bekannt.</p> <p>Die Wirkstoffe sind lange bekannt und recht gut erforscht.</p> <p>Bei der Behandlung funktioneller Körperbeschwerden werden tendenziell, leider aber nicht immer, niedrigere Dosen benötigt als bei der Behandlung von Depressionen.</p> <p>Beim Fibromyalgiesyndrom ist Amitriptylin zum zeitlich befristeten Einsatz (off-label) zur Behandlung empfohlen (Leitlinie Fibromyalgiesyndrom 2. Aktualisierung 2017).</p> <p>Die schnelle Verbesserung von Schlafstörungen ist oft ein sehr erwünschter Effekt.</p> <p>Aufgrund der sedierenden Komponente kann der Einsatz bei ängstlich-agitierten Patienten von Vorteil sein.</p> <p>Trimipramin führt nicht zu einer Tief-/REM-Schlaf Suppression.</p>	<p>Nebenwirkungen, v.a. vegetativer Art, sind häufiger als bei SSRI und SNRI und häufige Gründe für das Absetzen (Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, Hypotonie, orthostatische Dysregulation, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Schwitzen, Sprachstörungen, Tremor, Mundtrockenheit, verstopfte Nase, Aggression, Akkommodationsstörungen, Obstipation, Gewichtszunahme, meist passageres Ansteigen der Leberenzyme, innere Unruhe, Durstgefühl, Hyponatriämie, Miktionsstörungen, Hautausschläge, Libidoverlust, Impotenz und delirante Syndrome (v. a. bei ältere Menschen)). Wegen der zum Teil stark ausgeprägten anticholinergen Eigenschaften der TZA ist insbesondere bei älteren Menschen Vorsicht geboten.</p> <p>Dürfen nicht zusammen oder kurz nach MAO-Hemmern eingenommen werden.</p> <p>Sedierung und Auswirkungen auf die Sexualfunktion, v.a. auf die Erektionsfähigkeit, führen oft zum Absetzen der Medikamente.</p> <p>Aufgrund des sedierenden Effekts muss die Fahrtüchtigkeit im Einzelfall bewertet werden.</p> <p>Insgesamt ist die Verträglichkeit und therapeutische Breite (CAVE Komorbidität und Suizidalität) geringer als bei Antidepressiva der neueren Generation.</p>
<p>Noradrenerg/spezifisch serotonerges Antidepressivum mit α2-Adrenozeptor-antagonistischer Wirkung (NaSSA)</p>	<p>Mirtazapin</p>	<p>Mirtazapin wirkt antidepressiv und sedierend.</p> <p>Es ist eine relativ nebenwirkungsarme Substanz.</p> <p>Mirtazapin scheint im Vergleich zu SSRIs einen früheren Wirkungseintritt zu haben.</p> <p>Ein sedierender Effekt tritt oft schon bei niedrigen Dosen (7,5-15mg) ein, ein antidepressiver Effekt eher bei höheren Dosen.</p>	<p>Mögliche Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Sedierung, Appetit- und Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Benommenheit, Erschöpfung, Lethargie, Schwindel, Tremor, anormale Träume, Verwirrtheit, Angst, orthostatische Hypotonie, periphere Ödeme, Arthralgien, Myalgien, Rückenschmerzen, Restless-Legs-Syndrom u. a..</p> <p>Die schmerzdistanzierende Wirkung scheint geringer ausgeprägt zu sein als bei TZA, SSRI und SNRI. Patienten berichten unter Mirtazapineinnahme gelegentlich über lebhafte Träume und Alpträume.</p>

<i>Verschreibung mit Zurückhaltung, vorwiegend bei begleitenden Problemen mit Stimmung, Schlaf und Schmerzen.</i>		<p>Aufgrund der sedierenden Komponente kann der Einsatz bei ängstlich-agitierten Patienten von Vorteil sein.</p> <p>Es besteht kein Abhängigkeitspotential. Die appetitanregende und gewichtssteigernde Wirkung kann in Einzelfällen erwünscht sein. Aufgrund der antihistaminergen Komponente ist eine positive Wirkung auf Pruritus bekannt.</p>	<p>Darf nicht zusammen oder kurz nach MAO-Hemmern eingenommen werden.</p> <p>Gelegentlich kommt es zu einer übermäßigen Tagessedierung, im Einzelfall ist eine Prüfung der Fahrtüchtigkeit notwendig.</p> <p>Oft kommt es zu einer stark appetitanregenden Wirkung mit deutlicher, für die meisten Patienten störender und beweglichkeitsverhindernder Gewichtszunahme.</p>
Trizyklisches Piperazinylderivat <i>Verschreibung mit Zurückhaltung, vorwiegend bei begleitenden Problemen mit Stimmung, Schlaf und Schmerzen.</i>	Opipramol	<p>Opipramol wirkt beruhigend, angst- und spannungslösend sowie stimmungshebend. Opipramol besitzt keine muskelrelaxierende oder hypnotische Wirkung, kann jedoch gering sedierend wirken.</p> <p>Opipramol wird in Deutschland häufig verordnet und gerne in der Allgemeinmedizin eingesetzt.</p>	<p>Häufige Nebenwirkungen sind Müdigkeit, Mundtrockenheit und orthostatische Dysregulation. Gelegentlich können auch Schwindel, Obstipation, Benommenheit und allergische Hautreaktionen vorkommen.</p> <p>Darf nicht zusammen oder kurz nach MAO-Hemmern eingenommen werden. Bei älteren Patienten besteht, insbesondere bei Kombination mit Anticholinergika, ein Delir-Risiko.</p> <p>Trotz der geringen anticholinergen Aktivität ist bei Glaukom und Prostatahyperplasie Vorsicht geboten (Kontraindikation). Als trizyklische Substanz hat Opipramol im Vergleich zu Benzodiazepinen zwar nicht dessen Abhängigkeitspotenzial, aber vielfältigere Nebenwirkungen. Bei der pharmakotherapeutischen Behandlung der generalisierten Angststörung sollten SSRI und SSNRI bevorzugt werden.</p>
Antikonvulsiva <i>Verschreibung mit großer Zurückhaltung nur bei schmerzdominanten Syndromen unter Beachtung der zahlreichen Risiken und Nebenwirkungen..</i>	Pregabalin Gabapentin	<p>Antikonvulsiva haben eine schmerzdistanzierende, sedierende und anxiolytische Wirkung.</p> <p>Die Wirkung auf Schmerzen mit neuropathischem Schmerzcharakter (brennend, quälend, Berührungsempfindlichkeit, Schmerzattacken) ist hinreichend gut belegt.</p>	<p>Als häufige Nebenwirkungen können Benommenheit, Schläfrigkeit, Schwindel, Gedächtnisstörungen, Euphorie, Reizbarkeit, Verwirrung, Tremor, Gangstörungen, Ataxie, verschwommenes Sehen, Diplopie, Mundtrockenheit, Obstipation, Erbrechen, Flatulenzen, Gewichtszunahme, Ödeme, verringerte Libido, erektile Dysfunktion, Myalgie und Arthralgie auftreten.</p> <p>Vor allem Pregabalin hat eine stark appetitanregende und gewichtssteigernde Wirkung mit negativen Auswirkungen auf Bewegungsfreude und Schmerzen.</p> <p>Pregabalin, weniger ausgeprägt auch Gabapentin, können, v.a. bei bestehender Polytoxikomanie ein zusätzliches Abhängigkeitspotenzial entfalten.</p>

			Die sedierende Wirkung kann Probleme bei der Fahrtüchtigkeit und bei der Wachheit und Motivation im Beruf, aber auch bei der Psychotherapie verursachen.
„Z-Drugs“ Imidazopyridin-, Cyclopyrrolon- bzw. Pyrazolopyrimidin- Derivate <i>Verschreibung mit großer Zurückhaltung, Dosierung möglichst niedrig, möglichst nicht länger als 4 Wochen bzw. bei intermittierenden Schlafstörungen nicht öfter als 4-6 Nächte/Monat</i>	Zopiclon Zolpidem Zaleplon	Sogenannte Z-Drugs sind zur Kurzzeitbehandlung von Ein- und Durchschlafstörungen prinzipiell gut geeignet. Vorteil der Substanzgruppe ist das (im Vergleich) geringe Abhängigkeitspotential, die schnelle Resorption (maximale Plasmaspiegel nach 1-2 Stunden) und die kurze Halbwertszeit. Routineuntersuchungen (Labor, EKG) vor Beginn einer Therapie sind nicht notwendig.	Es besteht ein leichtes Abhängigkeits- und Toleranzrisiko sowie eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit (v. a. bei Zeitabstand zw. Einnahme und Fahrtätigkeit weniger als 8 Stunden). Vorsicht sollte geboten sein bei der Kombination mit zentral dämpfenden Pharmaka und Alkohol. Zudem besteht eine Gefahr der Sturzneigung (aufgrund von Muskelrelaxation und Ataxie) v. a. bei älteren Patienten. Es kann zu Absetzerscheinungen kommen (innere Unruhe, Schwitzen, Tachykardie, Parästhesien, Schlaflosigkeit u. a.). Paradoxe Reaktion (Agitiertheit, Erregungszustände, u. a.) v. a. bei älteren Patienten (Demenz) und Patienten mit organischen Grunderkrankungen sind beschrieben. Häufige Nebenwirkungen sind Sedierung, Tagesmüdigkeit, Schläfrigkeit, Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und des Reaktionsvermögens, Muskelschwäche, Mattigkeit, Ataxie, Verwirrtheit, Depression, Schwindelgefühl, anterograde Amnesien und speziell bei Zolpidem emotionale Dämpfung, Halluzination, Agitiertheit, Kopfschmerzen, verstärkte Schlaflosigkeit, Albträume, gastrointestinale Störungen sowie bei Zaleplon Parästhesien und Dysmenorrhoe.
Hypericum-Extrakt/Johanniskraut (teilweise verschreibungspflichtig) <i>Empfehlung bzw. Verschreibung mit Zurückhaltung unter Beachtung der Photosensibilität und der Interaktionen.</i>		Hypericum wirkt antidepressiv und beruhigend. Für die Behandlung von funktionellen Körperbeschwerden liegt eine geringe Evidenz vor. Hypericum zeigt eine sehr gute Verträglichkeit und eine große therapeutische Breite. Patienten erwarten von „pflanzlichen“ Wirkstoffen oft weniger Nebenwirkungen und zeigen deshalb eine gute Medikamentenadhärenz. Bei den heute verfügbaren pharmazeutisch hergestellten Präparaten sind Wirkstoffgehalt und – Reinheit in der Regel zuverlässig, jedoch gibt es vom wissenschaftlichen Standpunkt viele Unsicherheiten	Hypericum kann photosensibilisierend wirken, d.h. bereits nach geringer Lichteinstrahlung kann die Haut einen übermäßigen Sonnenbrand, einen Ausschlag oder Symptome wie Juckreiz, Brennen oder Parästhesien entwickeln. Auch Magen-Darm-Beschwerden werden selten als Nebenwirkung beobachtet. Es hat sehr starke Interaktionen mit vielen anderen Arzneimitteln, v.a. Kontrazeptiva, Antikonvulsiva, Immunsuppressiva, Rivaroxaban, HIV-Medikamente, bestimmte Antibiotika u. a. deren Wirkspiegel bei gleichzeitiger Hypericum-Einnahme stark schwanken können! In Einzelfällen kann es in Kombination mit SSRI oder SNRI oder Cannabinoiden zu einem Serotoninsyndrom (s. SSRI) kommen.

		<p>zu Wirksamkeit, Dosierung und unterschiedlichen Wirkstärken der einzelnen Präparate.</p> <p>Die Dosis für die antidepressive Behandlung mit Hypericum Präparaten wird meist zu niedrig gewählt.</p> <p>Routineuntersuchungen (Labor, EKG) vor Beginn einer Therapie sind nicht notwendig.</p>	
<p>Phytotherapeutika (frei verkäuflich)</p> <p>z. B. Passionsblume (<i>Passiflora</i>) Lavendel (<i>Lavandula angustifolia</i>) Baldrian (<i>Valeriana officinalis</i>)</p> <p><i>Empfehlung zurückhaltend aufgrund der insgesamt geringen Wirkung.</i></p>		<p>Pflanzenextrakte, z. B. von Passionsblume, Lavendel oder Baldrian werden bei vielfältigen Symptomen wie Unruhezuständen, nervöser Erschöpfung, Reizbarkeit, Angespanntheit und Einschlafstörungen angewendet. Ein Einsatz kann bei leichten Schlafstörungen diskutiert werden.</p> <p>Patienten erwarten von „pflanzlichen“ Wirkstoffen oft weniger Nebenwirkungen und zeigen deshalb eine gute Medikamentenadhärenz.</p> <p>Passionsblume ist in der Regel gut verträglich. Es besteht kein Abhängigkeitspotenzial</p> <p>Es gibt verschiedene Kombinationspräparate von Phytotherapeutika (Baldrian, Passionsblume, Melisse, Hopfen, Rotbusch, Lavendel, Pfefferminz, etc.</p> <p>Routineuntersuchungen (Labor, EKG) vor Beginn einer Therapie sind nicht notwendig.</p>	<p>Die Wirkung ist in der Regel eher mild und lässt nach einigen Wochen nach.</p> <p>Bei frei verkäuflichen Tees etc. kann der Wirkstoffgehalt erheblich schwanken, auch Verunreinigungen sind möglich.</p> <p>Kombinationspräparate aus pflanzlichen Grundstoffen und herkömmlichen Hypnotika sind nicht zu empfehlen.</p>
<p>Atypische trizyklische Antipsychotika (sowie Dopaminpartialantagonisten/Phenylpiperazinylchinolinon)</p> <p><i>Außer in seltenen Einzelfällen oder bei entsprechender Komorbidität</i></p>	<p>Quetiapin</p> <p>Vereinzelt auch</p> <p>Olanzapin,</p> <p>Aripiprazol,</p> <p>Fluspirilen,</p> <p>Aripiprazol</p>	<p>Quetiapin und Olanzapin wirken sedierend und antipsychotisch. Sie haben in kleinen Dosen oft eine positive Wirkung auf quälende Schlafstörungen mit Grübelneigung. Aripiprazol wirkt im Vergleich nur gering sedierend. Zumeist sind damit auch keine Prolaktin-Erhöhung und geringere Gewichtszunahme als Nebenwirkung zu beobachten; kardiale und metabolische Nebenwirkungen sind selten.</p> <p>Quetiapin, vereinzelt auch Olanzapin und Aripiprazol, werden zur Augmentation bei der Behandlung von Depressionen eingesetzt und zeigen</p>	<p>Häufige Nebenwirkungen sind Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schläfrigkeit bis hin zu Somnolenz, Absetzsymptome, Schwindel, Appetitsteigerung, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Asthenie, Laborveränderungen (Erhöhung der Triglyceride, Prolaktinämie, etc.), orthostatische Hypotonie, Ödeme, etc. Unter Olanzapin können auch anormale Träume/Alpträume auftreten, die als sehr beeinträchtigend empfunden werden. Fluspirilen wurde phasenweise als „Entspannungsspritze“ sehr unkritisch eingesetzt, hat aber ein eher hohes Risiko für sehr störende, irreversible und stigmatisierende. Spätdyskinesien. Bei Quetiapin und besonders bei Olanzapin besteht bei</p>

<i>kontraindiziert! Verordnung, wenn überhaupt, nur von psychiatrisch erfahrenen Klinikern!</i>		dabei insbesondere bei Non-Respondern positive Wirksamkeitsnachweise.	langfristigem Einsatz ein hohes Risiko für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms. Bei Kombination mit Antidepressiva besteht im Vergleich zur Monotherapie ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko. Die sedierende Wirkung kann Probleme bei der Fahrtüchtigkeit und bei der Wachheit und Motivation im Beruf, aber auch bei der Psychotherapie verursachen.
Opioide (teilweise BTM- pflichtig) <i>Außer in seltenen Einzelfällen kontraindiziert!</i>	Tramadol Tapentadol Oxycodon Hydromorphon	Opiate wirken mäßig oder stark zentral schmerzlindernd und dämpfend. Sie haben im Vergleich zu nichtsteroidalen Antiphlogistika weniger Magen-Darm-Nebenwirkungen.	Opioide haben zahlreiche, für die Patienten oft belastende Nebenwirkungen, z. B. Übelkeit, Obstipation, Schwitzen, Kopfschmerzen, Sedierung, teilweise auch Depressivität. Die Wirkung lässt nach einigen Wochen in der Regel nach, es besteht ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Es besteht ein relevantes Interaktionsrisiko mit anderen Medikamenten Die sedierende Wirkung kann Probleme bei der Fahrtüchtigkeit und bei der Wachheit und Motivation im Beruf, aber auch bei der Psychotherapie verursachen.
Cannabispräparate (BTM-pflichtig) <i>Außer in seltenen Einzelfällen kontraindiziert!</i>	Tetrahydro- cannabinol Cannabidiol	Cannabinoide wirken v.a. sedierend, schmerzdistanzierend, appetitanregend und muskelrelaxierend. Abgesehen vom (dann problematischen) Psychose- und Abhängigkeitsrisiko haben sie vergleichsweise wenig Nebenwirkungen.	Die häufigsten Nebenwirkungen sind Schwindel und Müdigkeit, außerdem Herzklopfen und Magen-Darm-Beschwerden und psychische Veränderungen wie Nervosität, Paranoia, Halluzinationen. Es besteht ein Psychose- und Abhängigkeitsrisiko. Bei längerer Anwendung ist ein amotivationales Syndrom beschrieben. Die sedierende Wirkung kann Probleme bei der Fahrtüchtigkeit und bei der Wachheit und Motivation im Beruf, aber auch bei der Psychotherapie verursachen. Es besteht ein relevantes Interaktionsrisiko mit anderen Medikamenten und Alkohol. Im klinischen Bereich gibt es nur wenige Langzeiterfahrungen.
Benzodiazepine (teilweise BTM- pflichtig) <i>Außer in seltenen Notfällen kontraindiziert!</i>	Oxazepam Temazepam Lormetazepam	Benzodiazepine wirken angstlösend, zentral muskelrelaxierend, sedierend und hypnotisch, teilweise auch antikonvulsiv. Dabei sind sie zunächst verhältnismäßig nebenwirkungsarm.	Benzodiazepine haben ein ausgesprochen hohes Abhängigkeitspotenzial nach nur wenigen Einnahmewochen, mit sehr schwierigen Entzügen.

14. Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit stärken:

("enable")

- KKP** Vermitteln Sie Patienten *aktive*, nachhaltige Bewältigungsstrategien (**starker Konsens**).
- KKP** Raten Sie zur (Wieder-)Aufnahme sozialer und körperlicher Aktivitäten und zur (Re-) Exposition bezüglich aktuell vermiedener Aktivitäten. Schonung und Vermeidung können zwar kurzfristig die Ängste des Patienten mindern und die Arzt-Patient-Beziehung stabilisieren, sollten allerdings – entsprechend begründet – auch nur kurzfristig unterstützt werden (**starker Konsens**).
- KKP** Verweisen Sie auf geeignete Selbsthilfeliteratur und ggf. auf Selbsthilfegruppen. Empfehlen Sie Selbsthilfegruppen, deren Ansatz Sie kennen und mitvertreten können (**starker Konsens**).
- KKP** Verweisen Sie insbesondere auch auf Angebote außerhalb des Medizinsystems, z. B. an der Volkshochschule, die man nicht in einer Patientenrolle, sondern als Privatperson wahrnimmt (**starker Konsens**).

Selbstfürsorge steht für die Fähigkeit eines Individuums, vorsätzlich und aus eigener Initiative die eigenen Bedürfnisse für die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden und Gesundheit befriedigen zu können. Das Konzept „Selbstwirksamkeit“ steht für die Erwartung einer Person, aufgrund eigener Kompetenz(en) Handlungen selbst erfolgreich ausführen zu können (Bodenheimer et al. 2002, Bandura 1971).

Vermitteln Sie Patienten aktive, nachhaltige Bewältigungsstrategien.

Höhere Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge stehen mit einer aktiveren Beteiligung des Patienten im Zusammenhang. Diese Faktoren tragen zu besserer Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung bei und führen dadurch in diesem Bereich insgesamt zu besseren Ergebnissen (Coulter u. Ellins 2007, Paluska und Schwenk 2000). Für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden ist das Selbstwirksamkeitserleben allerdings typischerweise gering ausgeprägt: Patienten klagen über Beschwerden und Probleme mit unklarer Genese und potentiell bedrohlicher Prognose und schreiben dem Arzt die Rolle des aktiven Experten zu, der sie lindern oder beseitigen soll (Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015).

Ein einfacher Zugang kann darin bestehen, die in Empfehlung 4 ([🔗 KE 2](#)) bereits angesprochenen Themen wieder aufzugreifen und zu vertiefen. Hilfreich ist eine einfache globale Einschätzung einer Patientin, ob und wie sehr sie sich selbst in der Lage sieht, ihre gesundheitlichen Probleme in diesen Bereichen selbst beeinflussen zu können. Das kann geschehen, in dem man ihre Einschätzung beispielsweise auf einer einfachen visuell-analogen Skala von 0 „überhaupt nicht“ bis 10 „sehr gut“ erfragt (Wasson und Coleman 2014). Eine höhere Selbstwirksamkeit ist für Patienten nicht per se ein erstrebenswertes

Ziel, obwohl die geäußerten Wünsche, z. B. nach besserer Funktionsfähigkeit im Alltag, durchaus auf diesem Weg erreichbar sind (Wortz et al. 2012). Anhand einer solchen Einschätzung lassen sich Motivation und mögliche Ambivalenzen auf dem Weg zu mehr Selbstverantwortung thematisieren, indem mit der Patientin Vor- und Nachteile passiver und aktiver Strategien bilanziert werden. Potentielle Einflussmöglichkeiten auf dem Weg zu einer gesünderen, aktiveren Lebensführung müssen unter Umständen herausgearbeitet und entwickelt werden (Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015). Dies gilt insbesondere für Bereiche, die aufgrund der Beschwerden vermieden werden, z. B. die Gesundheit und die Lebensfreude fördernde Aktivitäten.

Die Übernahme von Eigenverantwortung durch Patienten und die Aktivierung ihrer Mitarbeit wiederum bildet eine gute Grundlage für die häufig notwendige Anpassung der körperlichen und sozialen Aktivitäten. Diese sind wiederum mit einer besseren psychischen Verfassung und Prognose assoziiert, wenngleich ein möglicher kausaler Zusammenhang vorsichtig bewertet werden muss (Paluska und Schwenk 2000, Damush et al. 2008, ten Have et al. 2011, Tummers et al. 2013).

Raten Sie zur (Wieder-)Aufnahme sozialer und körperlicher Aktivitäten und zur (Re-)Exposition bezüglich aktuell vermiedener Aktivitäten. Schonung und Vermeidung können zwar kurzfristig die Ängste des Patienten mindern und die Arzt-Patient-Beziehung stabilisieren, sollten allerdings – entsprechend begründet – auch nur kurzfristig unterstützt werden.

Vermeidung ist bei funktionellen Körperbeschwerden, insbesondere in der Vergesellschaftung mit gesundheitsbezogenen Ängsten, ein häufiges Phänomen. Es stellt für die Hypochondrie und seit 2013 für die somatische Belastungsstörung ein diagnostisches Kriterium dar („somatic symptom disorder“, DSM-V; American Psychiatric Association 2013). Antizipierte unangenehme Körperempfindungen und -beschwerden sollen in der Vorstellung des Patienten durch Vermeidung von Bewegungen, Verhaltensweisen oder – bei umweltbezogenen Körperbeschwerden – Substanzen bzw. Agentien ausbleiben. Dieser im Prinzip sinnvolle Mechanismus kann durch generalisierende Mechanismen maladaptiv werden: wenn eine Realitätsüberprüfung nicht oder nicht systematisch stattfindet und in der Folge das Vermeidungsverhalten grundlos fortgesetzt und möglicherweise noch auf andere Bereiche ausgedehnt wird (Witthöft und Hiller, 2010). Die Vermeidung körperlicher Bewegungen kann zur Dekonditionierung und fortgesetzter Funktionseinschränkung der betroffenen körperlichen Bereiche führen. Diese Einschränkungen können sekundär auch zur Beeinträchtigung sozialer Kontakte führen. Eine soziale Beeinträchtigung kann aber auch – wie beispielsweise beim diarrhoe-dominanten Reizdarmsyndrom – primär durch Ängste ausgelöst werden, hier nämlich durch die Befürchtung, in unabsehbaren/unbekannten Situationen keinen ausreichenden Zugang zu sanitären Einrichtungen zu haben.

Solche Vermeidungsmuster können, wenn sie identifiziert sind, durch funktionalere Bewältigungsstrategien ersetzt werden. Dazu können verfügbare Ressourcen eingesetzt werden, oder auch Maßnahmen der passiven Beschwerdelinderung unterstützend zur


Anwendung kommen (Empfehlung 13 „Beschwerden und Symptome lindern“). Dabei soll auf den vorübergehenden und begleitenden Charakter dieser Maßnahmen abgezielt werden und das Augenmerk gemeinsam mit dem Patienten auf den Aufbau aktiver und nachhaltiger Selbstwirksamkeitsstrategien gerichtet werden.

Im medizinischen Kontext kann eine Steigerung der Selbstwirksamkeit mit der Anleitung zu vergleichsweise einfach ausgestalteten Selbsthilfe-Maßnahmen erreicht werden, die in der Literatur unter den Begriffen „Self-help-interventions“, „minimal psychological interventions“, „guided self-help“ gefunden werden. Diese erwiesen sich in einer systematischen Übersichtsarbeit auf der Grundlage von insgesamt als wirksam bei funktionellen Körperbeschwerden, bei mittelstarken Effekten (van Gils et al. 2016), und bei Patienten mit Tinnitus (Nyenhuys et al. 2013). „Self-help“ wurde hier definiert als therapeutische Intervention auf der Grundlage von Informationsmaterialien, welche von einem Therapeuten in – bis auf eine Ausnahme – maximal 2x1-stündigem persönlichem Kontakt vermittelt und in den meisten Fällen 6 bis 12 Wochen nachverfolgt wurde. Ein solcher Nachweis konnte auch für „guided self help“ und niederschwellige psychologische Interventionen beim Reizdarmsyndrom erbracht werden.

Aktuelle Selbstwirksamkeitsinterventionen beruhen gegenwärtig häufig auf dem Konzept der Achtsamkeit („Mindfulness Based Therapies“). Ein standardisiertes Verfahren liegt der „achtsamkeitsbasierten Stressreduktion“ (Mindfulness-based Stress reduction, MBSR) zugrunde. Für diese Verfahren liegen gegenwärtig Wirksamkeitsnachweise in zwei systematischen Reviews für die Fibromyalgie und für den chronischen nichtspezifischen Rückenschmerz vor (Lauche et al. 2013, Anheyer et al. 2017 c). Für achtsamkeitsbasierte Verfahren im weiteren Sinne ließ sich auch ein erwünschter Effekt für das Reizdarmsyndrom nachweisen (Aucoin et al. 2014). MBSR ist einer nach einer Definition des National Institute of Health (*National Center for Complementary and Alternative Health*) ein ein Programm in der Mind-Body-Medizin, einem Teilbereich der Komplementärmedizin. MBSR wird als 8-10-Wochen-Kurs angeboten innerhalb und außerhalb des klinischen Bereichs (z. B. in Volkshochschulen). In der Primärversorgung sollte MBSR als Präventionsprogramm oder frühe Intervention auch bei leichteren funktionellen Körperbeschwerden empfohlen werden. Dieses Verfahren wird im Rahmen der Prävention von Seiten der GKV finanziell unterstützt, Patienten können sich diesbezüglich direkt an ihre Krankenkassen wenden. MBSR, wie auch alle anderen achtsamkeitsbasierten Verfahren einschließlich meditativer Bewegungstherapien (Yoga, QiGong, Tai Chi etc.) soll darüber hinaus als Teil eines multimodalen Therapieprogramms erwogen werden (↗Empfehlung 17). Psychoedukative Elemente waren in praktisch allen dieser Interventionen enthalten (eine Übersicht über die in den jeweiligen eingeschlossenen Studien angewandten Verfahren ist unten zu finden). Für sich allein genommen waren diese jedoch – z. B. bei der Anwendung auf den chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerz – nicht nachweislich wirksam (Ainpradub et al. 2016).

Verweisen Sie auf geeignete Selbsthilfeliteratur und ggf. auf Selbsthilfegruppen. Empfehlen Sie Selbsthilfegruppen, deren Ansatz Sie kennen und mitvertreten können. Verweisen Sie insbesondere auch auf Angebote außerhalb des Medizinsystems, z. B. an der Volkshochschule, die man nicht in einer Patientenrolle, sondern als Privatperson wahrnimmt.

Möglicherweise ist die Patientin für diese oder ähnliche Strategien bereits aufgeschlossen oder an ihnen sogar aktiv interessiert, oder hat das eine oder andere Element auch bereits eingesetzt. Dann kann thematisiert werden, welchen Erfolg die Maßnahme hatte, wie sich ggf. ein Mißerfolg erklären und zukünftig vermeiden läßt und welche Elemente wieder aufgegriffen und intensiviert oder neu erlernt werden können. Eine weitere Option besteht in der Beratung, welche Informationen oder Einführungen in entsprechende Selbsthilfetechniken aktuell für die Patientin, mit Rücksicht auf ihre Beschwerden verfügbar sind. Dazu gehört auch die Nutzung von Selbsthilfestrategien, die von Internetforen („Dr. Google“) und Selbsthilfegruppen vorgeschlagen werden, wobei eine kritische Bewertung ungeprüfter Angebote wichtig ist (Zimmer et al. 2010). Eine Kenntnis der empfohlenen Selbsthilfegruppe ist hilfreich, da manche Selbsthilfegruppen, z. B. im Kontext chronischer Erschöpfung, sehr für die Anerkennung der jeweiligen funktionellen Beschwerden als organische Erkrankung kämpfen und dabei eher passive Erwartungshaltungen der Betroffenen hinsichtlich medikamentöser und anderer medizinischer Behandlungen fördern. Bei den bundesweit ca. 340 Selbsthilfe-Kontaktstellen läßt sich rasch in Erfahrung bringen, welche Selbsthilfegruppen in einer bestimmten Region bestehen. Die Kontaktstellen bieten, falls verfügbar, auch Informationen über deren Arbeitsweise. Informationen und Angaben zur Erreichbarkeit dieser Kontaktstellen sind bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen erhältlich (<https://www.nakos.de>; letzter Aufruf 26.10.2017).

Um eine Fixierung auf gesundheitliche Probleme und körperliche Beeinträchtigung in diesem Stadium der Körperbeschwerden nicht zusätzlich zu fördern, bietet sich die Empfehlung auch und gerade von Maßnahmen an, die nicht im Gesundheitssystem beheimatet sind, sondern primär für Familien, Betriebe oder andere soziale Gruppen angeboten werden (siehe auch  KE 2): Gesundheitskurse für die ganze Familie (z. B. AOK); allgemein gesundheitsbezogene Aktionen („Lauf Dich fit“, „Mit dem Rad zur Arbeit“); betriebliche Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme (z. B. Aktion „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“). Solche auch in der Primärprävention eingesetzten Interventionen zielen auf die Reduktion von Belastung und „Stress“ und sind für Personen mit erhöhtem Stress-Niveau allgemein in ihrer Wirksamkeit belegt (Warburton et al. 2006, Penedo und Dahn 2005). Entsprechende Angebote können Patienten annehmen, ohne explizit die Rolle eines Patienten einzunehmen: solche Angebote werden z. B. auch von privaten Initiativen oder von Betrieben angeboten. Die Evidenz der Wirkung dieser Interventionen bei spezifischen funktionellen Körperbeschwerden läßt sich allerdings nur indirekt abschätzen.

EVIDENZTABELLE 14.1: (Einfache) Interventionen zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	Empfehlung	System. Review	Symptom-schwere (95% CI), falls nicht anders angegeben	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studienabbrüche	(Schwere) unerwünschte Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Funktionelle Körperbeschwerden (allgemein)	Selbsthilfeinterventionen	++	van Gils et al. 2016	SMD 0.58 (0.32 bis 0.84)	SMD 0.66 (0.34 bis 0.99)	17 (1894)	k. A.	k. A.	StG: gering
Fibromyalgiesyndrom	Achtsamkeitsbasierte Therapien ("Mindfulness-Based Therapies")	+	Lauche et al. 2013	SMD -0.23 (-0.46 bis -0.01) (Schmerz)	SMD -0.35 (-0.57 bis -0.12)	6 (674)	k. A.	k. A.	StG: unklar
Reizdarmsyndrom	Achtsamkeitsbasierte Therapien ("Mindfulness-Based Therapies")	+	Aucoin et al. 2014	SMD 0.60 (0.33 bis 0.86)^a	SMD 0.56 (0.34 bis 0.79)	6 (544)	k. A.	k. A.	StG: unklar / gering
	Anleitung zur Selbsthilfe	+	Liegl G et al. 2015	SMD 0.72 (0.34 bis 1.08)	SMD 0.84 (0.46-1.22)	10 (886)	k. A.	k. A.	StG: hoch ^c
	"Minimal-contact psychological treatments"	+	Pajak R, Lackner 2013	SMD 0.83 (k. A.; p<0.05)	SMD 0.63 (k. A.; p<0.05)^b	9 (760)	k. A.	k. A.	StG: unklar

	Entspannungs- training, Selbst- wirksamkeits- training	+	Ford et al. 2014a	RR 0.76 (0.69 bis 0.84) („keine Symptomverbesserung“)	k. A.	11 (590)	k. A.	k. A.	StG: unklar / gering ^c
Chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz	Edukation	o	Ainpradub et al. 2016	RR 1.02 (0.78 bis 1.33) (Prävalenz Rückenschmerz)	SMD -0.02 (-0.17 bis 0.12) (Vermeidungsverhalten)	3 (938)	k. A.	k. A.	GdE: hoch
	Achtsamkeits-basierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)	+	Anheyer et al. 2017	SMD -0.46 (-0.70 bis -0.22) (Schmerz)	k. A.	2 (266)	k. A.	Hinweise auf AE in allen Gruppen	StG: unklar
Tinnitus	Selbsthilfe-interventionen	+	Nyenhuis et al. 2013	SMD 0.54 (0.30 bis 0.77) (Belastung durch Tinnitus)	k. A.	10 (1188)	k. A.	k. A.	StG: gering

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a eigene Analyse

^b Effektstärken von Studien mit kognitiv-behavioral basierten Selbsthilfe-Interventionen, keine Konfidenzintervalle angegeben

^c Nach Angaben der Autoren wegen fehlender Möglichkeit der Verblindung

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE¹⁰: Aktive Therapieoptionen zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit (nach: van Gils et al. 2016, Pajak et al. 2013)

Oberbegriff	Mögliche Maßnahmen (Auswahl)
Psychoedukative Maßnahmen mit (psycho-)therapeutischen Inhalten	Beratung zur Körperhaltung/Rückenschule/Ernährung Rückkehr zu regulären Aktivitäten Beschwerdebezogene Informationen: Physiologie, Diagnose, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren und Behandlungsoptionen Symptomtagebücher Ziele setzen Identifikation und Infragestellen dysfunktionaler Gedanken und Überzeugungen Identifikation von Vermeidung oder von dysfunktionalen Verhaltensmustern Planen von Aktivitäten und Übungen Entspannungsverfahren Problemlösetechniken Rückfallprophylaxe, mit Rückfällen umgehen lernen
Geführte Imagination	Aufrufen und Erzeugen eigener (positiver) innerer mentaler Bilder, bei Abwesenheit von externen Stimuli
Imagination mit standardisierten, beschwerderelevanten Skripten	Darmbezogene Suggestionen
Suggestion	Selbst-Hypnose-ähnliche Form der Imagination mit Trance-Induktion und darmbezogenen Suggestionen und Vorstellungen zur Verbesserung der Entspannung und Schmerzreduktion
Schreibtherapie	Anleitung zum schriftlichen Niederlegen von traumatischen, stressenden, emotional besetzten Ereignissen in freier Form, 30 Min. täglich in 4 aufeinanderfolgenden Tagen
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR)	Der Begriff umfasst eine Reihe von Programmen zur Stressbewältigung durch gezielte Lenkung von Aufmerksamkeit und durch Entwicklung, Einübung und Stabilisierung erweiterter Achtsamkeit.

15. Zur körperlichen Aktivität ermutigen:

(„move“)

- KKP** Körperliche Aktivierung ist eine zentrale Therapiemaßnahme bei funktionellen Körperbeschwerden. Aktivierung kann in Form kleiner Verhaltensveränderungen beginnen, die individuell angepasst sein sollten **(starker Konsens)**.
- KKP** Raten Sie den Patienten zu eigeninitiativer, genussvoller Bewegung, egal in welchem Rahmen, mit welcher Methode oder Sportart **(starker Konsens)**.
- KKP** Raten Sie den Patienten, Phasen der Bewegung und körperlichen Anstrengung mit Phasen der (ebenso genussvollen) Entspannung abzuwechseln **(starker Konsens)**.
- KKP** Ein weiterer unterstützender Aspekt besteht in sozialer Aktivierung. Raten Sie Patienten zu Bewegungsaktivitäten in der Gruppe oder zu Mannschaftssportarten **(Konsens)**.
- KKP** Raten Sie Patienten zu systematischen Aktivierungsprogrammen mit mehr Struktur, wie z. B. schrittweise aufbauendes Muskel- und Konditionstraining und vorsichtiger, schrittweiser Aktivitätsaufbau **(starker Konsens)**.
- KKP** Zeitlich begrenzt können Sie auch aktivierende Physio- und Ergotherapie verordnen **(starker Konsens)**.
- KKP** Verzichten Sie möglichst auf längerfristige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Die Bescheinigung einer klar befristeten Arbeitsunfähigkeit kann aber sorgfältig erwogen werden, um eine spontane Beschwerde-Besserung zu unterstützen und um die therapeutische Beziehung bzw. die Behandlungssadhärenz zu fördern **(starker Konsens)**.

Körperliche Aktivierung ist eine zentrale Therapiemaßnahme bei funktionellen Körperbeschwerden. Aktivierung kann in Form kleiner Verhaltensveränderungen beginnen, die individuell angepasst sein sollten.

Körperliche Aktivierung führt zu einer Verbesserung und Differenzierung der Körperwahrnehmung und einer Verbesserung der allgemeinen Kondition. Sie stellt für funktionelle Körperbeschwerden einen zentralen Behandlungsaspekt dar und soll daher im Alltag integriert werden. Dies kann – bei Patienten mit ausgeprägter Reduktion der körperlichen Aktivitäten – in Form von einfachen Alltags-Aktivitäten geschehen (beispielsweise Treppen steigen statt Lift benutzen). Mittels einer gestuften, ggf. auch kleinschrittigen Erweiterung des Bewegungsradius unter langsamer Steigerung des Belastungsgrads lässt sich aus einem reduzierten Bewegungsprofil ein zunehmend intensiveres aufbauen, bis hin zu einfachen Alltagssportarten. Dieses Verfahren wird in systematischer Form (unter der Bezeichnung „Graded Exercise“, „Graded Exercise Therapy“, White et al. 2011) angeboten: zunächst wird die Baseline alltäglicher Aktivitäten dokumentiert, und darauf aufbauend mit dem Patienten in festgelegten Stufen regelmäßige, zeitlich zunehmende physische Aktivität vereinbart (z. B. Gehen, Schwimmen). Eine Aktivitätskontrolle und eine Vermeidung einer eventuellen

Überbelastung kann durch Vereinbarung einer Ziel-Herzrate (hier: zu Beginn ca. 50% der maximalen altersentsprechenden Herzrate) erfolgen. Wenn ein ausreichender zeitlicher Umfang dieser Aktivität erreicht ist (beispielsweise 30 Minuten an 5 Tagen/Woche), kann eine wiederum gestufte Steigerung der Intensität besprochen und umgesetzt werden (z. B. durch Erhöhung der Ziel-Herzrate, Moss-Morris et al. 2005).

Raten Sie den Patienten zu eigeninitiativer, genussvoller Bewegung, egal in welchem Rahmen, mit welcher Methode oder Sportart.

Raten Sie den Patienten, Phasen der Bewegung und körperlichen Anstrengung mit Phasen der (ebenso genussvollen) Entspannung abzuwechseln.

Ein weiterer unterstützender Aspekt besteht in sozialer Aktivierung. Raten Sie Patienten zu Bewegungsaktivitäten in der Gruppe oder zu Mannschaftssportarten

Nachhaltige Effekte dieser Aktivitäten werden am ehesten erreicht, wenn die damit verbundenen Körpererfahrungen genussvoll sind und aus eigener Initiative des Patienten erfolgen. Dies erfordert eine Abstimmung mit den individuellen Ressourcen und Vorlieben des Patienten.

Körperliche Aktivierung lässt sich gut vorbereiten, monitorieren und durch anhaltende Motivation begleiten. Sie hat einen unmittelbaren günstigen Einfluss auf physiologische Prozesse, z. B. innerhalb des Herz-, Kreislauf-Systems (Löllgen et al. 2013). Vermieden muss allerdings eine mögliche Selbst-Überforderung des Patienten, falls dieser seine Aktivitäten zu schnell steigert oder zu anspruchsvoll wählt und dadurch neue oder eine Zunahme seiner bestehenden Beschwerden erleben kann. Dieses Risiko unterstreicht daher die Wichtigkeit eines behutsamen, stufenweisen Vorgehens mit dem Ziel einer angemessenen Aktivierung (Arbeitsgruppe PISO, 2012), gleichzeitig kann der Patient vorbeugend auf die Möglichkeit von vorübergehenden Rückschlägen hingewiesen werden. Ein nicht zu unterschätzender Effekt bei Bewegungsaktivitäten in der Gruppe besteht in einer gewissermaßen nebenbei erfolgenden sozialen Aktivierung. Diese kann bei Patienten mit eingeschränkten Sozialkontakten und dem Fokus auf Beschwerden und Arztbesuchen ebenfalls therapeutisch sinnvoll sein. Wenn diese Aktivitäten im Freien ausgeübt werden, vereinen sie zusätzlichen Nutzen von Bewegung in der Gruppe und an der frischen Luft.

Neben den angestrebten positiven physiologischen Wirkungen dieser Maßnahmen kann auch – für sich und davon unabhängig – die Beeinflussung des Körpererlebens der Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden einen nachweisbar günstigen therapeutischen Effekt ausüben (Terhorst et al. 2011, Theadom et al. 2015, Courtois et al. 2015). Körperliche Aktivierung ist geeignet, das Körpererleben zu stimulieren und ein erweitertes Repertoire an Erfahrungen zu erreichen. Ein positives, genußvolles Körpergefühl wird unterstützt, wenn die Aktivitäten mit Erholungsphasen abgewechselt werden. Im therapeutischen Rahmen wird dieses Prinzip systematisch seit langem durch die progressive Muskelrelaxation (Jakobson 1938) angewandt. Die Erfahrung von Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit des Körpers bereitet den Weg für ein zunehmendes Selbstwirksamkeitserleben. Diese Maßnahmen fördern insgesamt die eigeninitiative und

von Kontakten im Behandlungskontext unabhängige Beibehaltung körperlicher Aktivitäten.

Die Wirksamkeit aktivierender Verfahren ist für funktionelle Körperbeschwerden breit abgesichert. Zu möglichen Wirkfaktoren gehören beispielsweise der Einfluss positiver Erfahrungen mit dem eigenen Körper und ein zunehmendes Selbstwirksamkeitserleben. Gleichzeitig wird eine Reduktion der systematischen Dekonditionierung des Patienten und der Tendenz zur Vermeidung von Situationen und Aktivitäten erreicht. Aktuelle Leitlinien betonen, dass vorzugsweise aktivierende Verfahren zur Therapie eingesetzt werden sollen (zum Fibromyalgiesyndrom, zum chronischen Rückenschmerz, zu Nackenschmerzen, zu Müdigkeit und zum Reizdarmsyndrom). Die Kombination aktivierender Erfahrungen mit weiteren Interventionen ist möglich (Macedo et al. 2010).

Der Effekt aktivierender Übungen wurde in einer großen Zahl von systematischen Übersichtsarbeiten für weite Bereiche funktioneller Körperbeschwerden untersucht. Aktivierende Bewegungs-Übungen ohne weitere Behandlungskomponente („Exercise Therapy“) erwiesen sich als wirksam für das chronische Müdigkeitssyndrom (Larun et al. 2016) und für schmerzdominante Syndrome (chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz: Searle et al. 2015; Fibromyalgiesyndrom: Winkelmann et al. 2012), mit der Ausnahme „Repetitive-Strain-Injury-Syndroms“ (RSI-Syndrom, englisch repetitive strain injury) welches Beschwerden nach häufig wiederholter Beanspruchung/Belastung von Hand, Arm, Schulter oder Nacken bezeichnet (kein Nachweis für signifikante Behandlungseffekte: Verhagen et al. 2013). Spezifische Formen von aktivierenden Interventionen, z. B. Wassergymnastik („aquatic exercise“; Bidonde et al. 2014b; Naumann und Sadaghiani 2014), Übungen zur Steigerung von Widerstandskraft (Busch et al. 2013) oder von Bewegungskontrolle (Saragiotto et al. 2016) sowie kombinierte Verfahren (Searle et al. 2015) konnten ihre Wirksamkeit für chronischen nicht spezifischen Rückenschmerz und für das Fibromyalgiesyndrom nachweisen. Diese Interventionen können in der Regel als Gruppeninterventionen durchgeführt werden, was ihre Anwendung ökonomisch macht. Ein von Osteopathen häufig genutztes aufwändiges Verfahren jedoch, welches eine therapeutische Eins-zu-Eins-Betreuung erfordert („Muscle Energy Technique“: Franke et al. 2015), wies praktisch keine nachweisbaren Effekte auf.

Auch aktivierende Verfahren, die dem Bereich Komplementär-/ Alternativmedizin zugeordnet werden können, erwiesen sich als wirksam. Dies gilt für Yoga bei chronischem nicht-spezifischen Rückenschmerz und beim Reizdarmsyndrom (Wieland et al. 2017, Schumann et al. 2016 [keine Effektstärken bestimmbar]), allgemein für „complementary and alternative exercise“ (Langhorst et al. 2013) und eingeschränkt für Tai Chi und Qigong (Lauche et al. 2013, Bidonde et al. 2014a [keine Effektstärken bestimmbar]) beim Fibromyalgiesyndrom. Die beiden letztgenannten Verfahren wurden in zwei Übersichtsarbeiten jeweils einmal als wirksam, einmal als nicht wirksam beurteilt. Kein Wirksamkeitsnachweis fand sich für Gymnastik nach Pilates beim chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerz (Aladro-Gonzalvo et al. 2013): zwar waren signifikante Behandlungseffekte zu ermitteln, die allerdings wegen methodischer Mängel des Reviews herabgestuft werden mussten.

Aktivierende Physio- und Ergotherapie kann zeitlich begrenzt verordnet werden. Erwiesenermaßen wirksam sind systematische Aktivierungsprogramme mit mehr Struktur, z. B. schrittweise aufbauendes Muskel- und Konditionstraining und vorsichtiger, schrittweiser Aktivitätsaufbau.

Aktivierende Verfahren wurden zudem in Kombination mit weiteren therapeutischen Elementen untersucht, gemeinsam mit verhaltenstherapeutischen Elementen für das chronische Müdigkeitssyndrom (Marques et al. 2015) und mit manueller Therapie bei dem Kraniomandibularsyndrom (Armijo-Olivo et al. 2016). Beide Übersichtsarbeiten bewerteten diese Kombinationen als insgesamt effektiv. Edukative Maßnahmen können (↗ Empfehlung 14 „Selbstwirksamkeit“) mit aktivierenden und anderen Ansätzen kombiniert werden und bilden ein in praktisch allen Selbsthilfe- und Selbstmanagement-Ansätzen vorhandenes Element (van Gils et al. 2016). Für sich angewendet, ohne Einbindung in einen Gesamt-Behandlungsplan mangelt es edukativen Verfahren allerdings an Nachweisen für ihre Wirksamkeit (Engers et al. 2008, Ainpradub et al. 2016, ↗ *Empfehlungen 11 und 14*)

Bei stark eingeschränkten Patienten kann eine „Hinführung“ zur Bewegung durch die Verordnung übender Verfahren (z. B. Funktionstraining, Krankengymnastik, Ergotherapie) oder physikalischer Maßnahmen (z. B. Balneotherapie, Wärmeanwendungen) erreicht werden. Es empfiehlt sich, auf eine – zeitlich begrenzte – Einbettung dieser Verfahren in die Gesamtbehandlung zu achten und mit dem Patienten zu besprechen, welche Ziele und welcher zeitliche Rahmen mit der Maßnahme verbunden sind. Zudem sollen die Effekte dieser Behandlungselemente in regelmäßigen Abständen mit dem Patienten überprüft werden.

Verzichten Sie möglichst auf längerfristige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Die Bescheinigung einer klar befristeten Arbeitsunfähigkeit kann aber sorgfältig erwogen werden, um eine spontane Beschwerde-Besserung zu unterstützen und um die therapeutische Beziehung bzw. die Behandlungsadhärenz zu fördern.

Als Konsequenz aus der Bewertung wirksamer Interventionen bei funktionellen Körperbeschwerden ergibt sich, dass mit der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit kritisch und zurückhaltend umgegangen werden sollte. Medizinisch unerwünschte Aspekte einer Arbeitsunfähigkeit werden deutlich, indem mit dem Patienten die Vorteile der Krankenrolle (Schonung, Entlastung) klar mit deren Nachteilen (Vermeidung, weitere Schwächung durch Schonung, „Arbeitsunfähigkeitsfalle“) bilanzierend gegenübergestellt werden. Eine Krankschreibung impliziert die Annahme einer beträchtlichen Beeinträchtigung, ein maximaler Zeitraum von 2 Wochen (Pols und Battersby 2008; Smith et al. 2009) entspricht dem empfohlenen Intervall für eine regelmäßige Wiedereinbestellung. Bei leichteren Verläufen und akut intensiveren Beschwerden kann demnach die Bescheinigung einer befristeten Arbeitsunfähigkeit (7 Tage mit Wiedervorstellung und ggf. Verlängerung um weitere 7 Tage) erwogen werden, um eine spontane Beschwerde-Besserung zu unterstützen und um die therapeutische Beziehung bzw. die Therapie-Adhärenz zu fördern. Bei der Re-Evaluierung und der Entscheidung

über eine Verlängerung der AU ist auch das persönliche Umfeld des Patienten zu erwägen (familiäre Unterstützung, mögliche Konflikte am Arbeitsplatz).

Bei längerer Krankschreibung ohne systematisches Monitoring durch den Hausarzt besteht die Gefahr, dass der Patient sich allein gelassen fühlt und das Risiko dysfunktionaler krankheitsbezogener Überzeugungen und Verhaltensweisen steigt, mit der Folge der zunehmenden Gefahr einer Chronifizierung. Bekannt ist auch das Risiko einer „AU-Falle“: der Patient stellt sich nach einer Krankschreibung bald mit gleichen oder sogar schlimmeren Beschwerden vor und wünscht eine erneute Krankschreibung. Die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit sollte mit einer sorgfältigen Analyse etwaiger Belastungen am Arbeitsplatz verbunden werden, auch bei Berentungswunsch, wobei letzterer zusätzlich von einer gründlichen Bilanzierung der Krankengeschichte und des Behandlungsverlaufs begleitet werden soll (Henningsen et al. 2002).

EVIDENZTABELLE 15.1: Aktivierende Verfahren. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	E m p f e h l u n g	System. Review	Haupt-Studienergebnis (95% CI)	Sekundäres Studienergebnis (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studienabbrüche	(Schwere) un-er-wünsch-te Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz	Bewegungstherapie („Exercise“)	+	Searle et al. 2015	SMD -0.32 (-0.44 bis -0.19) (Schmerz)	k. A.	39 (4109)	k. A.	k. A.	StG: unklar
	“Cardiorespiratory and combined exercise”	o	Searle et al. 2015	SMD 0.04 (-0.31 bis 0.39) (Schmerz)	k. A.	6 (k. A.)	k. A.	k. A.	StG: unklar
	“Motor control exercise”	+	Saragiotto et al. 2016 © a,b	MD -10.01 (-15.7 bis -4.4) (Schmerz)	MD -8.63 (-14.78 bis -2.47) (Funktion)	4 (291)	k. A.	k. A.	GdE: gering
	Pilates-basierte Bewegungstherapie	o	Aladro-Gonzalvo et al. 2013	<i>SMD -0.44 (-0.80 bis -0.09)</i> (Schmerz)	SMD -0.28 (-0.62 bis 0.07) (Funktion)	5 (k. A.)	k. A.	k. A.	StG: moderat / gering; Abwertung wg. meth. Mängel
	“Muscle energy technique”	o	Franke et al. 2015 ©	MD(w) 0.00 (-2.97 bis 2.98) (Schmerz)	SMD -0.18 (-0.43 bis 0.08) (Funktion)	7 (232)	k. A.	Keine uE beobachtet	GdE: gering
	Yoga	+	Wieland et al. 2017 ©	MD -4.55 (-7.04 bis -2.06) (Schmerz)	MD -2.18 (-0.60 bis -0.76) (Funktion)	5 (458)	RD 0.05 (0.02 bis 0.08) (alle uE)	k. A.	GdE: moderat

Fibromyalgie-syndrom	Aerobes Training	+	Winkelmann et al. 2012	SMD -0.40 (-0.55 bis -0.26) (Schmerz)	SMD -0.38 (-0.52 bis -0.24) (HR-QoL)	23 (1085)	RR 1.32 (0.99 bis 1.76) (Studienabbruch, alle Gründe)	k. A.	StG: moderat
	"Aquatic Exercise"	+	Bidonde et al. 2014b ©	SMD -0.53 (-0.76 bis -0.31) (Schmerz)	SMD -0.55 (-0.83 bis -0.27) (HR-QoL)	8 (472)	RR 1.13 (0.73 bis 1.77) (Studienabbruch, alle Gründe)	Geringes Risiko für uE, kein suE berichtet	GdE: gering
	Hydrotherapie	++	Naumann und Sadaghiani 2014	SMD -0.42 (-0.61 bis -0.24) (Schmerz)	SMD -0.40 (-0.62 bis -0.18) (HR-QoL)	8 (462)	Keine Studienabbrüche wegen (s)uE	Geringes Risiko für uE	StG: unklar
	"Resistance Exercise Training"	+	Busch et al. 2013	SMD -1.89 (-3.86 bis 0.07) (Schmerz)	SMD -0.5 (-0.89 bis -0.11) (Funktion)	3 (107)	RR 3.50 (0.8 bis 15.5) (Studienabbruch, alle Gründe)	Geringes Risiko für uE	GdE: gering
	Komplementäre und alternative Bewegungstherapien	+	Langhorst et al. 2013	SMD 0.35 (-0.80 bis 0.11) (Schmerz)	SMD -0.59 (-0.93 bis -0.24) (HR-QoL)	7 (327)	k. A.	Keine suE	StG: unklar
	Qigong	+	Lauche et al. 2013	SMD -0.69 (-1.25 bis -0.12) (Schmerz)	SMD -0.54 (-1.78 bis 0.70) (HR-QoL) ^c	3 (166)	k. A.	Geringes Risiko für uE	StG: unklar / hoch
„Repetitive Strain Injury“	Bewegungstherapie ("Exercise")	o	Verhagen et al. 2013	SMD -0.52 (-1.08 bis 0.03) (Schmerz)	k. A.	5 (431)	Hinweise auf signifikant häufigere Studienabbr.	k. A.	GdE: sehr gering

Chronisches Müdigkeits-syndrom	Bewegungstherapie ("Exercise")	++	Larun et al. 2016	SMD -0.73 (-1.10 bis -0.37)^d (Müdigk.)	MD 13.1 (2.0 bis 24.2) (Funktion)	8 (1518)	k. A.	RR 0.99 (0.14 bis 6.97) (suE)	GdE: moderat
	Verhaltensorientierte Interventionen zusammen mit mit gestufter körperlicher Aktivierung	++	Marques et al. 2015	SMD 0.61 (0.44-0.78) (Müdigkeit)	SMD 0.29 (0.13-0.44) (Funktion)	14 (1776)	k. A.	k. A.	StG: unklar / hoch
Kranio-mandibuläre Beschwerden	Bewegungstherapie mit Physiotherapie	+	Armijo-Olivo et al. 2016	SMD 0.43 (-0.02 bis 0.87) (Schmerz)	k. A.	5 (213)	k. A.	Hinweise auf häufigere uE- in den Vergleichsbedingungen	GdE: moderat

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a mittlere Effektstärke nach Angaben der Autoren

^b Vergleich gegen "minimal treatment"

^c Gesundheitsbezogene Lebensqualität global wies sign. Verbesserung auf (Datenquelle: je 2 Studien)

^d eigene Analyse

16. Zusammenarbeiten und Rat einholen:

(„network and consult“)

- KKP** Fragen Sie Patienten nach parallel verlaufenden Behandlungen und Konsultationen sowie nach deren Wirkung (**starker Konsens**).
- KKP** Bitten Sie Patienten darum, dass Sie sich mit den Kollegen der anderen Fachrichtungen austauschen können, bei Vorliegen einer Schweigepflicht-Entbindung (**starker Konsens**).
- KKP** Beraten Sie sich mit den Mitbehandlern hinsichtlich diagnostischer Einordnung, eventueller Behandlungsprobleme und der weiteren Behandlungsplanung. Erbitten Sie, falls erforderlich - am besten mit telefonischer Vorankündigung - die konsiliarische Einschätzung von Kollegen anderer Fachrichtungen (**starker Konsens**).
- KKP** Sorgen Sie – auch als nicht-ärztlicher Therapeut oder Psychotherapeut – für eine gute (telefonische) Erreichbarkeit für Mitbehandler (**starker Konsens**).
- KKP** Denken Sie vor allem bei besonders hartnäckigen Beschwerden und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen an mögliche aufrechterhaltende dysfunktionale Faktoren wie signifikante Vorteile durch die Krankenrolle, Medikamentenmissbrauch, gravierende Lebensereignisse oder an die Möglichkeit bisher unerkannter, eventuell seltener körperlicher/psychischer Differentialdiagnosen. Holen Sie den Rat von Kollegen ein (**starker Konsens**).

Fragen Sie Patienten nach parallel verlaufenden Behandlungen und Konsultationen sowie nach deren Wirkung.

Bei andauernden und beeinträchtigenden funktionellen Körperbeschwerden sollten weitere Behandlungsoptionen erwogen werden (Hoedeman et al. 2010). Spätestens vor der Planung solcher zusätzlicher Elemente sollte die Patientin nach parallel verlaufenden Behandlungen und Konsultationen gefragt werden, sofern das nicht bereits – zu einem nicht zu weit zurückliegenden Zeitpunkt – erschöpfend geschehen ist. Falls es solche Parallelbehandlungen bereits gibt, ist zu überprüfen, ob und wie diese ggf. in den Behandlungsplan integriert werden können. Es ist sicherzustellen, dass das Behandlungskonzept insgesamt in sich abgestimmt ist. Dies betrifft die diagnostische Einordnung, die wichtigsten Therapiestrategien und die Medikation. Schließlich soll die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits- oder anderen Bescheinigungen zentral in einer Hand liegen. Dies ist am ehesten möglich auf der Grundlage der Richtlinien der psychosomatischen Grundversorgung, für welche ein solches Vorgehen explizit gefordert wird: „Die Kooperation geschieht durch gute und geplante Abstimmung aller an der Behandlung des Patienten Beteiligten im Sinne des Case- und Disease-managements“ (Bundesärztekammer 2001, S. 7). Die Kooperation wird durch den Zugang zu Netzwerken erleichtert, die fach- und sektorenübergreifend effektiv kommunizieren und behandeln können. Alternativ können solche Netzwerke auch selbst erschlossen bzw. aufgebaut

werden. Es bleibt anzumerken, dass es für ein solches Vorgehen zwischen den Behandlern in Deutschland bisher keine Vergütungsstruktur vorgesehen ist. Schließlich dient diese Art der Zusammenarbeit nicht zuletzt der Vermeidung iatrogenen Schädigungen durch nicht indizierte Therapien oder unerwünschte Wechselwirkungen (Kouyanou et al. 1998).

Bitten Sie Patienten darum, dass Sie sich mit den (mitbehandelnden) Kollegen der anderen Fachrichtungen austauschen können, auf der Grundlage eine Schweigepflicht-Entbindung. Beraten Sie sich mit den Mitbehandlern hinsichtlich diagnostischer Einordnung, eventueller Behandlungsprobleme und der weiteren Behandlungsplanung. Erbitten Sie, falls erforderlich - am besten mit telefonischer Vorankündigung - die konsiliarische Einschätzung („consultation letter“) von Kollegen anderer Fachrichtungen. Sorgen Sie – auch als nicht-ärztlicher Therapeut oder Psychotherapeut – für eine gute (telefonische) Erreichbarkeit für Mitbehandler.

Parallel verlaufende Behandlungen sind besonders dann effektiv, wenn die einzelnen Komponenten auf einem gemeinsamen Rational beruhen und die Maßnahmen sich in Art und Umfang nicht überschneiden oder sogar gegenseitig hemmen. Nachdem ein Bild der Gesamtbehandlungssituation vorliegt, sollte die Ärztin gemeinsam mit der Patientin entscheiden, ob die hausärztliche bzw. somatisch-fachärztliche Betreuung das zentrale Behandlungselement bleiben soll. Dies ist nicht selten der Fall. Die gleichzeitige Behandlung durch mehrere Therapeuten, auch aus verschiedenen therapeutischen Bereichen funktioneller Körperbeschwerden ist als Konsequenz der Charakteristika dieser Beschwerden häufig (Barsky et al. 2005). In diesem Falle kommt einer guten Kooperation der Behandler Bedeutung zu, um die Versorgung zu optimieren, und um die möglichen Vorteile einer „collaborative / stepped care“ auszuschöpfen (Smith et al. 2003; Henningsen et al. 2018b; Fink u. Rosendal 2008; Hoedeman et al. 2010; Heijmans et al. 2011; Gask et al. 2011). Gute Kooperation heißt, dass alle Behandler und die Patientin sich auf eine vergleichbare diagnostische Zuordnung und damit ein gemeinsames Krankheitsmodell geeinigt haben, und dass sie wechselseitig über die jeweiligen therapeutischen Interventionen und deren Ziele informiert sind.

Diese Abstimmung ist im ambulanten Setting nicht selbstverständlich und wird auch durch das gegenwärtige Entgeltsystem nicht oder nicht ausreichend abgebildet. Weder die Konsultationen selbst noch die schwierige Umsetzung im Praxisalltag können gegenwärtig abgerechnet werden. Eine solche Abstimmung muss deshalb "gewollt" sein und wird erleichtert einerseits durch bestehende Kontakte in einem Behandler Netzwerk (*siehe auch Empfehlung 17*) und andererseits durch gute Erreichbarkeit, beispielsweise durch ein festes Zeitfenster für telefonische Kontakte. Dies kann für Psychotherapeuten beispielsweise im Rahmen der gesetzlichen telefonischen Erreichbarkeitszeiten erfolgen.

Reviews zur Praxisorganisation und zur „integrativen Versorgung“ („integrated care“, Sharpe 2016) legen nahe, dass hier noch ein substantielles Verbesserungspotential besteht. Der Gedanke der „integrierten Versorgung“ unterstützt bereits die stärkere Vernetzung der verschiedenen an der Versorgung Beteiligten (Hausärzte, Fachärzte). Ein weitergehendes Konzept einer „integrativen (sic!) Versorgung“ geht noch weiter und

bietet dem Patienten an einer Stelle, d.h. innerhalb einer Einrichtung eine effektive parallele und synchrone Versorgung sowohl physischer als auch psychischer Beschwerden ohne Betracht der Perspektive. Damit fallen auch stigmatisierende Barrieren bei der Zuordnung zu einer dieser beiden Domänen weg. Zudem spart dieses Modell Zeit, erleichtert die notwendige Kommunikation zwischen den Behandlern und ist geeignet, eine raschere angemessene Versorgung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden zu unterstützen.

Denken Sie vor allem bei besonders hartnäckigen Beschwerden und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen an mögliche aufrechterhaltende dysfunktionale Faktoren wie signifikante Vorteile durch die Krankenrolle, Medikamentenmissbrauch, gravierende Lebensereignisse oder die Möglichkeit bisher unerkannter, eventuell körperlicher/psychischer Differentialdiagnosen. Holen Sie den Rat von Kollegen ein.

Da psychische und soziale Faktoren bei nicht spontan remittierenden und/oder schwereren Verlaufsformen funktioneller Körperbeschwerden in der Regel eine zentrale Rolle spielen (z. B. Limburg et al. 2017), empfiehlt es sich, in diesen Konstellationen die Anwesenheit aufrechterhaltender dysfunktionaler Faktoren zu erwägen. Diese werden vom Patienten häufig nicht als zur Krankheitsgenese gehörend erlebt oder aber aus Scham verschwiegen und daher selten aus eigenem Antrieb offen berichtet. Denken Sie bezüglich solcher Faktoren an

- erwartete Krankheitsgewinne in Form von Kompensations- oder Rentenwünschen
- Medikamentenmissbrauch
- selbst zugefügte („artifizielle“) Befunde ([🔗 KE 14](#))
- häusliche Gewalt oder andere gravierende Lebensereignisse / traumatische Erfahrungen

Wegen der Bedeutung dieser Faktoren sollte erwogen werden, in diesen Fällen einen Vertreter der psychosozialen Medizin hinzuzuziehen (Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder psychologischer Psychotherapeut). Gut untersucht und in seiner Wirksamkeit bestätigt ist das Verfahren, dass die Patientin von einer Fachvertreterin konsiliarisch gesehen wird. Dies geschieht in der Regel einmalig und kann in der Hausarzt- oder der psychosozialen Praxis, im Einzelkontakt oder gemeinsam mit der Hausärztin stattfinden. Die Rückmeldung des psychosozialen Mediziners/ Psychotherapeuten erfolgt häufig in Form eines „consultation letters“ (CL), aber auch andere Formen des Feedbacks, auch mehrmalig, waren in den untersuchten Studien möglich. Die Behandlung verbleibt in diesen Fällen bei der Hausärztin, der „consultation letter“, gelegentlich auch als Behandlungsempfehlung („care recommendation letter“) bezeichnet, wird üblicherweise nicht an den Patienten verschickt. Das Verfahren ist bei Hausärzten und bei Patienten in den untersuchten Populationen gut akzeptiert (Hoedemans et al. 2010), kann trainiert werden und sollte auf die Bedürfnisse der Hausärztin zugeschnitten sein (Weiland et al.

2015a, 2015b). Ein üblicher CL, der nach einem patienten-zentrierten Screening-Termin verschickt wird, besteht aus a) einem diagnostischen Teil, b) einer Bestätigung der Symptompräsentation des Patienten, falls angemessen, c) der Aufforderung an den Allgemeinarzt, keine weiteren externen Untersuchungen zu veranlassen, solange es keine klaren Indikationen für eine somatische Erkrankung gibt, und d) einer regelmäßigen Wiedereinbestellung des Patienten mit obligater körperlicher Untersuchung. Die Wirkungen dieser Modelle ließen sich anhand einer Reduktion der Belastung des Patienten durch die Beschwerden, durch eine verbesserte Alltagsfunktion sowie – in ökonomischer Perspektive – durch die Verringerung der Inanspruchnahme sowie der Behandlungskosten nachweisen (van der Feltz-Cornelis et al. 2010, Hoedeman et al. 2010).

EVIDENZTABELLE 16.1: Konsultationsmodelle in der hausärztlichen Versorgung. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	Empfehlung	System. Review	Hauptstudien- ergebnis (95% CI)	Sekundäres Studien- ergebnis (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studien- abbrüche	(Schwere) un-er- wünsch-te Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Funktionelle Körperbeschwer- den (allgemein) Studienlage unverändert	Psychiatric consultation in primary care	++	van der Feltz- Cornelis et al. 2010	MD(w) 0.31 (0.190 bis 0.44) (Belastung durch Beschwerden)	MD(w) 0.51 (0.31bis 0.71) (Inanspruchnahme)	9 (251 / 3408) (Praxen / Pat.)	k. A.	k. A.	StG: hoch
	Consultation letters	+	Hoedeman et al. 2010	MD(w) 3.57 (2.07 bis 5.07) (Funktion)	MD -352.55 (-522.32 bis -182.78) (Kosten, US-Dollar)	4 (267)	k. A.	k. A.	StG: hoch

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

**EMPFEHLUNG 17-22: MULTIMODALE BEHANDLUNG /
PSYCHOTHERAPIE / REHABILITATION**
(„MULTIMODAL CARE/PSYCHOTHERAPY/REHABILITATION“)
Einbeziehung weiterer Behandler und Behandlungsformen



17. Multimodale Behandlung vorbereiten:

(„prepare multimodal“)

- KKP** Streben Sie zunächst ein ambulantes Behandlernetzwerk an. Gegenseitige Kenntnis und Wertschätzung der Behandler und regelmäßige Kommunikation ist für eine gelingende multimodale Behandlung notwendig (**starker Konsens**).
- KKP** Bleiben Sie als behandelnder Arzt weiterhin der Hauptansprechpartner Ihrer Patienten und der Hauptverantwortliche für die Koordination der Behandlung („Gatekeeper-Funktion“) (**starker Konsens**).
- KKP** Erwägen Sie je nach diagnostischer Einschätzung, Motivation der Betroffenen und lokalen Gegebenheiten auch eine andere somatisch-fachärztliche oder eine ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Mitbehandlung, eine begleitende Krankengymnastik, oder weitere Therapieelemente (**starker Konsens**).

- KKP** Psychotherapie ist eine wichtige und bei einem breiten Spektrum funktioneller Körperbeschwerden nachweislich wirksame Behandlungsform, wenngleich nicht die einzige Option bei der Einbeziehung weiterer Behandlungskomponenten. Erwägen Sie die Vermittlung in ambulante Psychotherapie insbesondere bei relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder psychischer Komorbidität, bei relevanten dysfunktionalen Krankheitsannahmen, starker funktioneller Beeinträchtigung oder bei anhaltend schwierigen Behandler-Patient-Beziehungen **(Konsens)**.
- KKP** Empfehlen Sie ein wissenschaftlich gut fundiertes psychotherapeutisches Verfahren, dessen Wirksamkeit durch qualitativ hochwertige Studien gesichert ist, wie beispielsweise eine (kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie oder Hypnotherapie **(starker Konsens)**.
- KKP** Erwägen Sie – auch ergänzend zu einer Psychotherapie oder wenn diese trotz bestehender Indikation wegen lokaler Gegebenheiten, spezifischer/anders gerichteter Motivation von Patienten oder aus anderen Gründen nicht zustande kommt – weitere Behandlungsformen, die sich im Rahmen multimodaler Behandlungsansätze bewährt haben: körperorientierte Verfahren wie beispielsweise Krankengymnastik, Physiotherapie, Entspannungs- oder Atemtherapie, Biofeedback bzw. Neurofeedback, funktionelle Entspannung, Feldenkrais, konzentrierte Bewegungstherapie oder Tanztherapie, sowie weitere nicht oder nur in weitem Sinne körperorientierte Verfahren (je nach Verfügbarkeit und Präferenz des Patienten) wie Gesundheitstraining, therapeutisches Schreiben, Musiktherapie, Meditation, Achtsamkeitstraining, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Autogenes Training, Tai Chi, Qi-Gong, Yoga **(starker Konsens)**.
- KKP** Bereiten Sie evtl. indizierte Über- oder Einweisungen behutsam vor, insbesondere zum Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten. Erläutern Sie die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens und sprechen Sie auch mögliche diesbezügliche Vorbehalte der Patienten offen an **(starker Konsens)**.
- KKP** Vereinbaren Sie eine möglichst zeitnahe Wiedervorstellung Ihres Patienten bei Ihnen, wenn eine Konsultation bei anderen Kollegen geplant oder bereits erfolgt ist **(starker Konsens)**.

Streben Sie zunächst ein ambulantes Behandler Netzwerk an. Gegenseitige Kenntnis und Wertschätzung der Behandler und regelmäßige Kommunikation ist für eine gelingende multimodale Behandlung notwendig.

Funktionelle Körperbeschwerden in ihren schwereren Verlaufsformen sollten – je nach diagnostischer Einschätzung, Motivation des Patienten und lokalen Gegebenheiten – unter Einbeziehung von Ärzten/Therapeuten anderer Fachrichtungen oder Fächer behandelt werden. Vorteilhaft ist es, wenn die (Mit-)Behandlung bereits innerhalb eines bereits etablierten Netzwerks erfolgen kann, welches idealerweise auf der Basis persönlicher Kontakte beruht. Dieser Umstand erleichtert die für multimodale

Behandlungen wichtige Kommunikation. Zudem sollte das Netzwerk einen/eine Psychotherapeuten einschließen, um auch diese Behandlungsoption in dieses Netzwerk integrieren zu können.

Bei zunehmender Schwere und/oder Dauer der Beschwerden nimmt die Bedeutung der Integration weiterer Behandlungskomponenten, vor allem aktiver Behandlungsverfahren, zu. Erwogen werden kann eine Planung der Behandlung anhand von Risikoprofilen der untersuchten Patienten (Shedden-Mora et al. 2016).

Bei der Frage nach der akuten Einschätzung eines psychotherapeutischen (Mit-)Behandlungsbedarfs können Patienten auch auf die seit 1. April 2017 verpflichtend eingeführten „Psychotherapeutische Sprechstunden“ und die „Ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlungen“ verwiesen werden. Nach Einschätzung der Dringlichkeit durch eine Psychotherapeutin (mit KV-Zulassung bzw. Ermächtigung für Psychotherapie) tritt ggf. die Terminservicestelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Aktion, um den nächsten freien Behandlungsplatz für die Patientin zu finden (siehe Exkurs „Psychotherapeutische Sprechstunden“, „Ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlungen“, „Terminservicestellen“).

Exkurs: „Psychotherapeutische Sprechstunden“, „Ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlungen“, „Terminservicestellen“

Schwere Ausprägungen funktioneller Körperbeschwerden können in begründeten Fällen die frühzeitige, niedrigschwellige Vorstellung in der psychotherapeutischen Sprechstunde und gegebenenfalls eine entsprechende Akutbehandlung erforderlich machen.

In der ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde prüft ein Psychotherapeut (mit KV-Zulassung bzw. Ermächtigung für Psychotherapie) in maximal zwei Sitzungen mit 25 oder eine Sitzung mit 50 Minuten die Indikation für weiterführende Maßnahmen. Die Therapeuten ihrerseits sind verpflichtet, für dieses Angebot wöchentlich 100 Minuten freizuhalten, sodass lange Wartezeiten vermieden werden können. Falls der Psychotherapeut aus dringlichen Gründen eine ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung mit Umfang von maximal 12 Sitzungen für notwendig hält und die Behandlung nicht in seiner Praxis durchführen kann, kennzeichnet er neben einer ICD-verschlüsselten Diagnose /Verdachtsdiagnose die Dringlichkeit mit seinem eigenen von der KV ihm zugeteilten Dringlichkeitscode auf dem Formular PTV 11. Weiterführende Maßnahmen (ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung, ambulante Psychotherapie, Präventionsmaßnahme, stationäre Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation) können ebenfalls empfohlen werden. Damit wendet sich der Patient an die Servicestelle, welche dann den nächst frei werdenden Behandlungsplatz für die ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung sucht. Sie teilt innerhalb einer Woche den nächsten freien Termin im Zeitraum der kommenden vier Wochen mit. Damit ist ein erster Kontakt in der psychosomatischen Sprechstunde bzw. die Akutbehandlung nun deutlich schneller zu erreichen. Dabei wird kein Wunschtherapeut vermittelt, ein

gewisser Radius der Fahrstrecke gilt als zumutbar und die Terminabsage läuft ebenfalls über die Servicestelle.

Damit soll dem Patienten der Kontakt zur psychosomatischen Behandlung erleichtert werden. Keinesfalls werden alle Patienten mit funktionellen Beschwerden weiterführende Akutbehandlung benötigen. Aber für schwer belastete Fälle ist es eine Chance – mitunter die einzige Chance in einem realistischen Zeitraum – den Teufelskreis wiederholender Klagen und Abklärungen zu verändern, ohne früh in den Bemühungen an der allseits bekannten Wartezeit für psychotherapeutische Behandlung zu scheitern. Falls keine behandlungsbedürftige Störung festgestellt wird, kann der Therapeut dieses ebenfalls auf dem Formular PTV 11 kennzeichnen. Dann entfällt die weitere Suche nach dem nächsten freien Behandlungsplatz. Bleibt die Suche im ambulanten Bereich ergebnislos, wird die ambulante Vorstellung in einer Klinik vermittelt, soweit diese Beratungsplätze gemeldet hat (für eine Übersicht über die Arbeitsweise der Terminservicestellen siehe z. B.

https://www.kvwl.de/arzt/kv_dienste/terminservice/tss_schema.pdf und https://www.kvno.de/downloads/tss/ablauf_pp.pdf).

Bleiben Sie als behandelnder Arzt weiterhin der Hauptansprechpartner Ihrer Patienten und der Hauptverantwortliche für die Koordination der Behandlung („Gatekeeper-Funktion“).

Dokumentiert und strukturiert wird dieses Vorgehen durch einen Gesamtbehandlungsplan. Dieser enthält den gewählten Behandlungsrahmen (idealerweise regelhafte statt beschwerdegesteuerter Termine), Behandlungsinhalte und –Ziele, Trainingseinheiten und Hausaufgaben sowie Beschwerdeprotokolle für den Patienten, für alle Behandlungskomponenten (Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015).

Multimodale Ansätze werden zur Behandlung schwererer Verlaufsformen übereinstimmend empfohlen in den aktualisierten Leitlinien zum Fibromyalgiesyndrom (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) 2012), der NVL Kreuzschmerz, aber auch in internationalen Leitlinien (van der Feltz-Cornelis et al. 2012). Von einer multimodalen Behandlung kann man im weitesten Sinne dann sprechen, wenn mindestens 2 Vertreter unterschiedlicher Fachrichtungen (Modalitäten) eine untereinander abgestimmte Behandlung bei demselben Patienten vornehmen, sich hierzu in geplantem / regelmäßigen / persönlichem (d. h. nicht zwangsläufig „häufigem“) Austausch befinden und sich gemeinsam für die Behandlung zuständig fühlen. Bei diesen Behandlungsansätzen kommt dem Hausarzt (bzw. dem Frauenarzt-in als „Hausarzt der Frau“) eine zentrale Rolle zu. Dieser leitet weitere Behandlungskomponenten ein und koordiniert sie, und bleibt während der gesamten Dauer der Behandlung Hauptansprechpartner und Hauptverantwortlicher für den Patienten. Diese Funktion besteht auch nach dem Abschluß einzelner Behandlungskomponenten fort. Diese werden regelhaft in einem „Nachschau-Termin“ bezüglich ihres Erfolgs gemeinsam bewertet.

Erwägen Sie je nach diagnostischer Einschätzung, Motivation der Betroffenen und lokalen Gegebenheiten auch eine andere somatisch-fachärztliche oder eine ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Mitbehandlung, eine begleitende Krankengymnastik, oder weitere Therapieelemente

Multimodale Behandlungen wurden bisher bei schmerzdominanten funktionellen Körperbeschwerden und beim Reizdarmsyndrom– trotz Heterogenität und nicht von vornherein gegebener Vergleichbarkeit der kombinierten Interventionen –in den vergangenen Jahren, allerdings nur in wenigen systematischen Übersichtsarbeiten bewertet. Als „multimodal“ – im weitesten Sinn – wurde hier die systematische Kombination von Verfahren aus mindestens zwei Bereichen definiert. Häufig wird verlangt, dass eine dieser Komponenten aus einer psychologischen Behandlung besteht. Ein Review zur Fibromyalgie (Arnold et al. 2012) bezeichnete multimodale Behandlung als hochwirksam, vor allem für Behandlungen von mehr als 24 Stunden Therapiedosis. Die Effektstärken nach Therapie waren für die Beschwerden und beschwerdenahe Merkmale (Schlaf / Gesundheitsbezogene Lebens–qualität) allerdings klein und moderat für Gesundheitsbezogene Lebens–qualität, mit abnehmenden Effekten zum Zeitpunkt der Nacherhebung. Weitere Arbeiten unter Einbezug einer wesentlich größeren Anzahl von Primärstudien und eine Analyse des Einflusses der Versorgungsebene bei diesem Syndrom kamen zu vergleichbaren Ergebnissen (Häuser et al. 2009, Garcia-Campayo et al. 2008).

Weitergehende förmliche Definitionen einer multimodalen Behandlung verlangen die Einbeziehung einer psychosozialen Fachrichtung (zur psychosozialen Diagnostik und Verlaufsbeurteilung, nicht zwingend zur Psychotherapie), und zusätzlich die Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, künstlerische Therapie, (medizinische) Trainingstherapie oder sonstige übende Therapien (Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI; deutscher Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS Ziffer 8-918.x). Diese Modelle, die dem Gedanken einer integrierten Versorgung entsprechen, können dezentral umgesetzt werden, mit entsprechendem organisatorischem und zeitlichem Aufwand. Über verschiedene Zwischenstufen ist ein Spektrum von Versorgungsmodellen bis hin zu einer vollständigen ambulanten Versorgung in einer Einrichtung denkbar („Integrative Care“, Sharpe und Naylor 2016). Ein solches Modell als Maximalform der multimodalen ambulanten Behandlung ist in der Lage, die Standards umzusetzen, welche gegenwärtig auch einer teil- oder vollstationären psychosomatischen Behandlung zugrunde liegen.

Bezüglich der Wirksamkeit kommt auch ein Cochrane-Review zur „multidisziplinären biopsychosozialen Rehabilitation“ bei nicht-spezifischem chronischen Rückenschmerz zu vergleichbaren Ergebnissen (Kamper et al. 2014, Einschluss von 41 RCTs). Hierfür mussten mindestens zwei Interventionen aus den Bereichen „psychisch, physisch, sozialtherapeutisch oder arbeitsbezogen“ zur Anwendung gekommen sein. Das multimodale Vorgehen erwies sich als signifikant besser als die konventionelle Standardbehandlung („Treatment as usual“, TAU), aber auch überlegen im Vergleich mit

niedrigschwelligen aktiven und passiven körperliche Interventionen wie Übungen oder Massage. Die Autoren kommen zu der Einschätzung, dass für diese Beschwerdeform chiropraktische Interventionen („spinal manipulation therapy“) in Kombination mit weiteren Elementen (zumeist Übungen) ein praxisnäheres Bild dieser Behandlungen ergeben, da die passiven chiropraktischen Interventionen im Alltag nicht die einzigen, isolierten Behandlungselemente darstellen. Trotz guter Effekte bezüglich Schmerz- und Beeinträchtigungsreduktion beim nichtspezifischen chronischen Rückenschmerz konnten die kombinierten Verfahren allerdings keine weitergehende, signifikante Überlegenheit im Vergleich zu anderen, nachweislich wirksamen isolierten Therapien erzielen (Walker et al. 2010). Bei chronischem Nackenschmerz waren multimodale Behandlungen unter Beteiligung manueller Therapie oder Übungen nachweisbar überlegen gegenüber TAU, (Bryans et al. 2011), bei Spannungskopfschmerz gegenüber pharmakologischen Behandlungen allein (Mesa-Jiménez et al. 2015)

Psychotherapie ist eine wichtige und bei einem breiten Spektrum funktioneller Körperbeschwerden nachweislich wirksame Behandlungsform, wenngleich nicht die einzige Option bei der Einbeziehung weiterer Behandlungskomponenten. Erwägen Sie die Vermittlung in ambulante Psychotherapie insbesondere bei relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder psychischer Komorbidität, bei relevanten dysfunktionalen Krankheitsannahmen, starker funktioneller Beeinträchtigung oder bei anhaltend schwierigen Behandler-Patient-Beziehungen.

Psychotherapie stellt eine wichtige Behandlungsform für funktionelle Körperbeschwerden dar, welche für etablierte Formen wie vor allem Verhaltenstherapie und mit Einschränkungen auch psychodynamische und andere Therapieverfahren in ihrer Effektivität für einen weiten Bereich dieser Beschwerden gut untersucht ist.

Psychotherapie wurde dabei als einzige Therapie neben der niedrigschwelligen medizinischen Betreuung („Treatment As Usual“, TAU) evaluiert, oder sie war eine von mehreren Komponenten einer als wirksam beurteilten multimodalen Behandlung (Henningsen et al. 2018b). Ambulante Psychotherapie ist insbesondere dann geboten, wenn psychische Faktoren in der bisherigen Konsultation präsent bleiben und/oder wenn Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf festzustellen sind ([☞ KE 11](#)). Für eine Empfehlung, nicht erst bei schwerer verlaufenden funktionellen Körperbeschwerden im Einzelfall auch Psychotherapie einzusetzen, gibt es bisher keine klare Evidenzbasis, weil in den vorliegenden Studien z. B. zur Psychotherapie bei einzelnen funktionellen Syndromen i.d.R. nicht nach Schweregrad differenziert wird (vergl. Henningsen et al. 2018b). Klinische Erfahrungen zeigen jedoch, dass sich der Abstimmungsaufwand zwischen den Behandlern unter Beteiligung von Psychotherapie gerade in nicht bereits schwer(st) beeinträchtigten Fällen deutlich reduziert und der Nutzen für den Patienten rascher erreicht werden kann.

Wenn Verfügbarkeit von Psychotherapie (PT) im Einzel- oder Gruppensetting vorliegt und die Akzeptanz des Patienten es erlaubt, sollte die Vorbereitung einer psychotherapeutischen Behandlung erwogen werden: für diese Verfahren liegt breiteste Evidenz über

nahezu alle Bereiche funktioneller Körperbeschwerden vor (siehe Empfehlung 20 „Störungsorientierte Psychotherapie“).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE ⑪: Indikationen für ambulante Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie sollte erwogen und vorbereitet werden bei

- o relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren, z. B. chronischen Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Familie
- o relevanter psychischer Komorbidität, z. B. Depression, Angst, Sucht, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)
- o relevanten dysfunktionalen Krankheitsannahmen (z. B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Ängste) und dysfunktionalen Verhaltensweisen (z. B. hohe Inanspruchnahme, Schon- und Vermeidungsverhalten, selbstschädigendes Verhalten)
- o überproportional starker funktioneller Beeinträchtigung, z. B. deutlich reduzierter Funktionsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit, bei sozialem Rückzug, körperlicher Dekonditionierung
- o einer anhaltend schwierigen Behandler-Patient-Beziehung sowie
- o auf Wunsch des Patienten

Empfehlen Sie ein wissenschaftlich gut fundiertes psychotherapeutisches Verfahren, dessen Wirksamkeit durch qualitativ hochwertige Studien gesichert ist, auch zu den verschiedenen für diese Leitlinie relevanten klinischen Untergruppen.

In Deutschland werden die Verhaltenstherapie und die psychodynamische Psychotherapie von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (in Österreich und der Schweiz gibt es hiervon abweichende Regelungen). Für diese Verfahren wurden bereits manualisierte Behandlungen empirisch in ihrer Wirksamkeit überprüft.

Patienten mit schwerer verlaufenden funktionellen Körperbeschwerden sollen idealerweise mit einem in der zuständigen Gesundheitsversorgung anerkannten psychotherapeutischen Verfahren behandelt werden. Evidenz liegt für ein breites Spektrum psychotherapeutischer Interventionen vor: Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie (mit der breitesten Datenbasis für eine Vielzahl von funktionellen Körperbeschwerden); psychodynamische Psychotherapie (in einer geringeren Zahl von Anwendungsbereichen und Studien; Hypnose / Hypnotherapeutische / Imaginative Verfahren. Psychotherapie ist eine wirksame Maßnahme zur Behandlung von funktionellen Körperbeschwerden unterschiedlichster Ausprägung (z. B. Zijdenbos et al. 2009; Eccleston et al. 2009; Bernardy et al. 2010; Kleinstäuber et al. 2011; Leitlinie „Psychotherapie bei somatoformen Störungen“ von Martin et al. 2013; S3-Leitlinien

„Fibromyalgie“, „Reizdarm-Syndrom“). Sie ist für die meisten funktionellen Körperbeschwerden wirksamer als peripher ansetzende therapeutische Maßnahmen (peripher wirksame Pharmaka, Spritzen, Operationen etc.; Henningsen et al. 2018b). Psychotherapie erzielt bei diesen Krankheitsbildern moderate Effektstärken, die geringer sind als bei klassischen psychischen Störungen wie Depressionen etc. Psychotherapie ist insbesondere nebenwirkungsarm und durch eine geringere Zahl von Behandlungsabbrüchen gekennzeichnet. Sie erreicht allerdings nur bestimmte Zielgruppen, da in bestimmten, z. B. ländlichen Regionen zu wenige Plätze verfügbar sind. Hinzu kommt, dass Patienten mit Körperbeschwerden stärkere Vorbehalte gegen diese Therapien haben, bzw. diese Behandlungen in ihren jeweiligen Ausführungen nicht immer ausreichend auf die Bedürfnisse dieser Patienten zugeschnitten sind. Es ist dabei zu beachten, dass die Evidenzlage unübersichtlich ist, da die meisten Studien zur Psychotherapie unter der diagnostischen Bezeichnung einzelner funktioneller Syndrome durchgeführt werden, ohne Beachtung von Schweregrad und Überlappungen im Sinne komplizierterer Verläufe.

Nach einer systematischen Literaturrecherche (Henningsen et al. 2018b) konnten 31 systematische Übersichtsarbeiten identifiziert werden, welche die Wirkung von Psychotherapie unter verschiedenen Graden der Integration untersuchten. Herangezogen wurden Übersichtsarbeiten aus dem Zeitraum seit 2007, die mindestens drei Primärstudien je Beschwerde integrierten, die ihre Suchstrategie explizit angaben, eine Analyse der Qualität der eingeschlossenen Studien vornahmen und die syndromale Ausprägung des interessierenden Körpersymptoms durch entsprechende (Forschungs-)Kriterien definierte. Ein großer Anteil der Übersichten integrierte die Behandlungen auf der Ebene „Psychotherapie“, andere untersuchten die Wirksamkeit einer bestimmten, definierten Behandlungsvariante, idR. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Aus den genannten Kriterien ergeben sich bei einem Wirksamkeitsnachweis durch ein oder mehrere systematische(s) Review(s) Evidenzen der höchsten Stufe nach anerkannten Kriterien des Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009), die bei homogenen Ergebnissen der Primärstudien auch ohne systematische Einschränkungen gelten.

Grundsätzlich konnten alle analysierten psychotherapeutischen Verfahren ihre Wirksamkeit nachweisen. Bei funktionellen Körperbeschwerden ohne Unterscheidung eines betroffenen Organsystems untersuchten 5 Reviews die Wirkung von Psychotherapie. Zwei Cochrane Reviews, die im Aktualisierungszeitraum veröffentlicht wurden (van Dessel et al. 2014, Abbass et al. 2014), beschrieben signifikante und moderate bis hohe Verbesserungen durch Psychotherapie, die etwas geringer ausfielen, wenn man sie mit den jeweiligen – teilweise aktiven – Kontrollgruppen verglich. Das Review von Abbass und Kollegen (2014) analysierte ausschließlich psychodynamisch orientierte Therapien. Ebenfalls eine signifikante Wirksamkeit von Psychotherapie fand eine Übersicht von Kleinstäuber und Kollegen (2011). Etwas höhere Effektivitäten resultierten aus der meta-analytischen Integration einer früheren Studie zu psychodynamischer Kurzzeittherapie (Abbas et al. 2009) und einer Meta-analyse über Studien mit schweren Ausprägungen von Somatoformen Störungen (Koenen et al. 2014). Alle Übersichten wiesen, falls entsprechende Daten integriert werden konnten, auf

stabiles Fortbestehen oder zunehmende Verbesserung der Effekte auch im längerfristigen Verlauf hin. Allerdings kam es zu einer etwas höheren Rate von Therapieabbrüchen in den Psychotherapie-Bedingungen, wenngleich auf niedrigem Niveau (7%, Dessel et al. 2014). Nach Ausschluss einer diesbezüglich auffälligen Studie mit hohen Abbruchraten erreichte der Unterschied für die verbleibenden Studien keine statistische Signifikanz mehr (führt zur Aufwertung). Die Autoren schlussfolgern, dass Psychotherapie bei den in Frage kommenden Patienten nicht durchweg als Behandlungsoption akzeptiert sein könnte.

Die Wirkung von psychotherapeutischen Verfahren bei dem FMS ist ebenfalls durch mehrere systematische Übersichtsarbeiten ganz allgemein vergleichsweise gut untersucht. Glombiewski und Kollegen (2010) integrierten ein breites Spektrum psychotherapeutischer Interventionen, darunter 12 (kognitiv-)verhaltensorientierte Interventionen mit einer insgesamt kleinen bis moderaten Effektstärke für die längerfristige Schmerzreduktion (keine Angabe zur Heterogenität). Für kognitive Verhaltenstherapie (Bernardy et al. 2010), aber auch für imaginative Verfahren / Hypnotherapie konnte ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden (Bernardy et al. 2011). Zwei neuere Übersichtsarbeiten auf der breitesten Grundlage von Evidenz (Bernardy et al. 2013; Zech et al. 2017) bestätigen die Wirksamkeit dieser Verfahren bei kleinen bis mittleren Effektstärken für das Hauptsymptom Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionsfähigkeit oder der Lebensqualität. Effekte in vergleichbarer Höhe ließen sich auch im Aktualisierungszeitraum für den chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerz belegen (Richmond et al. 2015).

Psychologische Therapien erwiesen sich auch wirksam für das Reizdarmsyndrom: vier neuere Übersichten aus drei unabhängigen Analysen fanden für ein weites Spektrum dieser Therapieformen (KVT, Hypno-Therapie, psychodynamische Psychotherapie, Stressmanagement) signifikante Wirksamkeit, wiederum bei kleinen bis moderaten Effektstärken (Ford et al. 2014, Altayar et al. 2015, Henrich et al. 2015, Laird et al. 2016, Laird et al. 2017). Die überwiegend homogenen Gesamt-Ergebnisse auf der Grundlage analysierten Primärstudien sprechen für eine gute Generalisierbarkeit dieser Befunde. Zwei Übersichtsarbeiten, welche sich auf umschriebene Therapieformen beschränkten, kamen zu mindestens mittelhohen Effektstärken bei der kognitiven Verhaltenstherapie (Ford et al. 2014a, Li et al. 2014) und der Hypnotherapie (Schaefer et al. 2014, Ford et al. 2014, Lee et al. 2014). Im Rahmen dieser Übersichtsarbeiten wurden nur selten zusammengefasste präzise Angaben zur Akzeptanz und Sicherheit psychotherapeutischer Verfahren gemacht, übereinstimmend finden sich jedoch Hinweise auf die gute Verträglichkeit und – bei Patienten, die eine Psychotherapie einmal aufgenommen hatten – Akzeptanz dieser Behandlungsform.

Für den nicht-spezifischen Brustschmerz wurde im Aktualisierungszeitraum ein Update einer bestehenden systematischen Übersichtsarbeit erstellt. Kisely und Kollegen (2015) identifizierten und integrierten neue Primärstudien und berichten über kurz-, aber auch mittel- bis längerfristige Verbesserungen bezüglich Schmerzreduktion und einer Zunahme anfallsfreier Tage. Die in diesen Studien untersuchten psychologischen Interventionen können überwiegend als vollwertige Psychotherapien bezeichnet werden.

Keine vergleichbaren Aktualisierungsanstrengungen konnten für das chronische Müdigkeitssyndrom, den Tinnitus und für Schwindel/Benommenheit identifiziert werden. Hier gilt die bestehende Evidenzsituation fort, mit Wirksamkeitsnachweisen für eine globale Verbesserung der Symptomatik durch kognitive Verhaltenstherapie. Ausgenommen davon ist der Tinnitus: Patienten mit diesen Beschwerden profitierten durch Psychotherapie signifikant bezüglich ihrer Lebensqualität.

Allgemein gilt, dass Effektstärken sich in den dargestellten Tabellen konsistent auf körperbeschwerdenahe Outcomes beziehen, d. h. Schmerz für Fibromyalgie oder verdauungsbezogene Symptome beim Reizdarmsyndrom. Den auf diese Weise erfassten Behandlungsergebnissen wurde bei dieser Darstellung Priorität gegeben, da sie unmittelbar und allgemein medizinisch nachvollziehbar und relevant sind. Andere, „weiche“ Parameter wie beispielsweise gesundheitsbezogene Lebensqualität weisen überwiegend höhere Effektstärken auf (vgl. Abschnitt 13: „Beschwerden und Symptome lindern“).

Angesichts der vorliegenden Befunde zur Wirksamkeit von Psychotherapie sind Überlegungen sinnvoll, wie Patienten der Zugang zu diesen Behandlungen einfach und frühzeitig ermöglicht werden kann (Henningsen et al. 2011). Zusätzliche Fachpsychotherapie bzw. fachgebundene Psychotherapie (fachgebundene Psychotherapie umfasst „in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und psychotherapeutische indikationsbezogene Behandlung von Erkrankungen des jeweiligen Gebietes, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen mit bedingt sind“; Musterweiterbildungsordnung der Deutschen Ärztekammer, 2010) ist bei funktionellen Körperbeschwerden wirksam und indiziert. Nur etwa ein Drittel der Patienten mit einer sehr hohen Belastung durch körperliche Beschwerden oder einer hohen, mit gleichzeitiger Ängstlichkeit oder Depression vergesellschafteter Belastung nahmen in der Folge innerhalb eines Jahres nach entsprechendem Screening und Rückmeldung eine Psychotherapie auf (Shedden-Mora et al. 2016). Ein Teil der Patienten in dieser Studie zog es vor, psychosoziale Themen in der Folge intensiver mit dem Hausarzt zu besprechen. Andererseits ist auch bei Patienten mit einer Bereitschaft zur einer psychotherapeutischen Behandlung der Zeitraum häufig zu lang, bis diese aufgenommen werden kann (Bouton et al. 2008). Eine Hürde stellt hier auch die Suche nach und die Entscheidung für einen passenden Psychotherapeuten dar. Hier scheint die Passung zwischen Therapeut und Patient eine größere Rolle zu spielen als beispielsweise die ursprünglich erlernte Therapie-Methode ([🔗 KE 12](#)). Um die Schwelle zur Herstellung des Kontakts zu einem Psychotherapeuten zu verringern, sollte über Sinn und Zweck der – in der Regel fünf – anfänglichen „probatorischen Sitzungen“ hingewiesen werden. In diesen Sitzungen ist zu klären, ob eine zu behandelnde psychische Störung vorliegt, wie diese verursacht und aufrechterhalten sein kann, und wie eine Behandlung bezüglich Zielen und Inhalten gestaltet werden kann. Nach diesen Sitzungen stellt der Therapeut ggf. einen Therapie-Antrag, der von der Krankenkasse entschieden werden muss. Während dieser Sitzungen kann ein Patient (ebenso wie auch der Therapeut) entscheiden, ob eine Therapie unter diesen Vorzeichen durchgeführt werden soll. Bei mangelnder persönlicher „Passung“

kann der Patient einen weiteren Psychotherapeuten aufsuchen und erneut probatorische Sitzungen wahrnehmen (Ausnahmen sind bei privaten Krankenversicherungen möglich).

Bei akuter Dringlichkeit steht Patienten zudem das bereits oben erwähnte, im Jahr 2017 neu geschaffene Versorgungsangebot „psychotherapeutische Sprechstunde“ bzw. „Akutbehandlung“ offen, welches seitdem einen schnellen Erstzugang von Versicherten zur Psychotherapie darstellt (s.o.).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE 12: Wahl eines passenden Psychotherapeuten (nach Hausteiner-Wiehle und Henningsen 2015)

- o Ein wichtiger Aspekt ist die Therapie-Methode. Auch unter den wissenschaftlich anerkannten werden derzeit nur die „Verhaltenstherapien“, die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ und die „psychoanalytische Psychotherapie“ von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Machen Sie sich ein ungefähres Bild von den verschiedenen Therapieformen. Viele Psychotherapeuten arbeiten allerdings integrativ und passen ihre Techniken an den jeweiligen Patienten an.
- o Es ist vorteilhaft, einige Psychotherapeuten am Standort sowie deren fachlich-persönlichen Eigenschaften zu kennen.
- o Die „Passung“ zwischen Therapeut und Patient scheint für eine gelingende Psychotherapie wichtig zu sein. Alter, Geschlecht und kultureller Hintergrund der Beteiligten kann diese Passung beeinflussen. Patienten können informiert und ermutigt werden, im Rahmen der kostenseitig von den Kassen übernommenen „probatorischen Sitzungen“ durchaus mehrere Therapeuten kennen zu lernen und sich für denjenigen zu entscheiden, wo „die Chemie stimmt“, also ein vertrauensvolles Arbeiten am besten möglich erscheint.

Erwägen Sie – auch ergänzend zu einer Psychotherapie oder wenn diese trotz bestehender Indikation wegen lokaler Gegebenheiten, spezifischer/anders gerichteter Motivation von Patienten oder aus anderen Gründen nicht zustande kommt, weitere Behandlungsformen, die sich im Rahmen multimodaler Behandlungsansätze bewährt haben: körperorientierte Verfahren wie beispielsweise Krankengymnastik, Physiotherapie, Entspannungs- oder Atemtherapie, Biofeedback bzw. Neurofeedback, funktionelle Entspannung, Feldenkrais, konzentrierte Bewegungstherapie oder Tanztherapie, sowie weitere nicht oder nur in weitem Sinne körperorientierte Verfahren (je nach Verfügbarkeit und Präferenz des Patienten) wie Gesundheitstrainings, therapeutisches Schreiben, Musiktherapie, Meditation, Achtsamkeitstraining, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Autogenes Training, Tai Chi, Qi-Gong, Yoga.

Eine Psychotherapie bei schwereren Formen funktioneller Körperbeschwerden schließt einerseits weitere Interventionen nicht aus, die geeignet sind, im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans therapeutisch sinnvolle Veränderungen zu bewirken: wie beispielsweise eine Linderung der Beschwerden, eine Verbesserung der Alltagsfunktion und eine Reduktion psychischer Komorbidität. Andererseits, wenn eine Psychotherapie trotz bestehender Indikation aufgrund lokaler Gegebenheiten, anders gerichteter Motivation des Patienten oder aus sonstigen Gründen nicht zustande kommt, sollten solche Behandlungsformen und deren Kombination gegebenenfalls auch ohne begleitende Psychotherapie erwogen werden.

Ein charakterisierendes Merkmal der in diesen Fällen indizierten kombinierten Ansätze ist neben der intensiveren Dosis der Behandlung vor allem die Abstimmung der Behandlung auf der Basis eines biopsychosozialen Modells, mit festgelegten Behandlungszielen, idealerweise dokumentiert durch einen gemeinsamen Behandlungsplan (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] 2017; *siehe auch Empfehlung 17: Gesamtbehandlungsplan*). Als weitere Voraussetzung für die Wirksamkeit gilt, dass der Patient sich mit den Therapiezielen identifizieren kann und über die allgemeine Befähigung zum Verständnis eines solchen biopsychosozialen Modells verfügt (NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz Langfassung 2. Auflage, Version 1, 2017). Diese Bedingungen sollen gewährleisten, dass die ausgewählte Kombination von Interventionen im Kontext der Gesamtbehandlung abgestimmte therapeutisch sinnvolle Veränderungen erbringen. Es gibt keinen Nachweis dafür, dass eine solche ambulante multimodale Versorgung im Rahmen eines biopsychosozialen Modells einer (teil-)stationären Behandlung unterlegen ist (Watershoot et al. 2014, Mesa-Jiménez et al. 2015).

Eine solche ambulante multimodale Behandlung erfüllt die Anforderungen, welche die Leitlinie zur Fibromyalgie zur Charakterisierung einer solchen Behandlung, wenn sie eine „Kombination von mindestens einem aktivierenden Verfahren mit mindestens einem psychologischen Verfahren“ darstellt, fordert. Als psychologische Verfahren gelten in diesem Zusammenhang auch Schulungen und Informationsprogramme für Patienten. In die empirische Untersuchung dieser Behandlungen wurden Behandlungskombinationen einbezogen, welche neben einer körperlich orientierten Behandlung ganz allgemein eine

weitere, psychologische, sozial- oder arbeitstherapeutische Komponente einbrachten (Middelkoop et al. 2011).

Im Rahmen multimodaler Behandlungsansätze hat sich eine ganze Reihe von Verfahren bewährt (vgl. vor allem auch die in Empfehlung 15: „move“ genannten körperlichen Verfahren). Bei einer Auswahl von Verfahren für die multimodale ambulante Behandlung sind an erster Stelle körperbezogene Therapieelemente zu erwägen (z. B. Entspannungs- oder Atemtherapie, Biofeedback bzw. Neurofeedback, Feldenkrais, Konzentrationale Bewegungstherapie oder Tanztherapie). Diese Verfahren sind geeignet, die aktivierenden und zur Bewegung motivierenden Therapieempfehlungen der erweiterten Grundversorgung umzusetzen und zu unterstützen, sie treffen erfahrungsgemäß auch auf hohe Akzeptanz bei den Patienten. Auf das von den jeweiligen Trainern/Therapeuten vermittelte, unter Umständen sehr organisch oder dysfunktional ausgerichtete Erklärungsmodell der jeweiligen Verfahren/Therapeuten für die Beschwerden sollte geachtet werden, und gegebenenfalls eine Abstimmung erfolgen.“

Kombiniert werden können diese, je nach Verfügbarkeit und Präferenz des Patienten mit weiteren, nicht oder nur in weitem Sinne körperorientierte Verfahren (Gesundheitstraining, therapeutisches Schreiben, Musiktherapie, Meditation, Achtsamkeitstraining, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Autogenes Training, Tai Chi, Qi-Gong, Yoga; vgl. Empfehlung 14 „Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit stärken“). Diese Verfahren sind potentiell in der Lage, therapeutische Veränderungen zu bewirken, die sich auch in den Therapiezielen für eine Psychotherapie finden, wie sie in den DGP-LL für somatoforme Störungen beschrieben sind (DGPs-LL „Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome“, Kapitel 4.3): Erlernen von Verfahren zur Entspannung und Stressreduktion, Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung weg von Beschwerden, Reduktion von Schon- und Vermeidungsverhalten. Keine dieser Maßnahmen ist jedoch als Monotherapie für funktionelle Körperbeschwerden geeignet, welche die Charakteristika eines schwereren Verlaufs und/oder die Indikation für eine ambulante Psychotherapie erfüllen ([☞ KE 11](#)).

Im Rahmen empirisch überprüfter und in ihrer Wirksamkeit bestätigter multimodaler Behandlungsansätze (*siehe auch Empfehlung 17, Evidenztafel 17.1*) wurden bisher vielfältige therapeutische Interventionen eingesetzt. Am besten systematisch untersucht sind multimodale ambulante Behandlungsformen – mit und ohne Beteiligung von Psychotherapie – für die Fibromyalgie, für den chronischen Rückenschmerz sowie bei Kopf- und Nackenschmerzen. Eine systematische Übersicht der multimodalen Therapie des Fibromyalgiesyndroms (Arnold et al. 2012) führt in diesem Zusammenhang die folgenden Verfahren auf: Psychotherapie, spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- bzw. Musiktherapie oder sonstige übende Therapien. Häufig werden diese und ähnliche Komponenten im Rahmen kombinierter oder (teil-)stationärer Therapien bereits angewandt, sodass – auch bei bisher fehlender oder nicht nachgewiesener Evidenz – angenommen werden kann, dass sie als Monotherapie

wahrscheinlich nicht, im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans aber potentiell doch wirksam sind.

Multimodale Verfahren beim chronischen, nicht-spezifischen Rückenschmerz wurden in einer Cochrane-Übersichtsarbeit bereits von Walker und Kollegen (2010) analysiert. Im Vordergrund der jeweils eingeschlossenen Interventionskombinationen stand mindestens ein körperliches Verfahren, zu welchem mindestens ein zusätzliches Verfahren aus dem Bereich Sozial- oder Ergotherapie oder eine psychologische Komponente hinzukommen konnten, wobei letztere nicht zwingend enthalten sein musste. Die Autoren wählten dafür lediglich Studien aus, in welchen diese Verfahren von Vertretern unterschiedlicher Professionen ausgeführt wurden, und zwar im Rahmen eines integrativen Modells mit systematischer Kommunikation unter Leitung eines behandelnden Arztes. Zu ganz vergleichbaren Ergebnissen bei diesen Beschwerden kamen Kamper und Kollegen (2014), welche den Fokus ihrer Untersuchungen auf vergleichbare Studien richteten. Nach Auffassung der Autoren setzten die eingeschlossenen Studien damit ein „biopsychosoziales Modell“ (Waddell 2006) um. Dieses musste nicht, wie bei der zuvor genannten Übersicht, primär eine körperliche Komponente enthalten, vergleichbar war jedoch die notwendige Interprofessionalität und Kommunikation im Team bei der Umsetzung der Behandlung. Dieses Verfahren kommt der multimodalen Behandlung im engeren Sinne (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2017) sehr nahe und wies eine Wirksamkeit bei mittleren Effektstärken auf, die auch über längere Untersuchungszeiträume stabil blieb.

Beim Spannungskopfschmerz und bei Nackenschmerzen konnte die Wirksamkeit einer Kombination von aktivierenden, aber auch passiven Behandlungskomponenten ebenfalls durch ein systematisches Review belegt werden. Auch hier waren psychologische Verfahren lediglich niederschwellig durch Beratung und Information vertreten (Bryans et al. 2013).

Bereiten Sie evtl. indizierte Über- oder Einweisungen gut vor, insbesondere zu Psychiatern, Psychosomatikern und Psychotherapeuten. Erläutern Sie die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens und sprechen Sie auch mögliche Vorbehalte der Patienten offen an.

Vereinbaren Sie eine möglichst zeitnahe Wiedervorstellung Ihres Patienten bei Ihnen, wenn eine Konsultation bei anderen Kollegen geplant oder bereits erfolgt ist.

Dieses auch als „Den Patienten mit Bedacht überweisen“ („refer with caution“) bezeichnete Vorgehen stellt ein Prinzip der kooperativen gestuften Versorgung dar („collaborative / stepped care“). Da dem Hausarzt eine Schlüsselrolle in der Koordination der dazugehörigen Behandlungselemente zukommt, obliegt ihm auch die Vorbereitung und Begründung von Überweisungen (Hoedemann et al. 2010). Bei Überlegungen zu einer Überweisung zur Fachpsychotherapie sollte der Hausarzt die Bereitschaft von Patienten zu einer solchen Behandlung als ein mögliches therapeutisches Ziel betrachten und nicht abwarten, dass Patienten diese Möglichkeit selbst ansprechen. Die Bereitschaft eines Patienten zur Aufnahme einer Psychotherapie ist ggf. nicht als dessen Bringschuld

zu sehen, sondern kann – bei nachvollziehbaren Ambivalenzen – Motivationsarbeit erfordern und ein erstes Therapieziel darstellen. Eine entsprechend sorgfältige Vor- und Nachbereitung der Überweisung zu einer Psychotherapie ist hierfür wesentlich (Henningsen et al. 2002). Vor Überweisungen zu somatischen wie zu psychotherapeutischen / psychiatrischen Fachkollegen sollen sowohl klärende Arzt-zu-Patient-Gespräche (zuerst!) als auch klärende Behandler-zu-Behandler-Gespräche erfolgen (nach Absprache mit dem Patienten). Vor- und Nachteile einer Psychotherapie können gegenübergestellt werden: einerseits die guten möglicherweise aus persönlicher Kenntnis stammenden Erfahrungen mit dieser Behandlungsoption, andererseits aber auch mögliche unerwünschte (Neben-)Wirkungen von Psychotherapie, die in dieser Behandlungsform zwar generell weniger häufig, aber nichtsdestotrotz wie bei allen wirksamen Verfahren möglich sind (wie beispielsweise emotionaler Aufruhr, Partnerschafts-/Beziehungsprobleme oder Abhängigkeit vom Therapeuten; Holsting et al. 2017).

In diesem Kontext können mögliche Vorbehalte mit Patienten offen angesprochen werden. Oft beruhen diese auf Unkenntnis oder einer generellen Ablehnung, in eine stigmatisierte Rolle als „seelisch erkrankt“ gedrängt zu werden. Der Umgang mit Überweisungen sollte so gestaltet werden, dass sich der Patient nicht weg geschickt fühlt, sondern dass Spezialisten zusätzlich mit ins Boot geholt werden und gleichzeitig die kontinuierliche Begleitung durch den Primärbehandler bestehen bleibt. Die vorausschauende Vereinbarung von „Nachschau-Gesprächen“ mit dem Patienten hilft, diesen Aspekt zu betonen.

Evidenztabelle 17.1: (Ambulante/stationäre) multimodale Behandlung. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	Empfehlung	System. Review	Hauptstudien- ergebnis (95% CI)	Sekundäres Studien- ergebnis (95% CI)	Anz. Studien (TN)	(Schwere) un-er- wünsch-te Ereignisse	Anmer- kungen	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Fibromyalgie- syndrom	Multimodale Therapie	+++/ ++	Arnold et al. 2012 (LL FMS)	SMD -0.42 (-0.58 bis -0.25) (Schmerz)	SMD -0.53 (-0.67 bis -0.39) (HR-QoL)	14 (927)	RR 1.03 (0.73, 1.46) (alle uE)	k. A.	StG: unklar
Chronischer nicht- spezifischer Rücken- schmerz	Multidiszipli- näre bio- psychoso- ziale Reha- bilitation	+	Kamper et al. 2014 ©	SMD -0.55 (-0.83 bis -0.28)^a (Schmerz)	SMD -0.41 (-0.62 bis -0.19) (Funktion)	9 (879)	k. A.	(vgl. NVL- Kreuz- schmerz)	GdE: gering / moderat
			Water- schoot et al. 2014	SMD 0.54 (0.43 bis 1.04)^b (Funktion)	SMD 0.55 (0.43 bis 0.81)^b (HR-QoL)	18 (3430)	k. A.	(vgl. NVL- Kreuz- schmerz)	StG: hoch
Spannungs- kopf-schmerz / Nacken- schmerzen	Multimodale Physio- therapie	++	Mesa- Jiménez et al. 2015	SMD -0,80 (-1,17 bis -0,44) (Anfalls- häufigkeit)	SMD -0,60 (-0,89 bis - 0,31) (Anfallsintensität)	5 (206)	k. A.	k. A.	StG: moderat

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

+++ Empfehlung mit hoher Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a Durch Langzeit-Nacherhebungen bestätigt

^b Median und Interquartils-Bereich der Effektstärken der eingeschlossenen Studien, absolute Effektstärke ohne Vergleich mit einem Komparator

18. Psychotherapie beginnen:

(„Get in touch 2“)

- KKP** Psychotherapien und psychiatrische Behandlungen verlassen das übliche, für viele Patienten vertraute Schema ärztlicher Konsultationen. Rechnen Sie damit, dass Patienten dieser ungewohnten Therapieform gegenüber zumindest ambivalent eingestellt sind (**starker Konsens**).
- KKP** Erklären Sie Psychotherapie als wissenschaftlich begründete „Therapie mit psychologischen Mitteln“, die auch bei körperlich definierten Beschwerden und Erkrankungen hilft. Psychotherapeuten werden hierfür „mit ins Boot“ geholt, Patienten werden NICHT an diese abgegeben (**starker Konsens**).
- KKP** Motivation zur Psychotherapie kann ein erstes Therapieziel in der Psychotherapie sein („Motivationsaufbau“). Erfragen Sie Vorerfahrungen, Erwartungen, Ängste und Vorbehalte des Patienten in Bezug auf das Medizinsystem, speziell auf Psychotherapie (**starker Konsens**).
- KKP** Fokussieren Sie auf die in der Initialphase wichtigsten Behandlungselemente: Vertrauensaufbau, Psychoedukation und Verbesserung konkreter Bewältigungs-Strategien wie z. B. Stress- und Schmerzbewältigung oder Akzeptanz. Nutzen Sie zum Aufbau einer stabilen therapeutischen Arbeitsbeziehung auch die in der Grundversorgung empfohlenen Maßnahmen, z. B. zu Gesprächsführung, Formulierung von Zielen, Selbstwirksamkeit und Aktivierung (**starker Konsens**).
- KKP** Arbeiten Sie zunächst mit den Beschwerden, beschwerdebezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen, sowie mit dem bisherigen Erklärungsmodell des Patienten (**starker Konsens**).
- KKP** Bringen Sie psychologische Zusammenhänge der Beschwerdeentstehung und Aufrechterhaltung initial eher „tangential“, also nicht zu direkt, ein (vgl. Empfehlung 7) (**starker Konsens**).

Psychotherapien und psychiatrische Behandlungen verlassen das übliche, für viele Patienten vertraute Schema ärztlicher Konsultationen. Rechnen Sie damit, dass Patienten dieser ungewohnten Therapieform gegenüber zumindest ambivalent eingestellt sind. Erklären Sie Psychotherapie als wissenschaftlich begründete „Therapie mit psychologischen Mitteln“, die auch bei körperlich definierten Beschwerden und Erkrankungen helfen. Psychotherapeuten werden hierfür „mit ins Boot“ geholt, Patienten werden NICHT an diese abgegeben. Motivation zur Psychotherapie kann ein erstes Therapieziel in der Psychotherapie sein („Motivationsaufbau“). Erfragen Sie Vorerfahrungen, Erwartungen, Ängste und Vorbehalte des Patienten in Bezug auf das Medizinsystem, speziell auf Psychotherapie.

Eine zentrale Motivation der Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden ist der Wunsch nach Linderung oder Aufhebung ihrer Beschwerden. Dies ist mit den Vorstellungen, die diese Patienten von Psychotherapie haben können, nicht unmittelbar kongruent. In der initialen Behandlungsphase ist es daher wichtig, an möglicherweise passiv ausgerichteten Behandlungserwartungen und negativ-abwertenden Vorannahmen im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu arbeiten. Andererseits können bei den Patienten auch überzogene oder unrealistische Erwartungen an die Psychotherapie vorliegen. Diesen wäre durch eine Bearbeitung hin zu angemesseneren (positiven) Veränderungserwartungen zu begegnen. Eine hohe Therapieakzeptanz und stärker ausgeprägte, konkretere Behandlungserwartungen können einen positiven Einfluss auf den Behandlungserfolg haben, wie eine Studie an Patienten mit einem Somatisierungssyndrom zeigen konnte (Timmer et al. 2006). Auch unter theoretischen Aspekten kommt der Modifikation von Erwartungen eine zunehmende Bedeutung zu (van den Bergh et al. 2017).

Als erster Einstiegspunkt bietet es sich an, die Umstände und die Vorbereitung der Überweisung bzw. des Beginns der Psychotherapie zu erheben. Ein Einverständnis über mögliche psychologische Zusammenhänge bei der Aufrechterhaltung der Beschwerden – wenn solche gemeinsam mit dem Patienten zu identifizieren sind – kann schon früh Grundlage sein dafür, die Motivation zur Veränderung dieser Prozesse zu erhöhen. Falls Patienten jedoch fremdbestimmt erscheinen und misstrauisch wirken, empfiehlt es sich, immerhin ein Einverständnis darüber herzustellen, dass die Beschwerden für sie als organisch verursacht anzusehen sind und sie nur auf Drängen anderer Behandler oder Akteure (z. B. seitens der Familie) erschienen sind. In diesem Falle ist es angebracht, eigene Ursachenannahmen zurückzuhalten und sich ganz sachlich auf das Fehlen von Hinweisen auf eine abwendbar gefährliche Erkrankung bei angemessener Untersuchung zu beschränken (Henningsen und Martin 2016). Psychologische Zusammenhänge der Aufrechterhaltung der Beschwerden können auch in späteren Abschnitten der Therapie gemeinsam mit dem Patienten identifiziert werden (und nicht vorgegeben werden), und bilden dann eine tragfähigere Grundlage dafür, eine anhaltende Motivation zur Veränderung an diesen Prozessen zu schaffen. Möglicherweise vermutet der Patient allerdings psychosoziale Zusammenhänge und (Mit-) Verursachungen bereits oder ist für diese offen: Er benutzt die Beschwerden als Eintrittsticket, um im Kontext der Psychotherapie diese ansprechen zu können. Mit einem solchen Patienten kann dann wie mit einem „üblichen“ Psychotherapiepatienten umgegangen werden. Das Erklärungsmodell des Patienten soll daher frühzeitig exploriert werden, dafür ist nicht selten mehr als ein Gesprächstermin notwendig.

Als nächster Schritt bietet es sich an, primär die Auswirkungen der körperlichen Beschwerden auf psychosoziale Aspekte in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Familie) in den Blick zu nehmen und nicht nach möglichen psychosozialen Verursachungen der Beschwerden zu suchen (Henningsen und Martin 2016). Dem Patienten wird ggf. viel Raum gelassen für die Schilderung der körperlichen Beschwerden, und in der Initialphase empfiehlt sich auch eine ausführliche erweiterte Exploration aller

Bereiche körperlicher Funktionen („Landkarte der Beschwerden“. Arbeitsgruppe PISO 2012).

Weitere allgemeine Maßnahmen zur Förderung der Therapiemotivation bestehen in der Bestimmung von (realistischen) Therapiezielen, der Nutzung der bestehenden Motivation, dem Abbau von Motivationshindernissen, der Anwendung von Verstärkung und Bekräftigung oder durch positive Rückmeldungen zu den vom Patienten gemachten Schritten („Handlungsrückmeldung“) seitens des Therapeuten (Auswahl, nach Kanfer et al. 2012). Mögliche Motivationshindernisse können aus früheren Erfahrungen des Patienten in diesen Bereichen entstammen: Diese Vorerfahrungen, Erwartungen, Ängste und Vorbehalte des Patienten in Bezug auf das Medizinsystem, speziell auf Psychotherapie sollten daher explizit erhoben werden.

Fokussieren Sie auf die in der Initialphase wichtigsten Behandlungselemente: Vertrauensaufbau, Psychoedukation und Verbesserung konkreter Bewältigungs-Strategien wie z. B. Stress- und Schmerzbewältigung oder Akzeptanz.

Nutzen Sie zum Aufbau einer stabilen therapeutischen Arbeitsbeziehung auch die in der Grundversorgung empfohlenen Maßnahmen, z. B. zu Gesprächsführung, Formulierung von Zielen, Selbstwirksamkeit und Aktivierung.

Generell können in der Initialphase einer Psychotherapie besonders die Empfehlungen der Stufe 2 „extended basic care“ wieder aufgegriffen werden („vom Erklärungsmodell zur Bewältigung“). Diese aktiven Maßnahmen sind besonders geeignet, eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen und erlauben, die funktionellen Körperbeschwerden um psychosoziale Aspekte zu erweitern: Die Beschwerden des Patienten werden vom Psychotherapeuten aktiv entgegengenommen und strukturiert, ggf. auch durch Nachfragen. Konkrete, einfache Bewältigungs-Strategien zu Stress- und Schmerzbewältigung können vermittelt werden, auch bezüglich ganz allgemeiner, basaler Verbesserungen des täglichen Lebens (Schlaf, Ernährung, vgl. Empfehlung 4 „advise“). Dies betrifft auch den Umfang und die Art und Weise, wie der Patient seine Beschwerden akzeptiert und als zu seiner Person zugehörig („ich-synton“) erlebt und in welchen Bereichen er sich in der Lage fühlt, durch eigenes Handeln Veränderungen in eine gewünschte Richtung herbeizuführen („Selbstwirksamkeit“).

Zur Initialphase gehört im Rahmen der oben genannten manualisierten Verfahren durchweg eine Erklärung/Psychoedukation zu psychophysiologischen Zusammenhängen, welche für die spezifischen Körperbeschwerden adaptiert sind: dazu gehören z. B. „Teufelskreismodelle“ („Je mehr Schmerzen, desto weniger Bewegung – je weniger Bewegung, desto mehr Schmerzen“), ggf. kombiniert mit anatomisch-funktionellen Abbildungen, die die engen Zusammenhänge von Organen und Nervensystem verdeutlichen. Für die Anwendung dieser Elemente existiert eine breite empirische Evidenz (vgl. Empfehlung 14 „Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit stärken“), die darüber hinaus belegt, dass diese Elemente eben nicht wirksam sind, wenn sie isoliert angewendet werden. Mit dem Patienten kann zur Beschreibung dieser Zusammenhänge gemeinsam eine verständliche Terminologie entwickelt werden, im Sinne einer

„gemeinsamen Sprache“ (Guthrie et al., 2017) – sie erleichtert dem Patienten das Verständnis der Zusammenhänge. Besonders bei gleichzeitig vorliegenden Gesundheitsängsten müssen die funktionellen Körperbeschwerden, die die Patientin tatsächlich erlebt, von den unrealistischen, aber angstausslösenden Erkrankungen abgegrenzt werden, welche die Patientin möglicherweise befürchtet.

Arbeiten Sie zunächst mit den Beschwerden, beschwerdebezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen, sowie mit dem bisherigen Erklärungsmodell des Patienten. Bringen Sie psychologische Zusammenhänge der Beschwerdeentstehung und Aufrechterhaltung initial eher „tangential“, also nicht zu direkt, ein (vgl. Empfehlung 7).

Anders als in der „klassischen“ Psychotherapie gehören die körperlichen Beschwerden zentral zum Inhalt der Therapie bei dieser Art von Symptomatik. Dazu gehört beispielsweise das ausführliche „sich schildern lassen“ auch bisher nicht zur Sprache gekommener Körperbeschwerden, welches Patienten Gelegenheit gibt, ihr individuelles Erklärungsmodell dieser Beschwerden darzustellen. Das Gespräch startet meist mit einer längeren Beschwerdeklage, welche zunächst durch aktives Zuhören angenommen und durch zugewandtes und genaues Nachfragen nach den verschiedenen Dimensionen der Symptomatik begleitet werden kann. Psychologische Zusammenhänge der Beschwerdeentstehung und Aufrechterhaltung sollten durch den Therapeuten initial eher tangential, nicht zu direkt, eingebracht werden (Schaefer et al. 2008). Im Gesprächsverlauf gibt der Patient in der Regel auch selbst Hinweise auf psychosoziale und emotionale Belastungen. Ziel ist es, diese Hinweise auf psychosoziale und emotionale Belastungen als bedeutsam zu markieren und zu spiegeln. Dies meint, dass der Behandler die Belastungen erkennt und behutsam durch Alltagsbegriffe wie 'Stress', 'Belastung' oder 'Druck' darauf aufmerksam macht, entsprechend der Sprache des Patienten.

Exkurs:

Allgemeine Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden in der Psychotherapie (nach Henningsen und Martin 2016)

- Glaubhaftigkeit und Legitimität der Beschwerden bestätigen
- Frühe psychosomatische Information/Psychoedukation. Ziel kann ein Konsens darüber sein, dass eine nur sehr geringe Wahrscheinlichkeit organischer Erklärungen für die Beschwerden besteht.
- Vollständige Exploration der Symptomatik, der Anamnese und der Ursachenüberzeugung. Bestätigung der Diagnose.
- Rückversicherungswünsche hypochondrischer Patienten sind möglicherweise eine therapeutische Agenda, mit dem Ziel, dass diese Patienten sich in solchen Krisensituationen wieder selbst beruhigen lernen.
- Mögliche Informations- und Gedächtnisverzerrungen: Die meisten Patienten mit somatoformen Störungen haben bereits zahlreiche, oftmals auch widersprechende medizinische und therapeutische Informationen erhalten. Um solche Inkonsistenzen und daraus resultierende dysfunktionale Gedanken transparent zu machen, ist es notwendig, dass der Behandler immer wieder nachfragt und den Patienten zusammenfassen lässt, was die bisherige Information für ihn bedeutet.

19. Körperselbst diagnostizieren:

(„diagnose embodied self“)

- KKP** Nutzen Sie die Initialphase der Psychotherapie für eine umfassendere Diagnostik des Erlebens und Verhaltens von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, parallel zum Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung (s.o.) (**starker Konsens**).
- KKP** Berücksichtigen Sie in Ihrer erweiterten Psychodiagnostik insbesondere: dysfunktionale beschwerdebezogene Denk- und Verhaltensweisen, Erfahrungen mit eigener Krankheit, oder mit Rollenmodellen (vermeintlich) schwerer Erkrankungen in Familie und Umfeld sowie mögliche Traumata, Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen (**starker Konsens**).
- KKP** Prüfen Sie das Vorliegen weiterer möglicher krankheitsaufrechterhaltender Faktoren, wie z. B. aktuelle Belastungen und Konflikte, Berentungswunsch oder in Aussicht stehende Kompensationsleistungen (**starker Konsens**).
- KKP** Beachten Sie darüber hinaus psychische Komorbiditäten, insbesondere aus dem Bereich der Angst- und affektiven Erkrankungen, der Traumafolgestörungen, der Suchterkrankungen und der Persönlichkeitsstörungen (**starker Konsens**).
- KKP** Verfassen Sie – bei Vorliegen der Schweigepflicht-Entbindung – eine kurze schriftliche Einschätzung mit Informationen zum Krankheitsbild und konkreten therapeutischen Empfehlungen für den Hauptbehandler (Haus- oder somatischer Facharzt) (**starker Konsens**).

Eine umfassendere Diagnostik des Erlebens und Verhaltens von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden sollte in der Initialphase der Psychotherapie parallel zum Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung erfolgen.

In der Initialphase der Psychotherapie soll – parallel zum Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung (s.o.) – eine erweiterte, umfassendere Diagnostik des Erlebens und Verhaltens von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden stattfinden. Wegen der vordergründigen Präsenz der körperlichen Ebene gehört hierher vor allem eine erweiterte Diagnostik des „Körperselbsts“, hierzu gezählt werden dabei alle „Anteile der Körperrepräsentanz, die psychisch sind, also Wahrnehmungen, Einstellungen und Überzeugungen bezüglich des Körpers beschreiben“ (Martin und Henningsen 2016, S. 193). Erhoben werden sollen hier Einflussfaktoren, die für diese Beschwerden eine zentrale Rolle spielen und ggf. therapeutisch aufgegriffen werden können (siehe Exkurs: "Individuelle Denk- und Verhaltensweisen und lebensgeschichtliche Erfahrungen"). Diese können für den Aufbau einer positiven therapeutischen Arbeitsbeziehung gut genutzt werden, bereiten aber auch für darauffolgende und spätere Therapieabschnitte wichtige Ansatzpunkte vor, um für den jeweiligen Patienten einen Behandlungsplan zu erstellen und Veränderungen in der Therapie zu verfolgen und ggf. mit dem Patienten herauszuarbeiten.

Berücksichtigen Sie in Ihrer erweiterten Psychodiagnostik insbesondere: dysfunktionale beschwerdebezogene Denk- und Verhaltensweisen, Erfahrungen mit eigener Krankheit, oder mit Rollenmodellen (vermeintlich) schwerer Erkrankungen in Familie und Umfeld sowie mögliche Traumata, Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen

Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden können mit einer Reihe von krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren konfrontiert gewesen sein, die zu einem geeigneten, nicht zu frühen Zeitpunkt, zumeist erst in der Hauptphase der Therapie, thematisiert werden sollten (Exkurs: "Individuelle Denk- und Verhaltensweisen und lebensgeschichtliche Erfahrungen als Einflussfaktoren für funktionelle Körperbeschwerden"). Es lässt sich nachweisen, dass sie in ihrer Kindheit häufiger mit körperlicher Krankheit konfrontiert gewesen sind, sei es durch die Erfahrung „am eigenen Leibe“ oder wegen der Erkrankung eines Elternteils (Craig et al., 2002; Hotopf et al., 2000). Erkrankte nahe Bezugspersonen können mit primären und sekundären Aspekten des Krankheitsgewinns (Entlastung von Rollenverpflichtungen, Zuwendung von Angehörigen) als Rollenmodelle fungieren. Auch andere (frühe) Kindheitserfahrungen erhöhen offenbar das Risiko, funktionelle Körperbeschwerden zu entwickeln: Furcht vor einem Familienmitglied, anhaltende finanzielle Probleme oder ernste zwischenmenschliche Konflikte in der Familie, Scheidung oder Alkoholmissbrauch (Varinen et al. 2017). Traumata während der Kindheit, aber auch während des Erwachsenenalters stellen einen Risikofaktor für funktionelle Körperbeschwerden dar (Afari et al. 2014). Erfahrungen mit eigener Erkrankung, auch mit anderen als den gegenwärtigen funktionellen Körperbeschwerden, überformen die Präsentation dieser Beschwerden und die Erklärungsmodelle des Patienten. Es empfiehlt sich, zu Beginn diese Bereiche vorsichtig zu explorieren, um den Beziehungsaufbau nicht zu gefährden.

In den neueren Klassifikationssystemen sind für die Diagnose funktioneller Körperbeschwerden als „somatische Belastungsstörung“ nach DSM-5 sowohl verhaltensbezogene als auch kognitive Komponenten notwendig, wie beispielsweise Katastrophisieren, Body Checking Behaviour, Schon- und Vermeidungsverhalten (American Psychiatric Association 2013). Zusammen mit einer dritten Komponente, welche die Art und Weise beschreibt, wie der eigene Körper äußerlich wahrgenommen wird („Wahrnehmungskomponente“), lässt sich das Körperselbst systematisch beschreiben (Martin und Henningsen, 2016). Gerade die Körperwahrnehmungen zeichnen sich häufig durch geringe Genauigkeit/Differenzierbarkeit und starke negativ emotionale/kognitive Bewertung aus (Henningsen 2003, Henningsen et al. 2018a).

Exkurs:**Individuelle Denk- und Verhaltensweisen und lebensgeschichtliche Erfahrungen als Einflussfaktoren für funktionelle Körperbeschwerden**

- o Beschwerdebezogene Denk- und Verhaltensweisen, z. B. Katastrophisieren, ständiges Überprüfen des Körpers auf Symptome jedweder Art („Body Checking Behaviour“), Schon- und Vermeidungsverhalten, Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch, bis hin zu einer möglichen dissoziativen oder artifiziellen Störungskomponente (☞ KE 4 und KE 14)
- o Erfahrungen mit eigener Krankheit, auch in der frühen Kindheit
- o Erfahrungen mit schweren oder vermeintlich schweren Erkrankungen und dem damit bezogenen Krankheitsverhalten in der Familie
- o Rollenmodelle mit ähnlicher Symptomatik im Umfeld
- o Traumata, Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen
- o Mögliche primäre (aktuelle Belastungen und Konflikte) und sekundäre (Berentungswunsch, Kompensationsleistungen) Formen des Krankheitsgewinns

Prüfen Sie das Vorliegen weiterer möglicher krankheitsaufrechterhaltender Faktoren, wie z. B. aktuelle Belastungen und Konflikte, Berentungswunsch oder in Aussicht stehende Kompensationsleistungen. Beachten Sie darüber hinaus psychische Komorbiditäten, insbesondere aus dem Bereich der Angst- und affektiven Erkrankungen, der Traumafolgestörungen, der Suchterkrankungen und der Persönlichkeitsstörungen.

Aktuelle Belastungen und Konflikte als weitere mögliche krankheitsfördernde Faktoren können gut genutzt werden, um initial einen Zusammenhang zwischen den Ebenen psychischen und körperlichen Erlebens mit der Patientin zu erarbeiten. Eine andere Rolle spielen Erwartungen hinsichtlich gegenwärtiger oder in Aussicht stehender Vorteile wie eine mögliche Berentung oder Kompensationsleistungen. Unabhängig davon, ob diese Erwartungen der Patientin bewußt zugänglich sind, werden solche Faktoren einen Einfluss auf die psychotherapeutischen Prozesse haben (Dohrenbusch 2016). Solche Erwartungen müssen aber nicht als Kontraindikation gesehen werden: auch bei Patienten in dieser Situation kann Psychotherapie durchaus Erfolge erzielen, wenn auch weniger ausgeprägte (Trapp et al. 2009).

Bestehende psychische Komorbiditäten, insbesondere aus dem Bereich der Angst- und affektiven Erkrankungen, der Traumafolgestörungen, der Suchterkrankungen und der Persönlichkeitsstörungen, sollen bei der Diagnose des Körperselbst berücksichtigt werden, da sie einen Einfluss auf die spezifische Erlebensweise körperlicher Wahrnehmungen und Vorgänge bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden haben können. Auch andere psychopathologische Auffälligkeiten – z. B. im Sinne zu einer möglichen dissoziativen oder artifiziellen Störungskomponente – sollten erfasst werden (☞ KE 14), da sie Einfluss haben auf das zu wählende therapeutische Vorgehen.

Verfassen Sie – bei Vorliegen der Schweigepflicht-Entbindung – eine kurze schriftliche Einschätzung mit Informationen zum Krankheitsbild und konkreten therapeutischen Empfehlungen für den Hauptbehandler (Haus- oder somatischer Facharzt)

Die somatische Grund-Behandlung und die Koordination weiterer Therapieelemente von Patienten mit schwerer verlaufenden funktionellen Körperbeschwerden erfolgt weiterhin häufig durch die primär behandelnde Haus- bzw. somatische Fachärztin („Gate-Keeper“). Dies erfordert – als Fortführung der in Empfehlung 16 beschriebenen Schritte – eine fortgesetzte und systematische Abstimmung zwischen diesem und dem bzw. den weiteren hinzugezogenen Behandlern, wie beispielsweise einer Psychotherapeutin. Nach etwa 3 Monaten sollten die in der multimodalen Behandlung eingebundenen weiteren Therapeuten den bisherigen Therapiefortschritt evaluieren. Diese Bewertung sollte mit der Patientin besprochen werden und erlaubt der primär behandelnden (Haus-)Ärztin, therapeutische Ziele und Maßnahmen wenn nötig anzupassen (z. B. im Hinblick auf therapeutische Zusatzmaßnahmen, Weglassen bestimmter Interventionen oder Einleitung einer stationäre Behandlung). Eine schriftliche Zusammenfassung des Therapie-Prozesses für die Patientin, in Form eines ausformulierten Briefes kann durchaus auch therapeutisch genutzt werden. Dieses Vorgehen wurde bereits bei evaluierten Psychotherapieverfahren als reguläres therapeutisches Element angewandt (Arbeitskreis PISO 2012).

Diese und vergleichbare Formen der aktiven Zusammenarbeit entsprechen dem für Patienten mit stärker ausgeprägten funktionellen Körperbeschwerden empfohlenen „collaborative / integrative care“ (Henningsen et al. 2007). Übereinstimmend wird ein solches Vorgehen auch in den niederländischen Versorgungsleitlinien dieser Beschwerden empfohlen (olde Hartman et al. 2013). Die Wirksamkeit ist auch durch fortlaufende empirische Untersuchungen und Übersichtsarbeiten belegt (Löwe et al 2017, Shedden-Mora et al 2015, Haggarty et al. 2016, olde Hartman et al. 2017).

Eine besondere Form der aktiven Zusammenarbeit wurde von Schaefer und Kollegen (2012) untersucht: eine gemeinsam von Hausarzt und einem psychosomatischen Facharzt durchgeführte Gruppenintervention, durchgeführt in der Praxis des Hausarztes, konnte eine systematische Reduktion von Körperbeschwerden, Gesundheitsangst und allgemeiner Belastung herbeiführen. Insgesamt könnte eine Intensivierung der aktiven Zusammenarbeit bei der Behandlung der in Frage stehenden Patientengruppe das Vertrauen in diese effektive Behandlungsstrategien verbessern und Unsicherheiten und die mancherorts noch mangelnden Kenntnisse über solche Optionen verbessern (Sirri et al. 2017)

20. Psychotherapie – störungsorientiert

(„core psychotherapy“)

- KKP** Wenden Sie ein störungsorientiertes und wissenschaftlich gut fundiertes psychotherapeutisches Verfahren an, dessen Wirksamkeit für die infrage stehende Symptomatik möglichst durch qualitativ hochwertige Studien gesichert ist (**starker Konsens**).
- KKP** Beachten Sie als einen wichtigen Grundsatz der Störungsorientierung: an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren (Kontext, Persönlichkeit, Biographie) sollte erst gearbeitet werden, wenn eine stabile therapeutischen Beziehung besteht, welche gegebenenfalls erst geschaffen werden muss. Vulnerable Themen können angesprochen werden, wenn der Patient selbst Interesse für psychosoziale Themen zeigt, oder im Therapieverlauf erlebt, dass seine Beschwerden durch kleine Änderungen von Erwartungen und Verhalten beeinflussbar sind (**starker Konsens**).
- KKP** Legen Sie in der Hauptphase der Therapie mögliche Schwerpunkte auf positives Selbst- und Körpererleben, Selbstregulationstechniken, Beziehungsgestaltung, Förderung von Kreativität und Veränderungsbereitschaft liegen (**starker Konsens**).

Die Psychotherapie funktioneller Körperbeschwerden sollte - unabhängig von der Therapierichtung - grundsätzlich störungsorientiert sein, d.h. sich an den speziellen Erlebensformen, Erwartungen und Erfahrungen dieser Patientengruppe orientieren. Dies ist am besten gewährleistet, wenn ein Verfahren gewählt wird, dessen Wirksamkeit bei den in Frage stehenden Beschwerden auch wissenschaftlich gesichert ist (Evidenztablelle 20.1: („Ambulante) psychotherapeutische Behandlung“).

Störungsorientierte Verfahren sind unter anderem dadurch charakterisiert, dass erst dann an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren (Kontext, Persönlichkeit, Biographie) gearbeitet werden sollte, wenn die Beziehung stabil genug ist. Dies ist nach einer gelungenen Initialphase der Therapie gut möglich (*siehe Empfehlung 18*), wenngleich auch nicht allein dadurch gesichert. Hinweise auf eine tragfähige Beziehung sind beispielsweise gegeben, wenn der Patient Interesse für psychosoziale Themen zeigt, und solche Themen selbst einbringt. Auch die Erfahrung, dass der Patient seine Beschwerden durch kleine Änderungen von Erwartungen und Verhalten selbst beeinflussen kann, festigt die therapeutische Arbeitsbeziehung.

In späteren Therapiephasen liegt der Schwerpunkt auf positivem Selbst- und Körpererleben, Selbstregulationstechniken, Beziehungsgestaltung, Förderung von Kreativität und Veränderungsbereitschaft. Etablierte und in ihrer Wirksamkeit bestätigte Verfahren sind als Manuale publiziert. Für die KVT sind das beispielsweise das Manual von Rief (2008), für psychodynamische und psychodynamisch-interpersonelle Verfahren das Manual der Arbeitskreis PISO (2012) und von Guthrie (2017). Die Manuale führen zentrale Elemente der jeweiligen Fachpsychotherapien auf. Dazu gehören unter anderem: die Erweiterung des subjektiven Störungsmodells,

die Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung, die Reduktion dysfunktionaler Kognitionen, der Abbau von Schonverhalten, Aufbau einer adäquaten körperlichen Belastbarkeit (Martin et al. 2013), Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten (Rief und Hiller, 1998), die Differenzierung von Affekten und Körperbeschwerden, z. B. im Zusammenhang mit Beziehungserfahrungen oder das Thematisieren des Verhaltens in Partnerschaften und ganz allgemein in sozialen Beziehungen. Im Zusammenhang mit diesen Themen kann Kreativität als Ressource des Patienten genutzt werden, um ihn in seiner Veränderungsbereitschaft zu stärken. Eine Auswahl gängiger Elemente, die für den therapeutischen Prozess genutzt werden können, ist dem Exkurs „Verfahrensübergreifende (Zusatz-)Elemente in der Psychotherapie funktioneller Körperbeschwerden“ zu entnehmen.

Für den Umgang mit Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden wird – in psychodynamischer Sprache - ein selektiv-authentisches Reagieren nach dem „Prinzip Antwort“ anstelle des „Prinzips Deutung“ empfohlen (Ronel et al. 2007): Es ist, im Gegensatz zur analytischen Neutralität, durch eine aktive, zugewandte und wohlwollende Grundhaltung gekennzeichnet, was wiederum zum Aufbau der Arbeitsbeziehung hilfreich ist. Vermieden wird eine einseitige und vorschnelle „Psychologisierung“ in der Psychotherapie. Als Motto kann gelten: „Psychotherapie gelingt am ehesten unter der Prämisse, dass keine Psychotherapie versucht wird“ (Rudolf und Henningsen 2003).

Exkurs:

Verfahrensübergreifende (Zusatz-)Elemente in der Psychotherapie funktioneller Körperbeschwerden (Auswahl; nach Hausteiner-Wiehle et al. 2013)

1. Körperorientierte Zusatzelemente

- Motivation zu **gestufter Aktivitätssteigerung** anstatt zu Schonung; bei feststellbarer Überaktivität (mit dem Risiko einer Beschwerdezunahme) soll auf eine *angemessene, dosierte* Aktivierung geachtet werden;
- Verbesserung von **Regulationsfähigkeit und Selbstwirksamkeit** durch bewusstes Umschalten zwischen Belastung/ Anspannung und Erholung/ Entspannung; dadurch auch **Erfahrung von Zeit** und **Rhythmisierung** des Körpererlebens und durch
- Erlernen von entsprechenden Techniken (z. B. durch Biofeedback, Entspannungstechniken)
- Übungen zur Verbesserung der **Körperwahrnehmung**:
 - zur **besseren Unterscheidung körperlicher Missempfindungen von Krankheitszeichen**
 - zur Reduktion einer gesteigerten, ängstlichen Aufmerksamkeit für Körpervorgänge durch mehr Vertrautheit mit physiologischen Prozessen (z. B. mit autonomen Regulationsprozessen wie Herzschlag oder Atmung)

- zur (Wieder-)Herstellung eines **positiven Körpergefühls** durch die Erfahrung von Funktion und Belastbarkeit, nicht nur von Dysfunktion des eigenen Körpers
- zur Wahrnehmung körperlicher und psychischer (Belastungs-) **Grenzen** und zwecks eines verantwortlichen Umgangs mit ihnen
- Erfahrung von **Unlust, Lust, Vitalität** und **Genussfähigkeit** im Körpererleben
- Einüben von **Entspannungstechniken**, die später selbständig durchgeführt werden können

2. Bewältigungs- und ressourcenorientierte (Zusatz-)Elemente:

- Förderung der **Selbstakzeptanz** einschließlich der **Akzeptanz** mancher Schwierigkeiten und Schwächen, ggf. Umdeutung als Lösungs- oder Überlebensstrategien
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf **gelungene** Situationen, Begegnungen etc.
- Anerkennung von **Leistungen**
- Erweiterung von **Copingstrategien** und **Bewältigungsmöglichkeiten**
- Förderung von **Kontaktfähigkeit** und **sozialer Kompetenz**
- Förderung von **Kreativität** und **Veränderungsbereitschaft**
- Verständnis von Psychotherapie als **Prozessbegleitung** anstatt als Krankenbehandlung

3. Kontextorientierte (Zusatz-)Elemente:

- Orientierung an den **konkreten Beschwerden** und daran geknüpften **Beziehungsepisoden**
- Orientierung am **subjektiven Erklärungsmodell** des Patienten (Überwiegend somatisch? Überwiegend psychosozial? Ambivalent? Ausgewogen? Konkrete Entstehungstheorien, die z. B. zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten führen?)
- Orientierung an eventueller **psychischer Komorbidität** (starke Ängste? Depressivität? Posttraumatische Belastungsstörung? Sucht? Persönlichkeitsstörung? Relevante körperliche Begleiterkrankung?)
- Führen und sorgfältiges Besprechen von **Befindlichkeits-Tagebüchern**, die neben den Beschwerden auch auslösende Situationen, begleitende Kognitionen und Emotionen sowie Konsequenzen protokollieren.
- Zunehmende **Thematisierung dysfunktionaler Annahmen und Verhaltensweisen** (z. B. Katastrophisieren, Gesundheitsängste, negative Folgen von Schonung und Vermeidung)
- Zunehmende **Thematisierung begleitender Affekte** (z. B. Enttäuschungserfahrungen [z. B. bezüglich des eigenen Körpers oder bezüglich eines Nicht-Ernstgenommen-Werdens der empfundenen Beschwerden]) und Konflikte

Evidenztabelle 20.1: (Ambulante) psychotherapeutische Behandlung. Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematischer Reviews (Evidenzklasse: 1)

Beschwerde	Intervention	Empfehlung	System. Review	Hauptstudien- ergebnis (95% CI)	Sekundäres Studienergebnis (95% CI)	Anz. Studien (TN)	Studien- abbrüche	(Schwere) un-er- wünsch-te Ereignisse	Grad der Evidenz/ Studiengüte; Anmerkungen
Funktionelle Körperbeschwer- den (allgemein)	Kurzzeit- Psycho- therapie	+	van Dessel et al. 2014	SMD -0.34 (-0.53 bis -0.16) (Symptomschwere)	SMD 0.17 (0.03 bis 0.32) (HR-QoL)	10 (1081)	<i>R 0.93 (0.88 bis 0.99) (alle Abbrüche, geringere Zahl von Abbr. In der Psychotherapie)</i>	RR <1.31 (0.47 bis 3.66) ^a (uE)	GdE: gering
			Koelen et al. 2014	SMD 0.49 (k. A.; p<0.05)^b (körp. Symptome)	SMD 0.30 (k. A.; p<0.01)^b (Funktion)	12 (1019)	k. A.	k. A.	StG: gering / mäßig
	Psychody- namische Kurzzeit- Psycho- therapie	++	Abbass et al. 2014 ©	SMD -0.58 (-1.04 bis -0.11) (körp. Symptome)	k. A.	3 (283)	k. A.	k. A.	StG: unklar
Fibromyalgie- syndrom	KVT	++	Bernardy et al. 2013 © (LL FMS)	SMD -0.29 (-0.47 bis -0.11) (Schmerz)	SMD -0.30 (-0.51 bis -0.08) (Funktion)	20 (1382)	RR 0.94 (0.65 bis 1.35) (alle Abbrüche)	k. A.	GdE: gering
	„Guided imagery / hypnosis“	+	Zech et al. 2017	RD 0.18 (0.02 bis 0.35) (Schmerz- reduktion ≥ 50%)	SMD -0.40 (-0.70 bis -0.11) (psych. Belastung)	7 (387)	k. A.	k. A.	GdE: gering
Chronischer nicht- spezifischer Rückenschmerz	Kognitiv- verhaltens orientierte Interven- tionen	++	Richmond et al. 2015	SMD -0.39 (-0.61 bis -0.18)^c (Schmerz)	SMD -0.38 (-0.74 bis -0.01) (HR- QoL)	23 (3359)	k. A.	k. A.	StG: unklar

Reizdarm-syndrom	Psycho-logische Therapien	+ / ++	Ford et al. 2014a	RR 0.68 (95 % CI = 0.61 - 0.76)^d („keine Symptom-verbesserung“)	k. A.	36 (1478)	k. A.	k. A.	StG: unklar / gering
			Laird et al. 2017, Laird et al. 2016	SMD 0.69 (0.52 bis 0.86) (Symptom-schwere)	SMD 0.41 (0.35 bis 0.47) (Funktion)	41 (2290)	k. A.	k. A.	StG: unklar
			Altayar et al. 2015	SMD -0.62 (-0.85 bis -0.38) (Symp-tomschwere)	SMD 0.60 (0.44 bis 0.77) (HR-QoL)	9 (676)	k. A.	k. A.	GdE: gering / moderat
			Henrich et al. 2015	SMD 0.64 (0.49 bis 0.79) (Symptom-schwere)	SMD 0.32 (0.21 bis 0.42) (psych. Belastung)	48 (k. A.)	k. A.	k. A.	StG: unklar
	KVT	+	Ford et al. 2014a	RR 0.60 (0.44 bis 0.83)^e („keine Symptom-verbesserung“)	k. A.	9 (610)	k. A.	k. A.	StG: unklar / gering
			Li et al. 2014	SMD 0.68 (0.42 bis 0.94) (Symptom-schwere)	SMD 0.49 (0.24 bis 0.74) (HR-QoL)	16 (1380)	k. A.	k. A.	StG: unklar / gering
	Hypno-therapie / Hypnose	+ / ++	Schaefer et al. 2014	RR 1.69 (1.14 bis 2.51) („adäquate Symptom-verbesserung“)	SMD -0.56 (-1.44 bis 0.32) (HR-QoL)	5 (290)	Keine Hinweise auf mangelnde Akzeptanz	Keine Hinweise auf mangelnde Sicherheit	StG: hoch ^e
			Ford et al. 2014a	RR 0.74 (0.63 bis 0.87) („keine Symptom-verbesserung“)	k. A.	5 (278)	k. A.	k. A.	StG: unklar oder gering
			Lee et al. 2014	SMD -0.83 (-1.65 bis -0.01) (Abdomi-naler Schmerz)	k. A.	3 (153)	k. A.	k. A.	StG: hoch ^e

CFS	KVT: Studien- lage un- verändert	++	Price et al. 2008 ©	SMD -0.40 (-0.61 bis -0.19) (Müdigkeit)	SMD 0.27 (-0.56 bis 0.01) (psychol. Belastung)	5 (356)	k. A.	k. A.	StG: unklar
Nicht-spezifischer Brustschmerz	“Psychologische Interventionen”	++	Kisely et al. 2015 ©	RR 0.68 (0.57 bis 0.81) (Schmerzfreiheit)	SMD 0.24 (-0.03 bis 0.50) (HR-QoL)	5 (221)	RR 0.14 (0.04 bis 0.53)^f (alle Abbrüche, höhere Anzahl Abbr. in Vergleichsbed.	Keine uE in psychol. Interventionen	StG: hoch ^e
Tinnitus	KVT: Studien- lage un- verändert	+	Martinez-Devesa et al. 2010 ©	SMD 0.24 (-0.02 bis 0.51) (subjektive Lautstärke)	SMD 0.91 (0.50 bis 1.32) (HR-QoL)	6 (354)	k. A.	k. A.	StG: hoch ^e
Dizziness / Benommenheit	KVT: Studien- lage un- verändert	+	Schmid et al. 2011	SMD 0.46 (0.05 bis 0.88) (Schwindel / Benommenheit)	k. A.	3 (79)	k. A.	k. A.	StG: moderat

o keine Empfehlung

+ Empfehlung mit geringer Empfehlungsstärke

++ Empfehlung mit moderater Empfehlungsstärke

Allgemeine Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung und Verzeichnis der Abkürzungen: siehe Anhang

^a unvollständig berichtet durch die Autoren

^b geschätzt nach der Differenz der Effektstärken auf der Grundlage der Prä-Post-Veränderungen der verglichenen Interventionen

^c überwiegend Vergleiche mit leitliniengerechten aktiven Behandlungen („Guideline-based Active Treatment“, GAT)

^d alle Ergebnisse zur „Psychologischen Verfahren“ integriert. Hohe Heterogenität der Ergebnisse

^e unter Berücksichtigung des Umstands, dass Verblindung in Psychotherapiestudien wenig praktikabel ist und daher nicht in die Bewertung einfließt

^f eigene Analyse

21. (Teil-) Stationäre Behandlung erwägen:

(„consider inpatient“)

KKP Sollte keine ambulante Behandlung möglich sein oder sich als unzureichend erweisen, erwägen Sie die multimodale Behandlung in einer geeigneten (teil-)stationären Einrichtung. Diese soll eine interdisziplinäre Behandlung nach abgestimmtem Gesamtbehandlungsplan unter qualifizierter ärztlicher Leitung anbieten. Der Behandlungsplan sollte mehrere therapeutische Angebote systematisch kombinieren: organbezogene / symptomatische Therapien, Psychotherapie möglichst sowohl im Einzelsetting als auch in Gruppen, körperbezogene und Physiotherapie, sowie weitere therapeutische Angebote (☞ Tabelle 17.1) **(starker Konsens)**.

KKP Erwägen Sie eine stationäre Behandlung in einer Klinik mit multimodalem Therapiekonzept vor allem bei folgenden Indikationen: Schwere der körperlichen und/oder psychischen Symptomatik bzw. der funktionellen Beeinträchtigung, Chronifizierungsgefahr, krisenhafter Zuspitzung, Erfolglosigkeit der ambulanten Therapie, Nichtverfügbarkeit einer multimodalen Behandlung, relevante sozialmedizinische Aspekte, ausgeprägte interaktionelle Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung **(starker Konsens)**.

Die Entscheidung, ob eine psychotherapeutische Behandlung (manchmal auch zunächst eine differenziertere Diagnostik) ambulant oder (teil-)stationär durchgeführt werden sollte, hängt in allererster Linie von der Schwere des individuellen Krankheitsbildes ab und ist eine klinische Entscheidung. Für diese Entscheidung können die im Einzelfall bestehenden klinischen Charakteristika berücksichtigt werden. Zur Indikationsstellung ist die ambulante/ konsiliarische Vorstellung eines Patienten vor Behandlungsbeginn notwendig.

Mögliche Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung sind (einzeln oder in Kombination):

- Erfolglosigkeit ambulanter, auch multimodaler Therapien oder logistische Probleme, eine solche multimodale/multiprofessionelle (Differenzial-)Diagnostik und Behandlung ambulant sicher zu stellen, beispielsweise im ländlichen Bereich
- erhebliche funktionelle Beeinträchtigung mit Chronifizierungscharakter oder -gefahr, z. B. bei Arbeitsunfähigkeit > 4 Wochen
- begleitend schwere psychische Symptome oder Komorbidität sind beispielweise im Falle massiver Panikattacken mit Vermeidungsverhalten, schwerer Antriebsstörung, selbstschädigenden Verhaltens (einschl. Suchtverhalten) oder dissoziativer Zustände gegeben.

- schwere körperliche Symptome bzw. ausgeprägte somatische Komorbidität (z. B. ausgeprägte Gehbehinderung, Fixierung von Fehlhaltungen, komorbide manifeste körperliche Erkrankung wie beispielsweise Multiple Sklerose)
- die Notwendigkeit einer ständigen Facharzt-Präsenz aufgrund krisenhafter Zuspitzungen, z. B. bei Selbst- oder Fremdgefährdung einschließlich Suizidalität
- Bekanntwerden schwerwiegender biographischer Belastungsfaktoren (z. B. Traumatisierung), die mit aktuellen psychischen Symptomen und Beeinträchtigungen verbunden sind
- relevante sozialmedizinische Aspekte, z. B. große Konflikte im familiären / beruflichen Umfeld oder geringe soziale Unterstützung
- große interaktionelle Probleme in der Behandler-Patient-Beziehung
- die Notwendigkeit von Therapieplanänderungen bzw. -anpassungen sowie Verlaufsbeobachtungen im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Behandlungsregie
- die Notwendigkeit eines Stationsmilieus als veränderter Rahmen bzw. der Klinik als Übungsfeld, z. B. für Expositionstherapien
- ggf. Wunsch des Patienten

Stationäre Psychotherapie funktioneller Körperbeschwerden sollte dann in einer Klinik mit multimodalem Therapiekonzept erfolgen. Multimodal wird hier verstanden als interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychosomatische, psychologische oder psychiatrische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan unter qualifizierter ärztlicher Leitung, und der Anwendung mindestens zweier aktivierender Behandlungsverfahren (DIMDI OPS). Beim Konzept der Intervallbehandlung werden in die langfristige ambulante Behandlung tagesklinische oder stationäre Therapiephasen eingeplant. In diesen können durch die hohe Therapiedosis und das multimodale Angebot auch schwierige Behandlungsfoki angegangen und die Nachhaltigkeit von Behandlungseffekten überprüft und stabilisiert werden.

Die Mehrzahl der vorhandenen empirischen Daten zur Psychotherapie funktioneller Körperbeschwerden liegt zu ambulanten (meist an Kliniken durchgeführten) Therapien vor. (Teil-)stationäre Psychotherapie, ist bislang nicht ausreichend kontrolliert-randomisiert untersucht bzw. kann in einem solchen Design grundsätzlich kaum untersucht werden. Lediglich Bleichhardt et al. (2004) zeigten die Wirksamkeit einer stationären multimodalen Behandlung mit bzw. ohne kognitive Verhaltenstherapie. Viele nicht-kontrollierte Studien belegen jedoch generell eine gute Wirkung stationärer, meist multimodaler und oft rehabilitativer psychosomatischer Behandlungen (z. B. Beutel et al. 2008, Schäfer et al 2008; Probst et al. 2009; Beutel et al. 2014, Renner et al. 2017).

22. Rehabilitation:

("back to life, back to work")

- KKP** Erwägen Sie als Behandlungsoption für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden auch eine medizinische Rehabilitation, insbesondere, wenn der Fokus auf einer Verbesserung der Teilhabe einschließlich des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit dem Verhindern von (weiterer) Chronifizierung liegt (**starker Konsens**).
- KKP** Rehabilitationsbehandlungen sind fachübergreifend anzulegen, mit einem ausreichenden Anteil an Beratung, Psychodiagnostik und Psychotherapie (**starker Konsens**).
- KKP** Wählen Sie die Reha-Einrichtung (evtl. auch in Kooperation von Haus- bzw. somatischem Facharzt und Psychotherapeut) nach individuell geeignetem Setting aus (stationäre und ganztägig ambulante bzw. somatische und psychosomatische Einrichtungen) (**starker Konsens**).
- KKP** Streben Sie dabei vor allem bei relevanten psychosozialen Belastungen ein psychosomatisches Heilverfahren an - auch bei somatischer Ko-Morbidität (**starker Konsens**).

Erwägen Sie als Behandlungsoption für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden auch eine medizinische Rehabilitation, insbesondere wenn der Fokus auf einer Verbesserung der Teilhabe, einschließlich des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit dem Verhindern von (weiterer) Chronifizierung liegt.

Bei anhaltenden, behandlungsbedürftigen funktionellen Körperbeschwerden kann eine medizinische Rehabilitation in Erwägung gezogen werden, wenn funktionale Einschränkungen die Erwerbsfähigkeit gefährden oder einschränken (z. B. bei langer Arbeitsunfähigkeit) und weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren. Der Behandlungs-Fokus einer Rehabilitation liegt darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und/oder ihre Folgen zu lindern. Somit soll eine Verbesserung der Teilhabe, einschließlich des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als Therapieziel erreicht werden. Zudem spielt in den Therapiekonzepten die Stärkung aktiver, selbstfürsorglicher Kompetenzen und übergreifend die Verhinderung von (weiterer) Chronifizierung eine wichtige Rolle.

Krankheiten der Muskeln, des Skelettes und des Bindegewebes (2015: 36%) zählen gemeinsam mit psychischen Erkrankungen (2015: 15%) zu den Hauptursachen für eine medizinische Rehabilitation in Deutschland und verursachen die meisten erwerbsminderungsbedingten Renten (Boes 2016, Rentenversicherung 2016). Wie groß der Anteil von Patienten ist, der wegen funktioneller Körperbeschwerden im Rahmen von Behandlungsangeboten zur medizinischen Rehabilitationen therapiert wird, kann aufgrund der unterschiedlichen Präsentationen der Beschwerden, der verschiedenen Komorbiditäten und der uneinheitlich angewendeten Diagnosekriterien nicht adäquat

ermittelt werden. Das Risiko einer Arbeitslosigkeit bei Patienten mit multiplen körperlichen Beschwerden ist im Vergleich zu Patienten mit weniger Beschwerden erhöht. So zeigen Daten aus Dänemark, dass je mehr Beschwerden krankgeschriebene Arbeitnehmer (in Fragebögen) angaben, desto schlechter waren ihr wahrgenommener Gesundheitszustand, ihre Zufriedenheit im Beruf und ihr Verhältnis mit Vorgesetzten und desto geringer das Verlangen, in die Arbeit zurückzukehren (Momsen et al. 2014 und 2016).

Indikatoren für eine Rehabilitationsfähigkeit des Patienten sind neben dem Vorliegen einer entsprechenden Motivation zur Therapie entsprechend eine durch die Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe und/oder eine erhebliche Gefährdung der Erwerbstätigkeit und/oder eine bereits eingetretene Minderung der Erwerbstätigkeit oder drohende Pflegebedürftigkeit und/oder behandlungsbedürftige Krankheitsfolgen, die zu drohender oder eingetretener Behinderungen führen. Neben diesen „formalen“ Voraussetzungen sollten Patienten die Fähigkeit zu Autonomie besitzen, die Programminhalte sowohl sprachlich als auch inhaltlich verstehen und sich mit den jeweiligen Therapiezielen identifizieren können, damit ein Verständnis für biopsychosoziale Zusammenhänge geschaffen bzw. ausgebaut werden kann.

Dementsprechend wirken sich Faktoren wie das Festhalten an einem monokausalen Krankheitsbild, laufende (oder geplante) juristische Auseinandersetzungen (meistens in Form von Erwerbsminderungsverfahren) sowie sprachliche Barrieren meist negativ auf den Therapieerfolg einer solchen Behandlung aus (Pfungsten et al. 1997, Mesrian et al. 2005, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017).

Rehabilitationsbehandlungen sind fachübergreifend anzulegen, mit einem ausreichenden Anteil an Beratung, Psychodiagnostik und Psychotherapie.

Stationäre und ambulante Rehhabilitationsangebote für Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden sind meist fachübergreifend/interdisziplinär organisiert. Schwerpunktmäßig wird die Therapie in Gruppen angeboten, jedoch durch entsprechende Einzelangebote ergänzt. Ziele für die Behandlung werden gemeinsam vom Patienten und einem interdisziplinären Therapeuten-Team (in unterschiedlichen Zusammensetzungen Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Spezialtherapeuten und weitere Berufsgruppen) festgelegt und je nach Verlauf entsprechend angepasst. Den biopsychosozialen Aspekten funktioneller Körperbeschwerden kann durch die verschiedenen Therapieanteile (somatisch, psychotherapeutisch, edukativ, sozial, berufsbezogen) sowie die unterschiedlichen therapeutischen „Blickwinkel“ (Kognition, Emotion, Körperwahrnehmung, Beziehungserfahrung, Verhalten etc.) entsprechend begegnet werden – hierbei sollte das jeweilige Setting einen ausreichenden Anteil an Beratung, Psychodiagnostik und Psychotherapie aufweisen. Gemeinsame Teambesprechungen und Supervisionen können ein ganzheitlicheres Bild der Beschwerdesymptomatik liefern (*siehe auch Empfehlungen 6, 16*) (Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017).

Aufgrund der multiplen Elemente der verschiedenen Therapiemodule, mit jeweils eigener therapeutischer Wirkung, ist das Erforschen der (übergeordneten) Wirksamkeit von multidisziplinären (rehabilitativen) Therapieprogrammen komplex. Aufgrund der

Variation der verschiedenen Module in den einzelnen Therapieprogrammen sind auch Vergleichsstudien oftmals nicht möglich. In der Literatur gibt es dennoch hinreichend viele randomisierte und kontrollierte Studien, die eine Wirksamkeit und Überlegenheit von multimodalen rehabilitativen Behandlungen auf verschiedene Beschwerdepräsentationen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Schmerzen, Funktionsfähigkeit, Fatigue, Lebensqualität, Arbeitsbereitschaft etc.) funktioneller Körperbeschwerden zeigen (*siehe auch Empfehlung 16*) (Goudsmit et al. 2009, Schreurs, Veehof et al. 2011, van Middelkoop et al. 2011, Kamper et al. 2015).

Wählen Sie die Reha-Einrichtung (evtl. auch in Kooperation von Haus- bzw. somatischem Facharzt und Psychotherapeut) nach individuell geeignetem Setting aus (stationäre und ganztägig ambulante bzw. somatische und psychosomatische Einrichtungen). Streben Sie dabei vor allem bei relevanten psychosozialen Belastungen ein psychosomatisches Heilverfahren an - auch bei somatischer Ko-Morbidität.

Vor allem bei leichteren Verläufen von funktionellen Körperbeschwerden, sollten ambulante Maßnahmen bevorzugt werden, solange die entsprechende Einrichtung hinsichtlich ihres Indikationsspektrums und ihres (fachübergreifenden/interdisziplinären!) Therapieangebots geeignet erscheint. Ambulante Maßnahmen unterbrechen in der Regel weniger die Einbindung in ein normales Alltagsleben (z. B. Familie, Alltagsstruktur) und sind meist kostengünstiger. Ambulante (monomodale bzw. multimodale) Reha-Leistungen machen in Deutschland derzeit rund 14% aller Rehabilitations-Leistungen aus (Rentenversicherung 2016). Auch bei ambulanten Behandlungskonzepten ist, aus genannten Gründen, eine systematische Untersuchung der Wirkfaktoren eine wissenschaftliche Herausforderung und es existieren nur wenige systematische Studien auf diesem Gebiet (Vos-Vromans et al. 2016).

Wenn die Schwere des Verlaufs einschließlich der psychosozialen Belastungen eine Herausnahme aus dem Alltag therapeutisch sinnvoll erscheinen lässt, wenn wohnortnahe ambulante Therapieeinrichtungen nicht verfügbar sind, wenn länger andauernde ambulante Behandlungsversuche frustrierend waren und/oder belastende lokale Kontextfaktoren (z. B. arbeitsplatzbezogene Faktoren) vorliegen, sollte eine vollstationäre Rehabilitation in Erwägung gezogen werden, die ggf. auch wohnortfern genehmigt werden kann (Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017). Die Auswahl einer entsprechenden Reha-Einrichtung sollte in Kooperation mit Mitbehandlern geschehen (*siehe auch Empfehlung 23*).

Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Vos-Vromans und Kollegen untersuchte in den Niederlanden Patienten mit Chronic-Fatigue-Syndrom, die entweder in ein ambulantes multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm oder in eine (monomodale) kognitive Verhaltenstherapie (Gruppe) eingeschlossen wurden (Outcome: Lebensqualität und Fatigue-Symptomatik). Beide Programme liefen über einen Zeitraum von insgesamt 6 Monaten (Multimodal: 10 Wochen Programm mit 12 Wochen „follow up“; monomodal: 16 Sitzungen über 6 Monate). In Bezug auf die Fatigue-Symptomatik zeigte sich bei den Patienten, die im Rahmen des ambulanten multidisziplinären Rehabilitationsprogramm

behandelt wurden, im Vergleich zur Gruppe, die mit (monomodaler) kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurde, eine signifikante Reduktion der Fatigue nach 4, 14 und 52 Wochen. Bei der Zwischenevaluation nach 26 Wochen zeigte sich in beiden Gruppen eine Verbesserung - ohne signifikante Unterschiede zwischen den zwei Untersuchungs-Gruppen. In Bezug auf die Lebensqualität zeigte sich in beiden Gruppen eine Verbesserung, jedoch ohne signifikanten Unterschied zwischen den zwei Gruppen. In einer Folgestudie wurde zudem die Erwartung der Patienten bezüglich der jeweiligen Therapiemaßnahme untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit hohen positiven Erwartungen im multimodalen Therapie-Programm zu Beginn der Therapie einen besseren Behandlungs-Outcome in Hinblick auf Fatigue und körperliche Lebensqualität zeigten als Patienten mit hohen Erwartungen, die mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden (Vos-Vromans et al. 2016).

Vor allem bei relevanten psychosozialen Belastungen sollte (auch bei somatischer Komorbidität) ein psychosomatisches Heilverfahren angestrebt werden, bei dem der Behandlungsschwerpunkt auf dem Erkennen und Modifizieren psychosozialer beschwerdeaufrechterhaltender Faktoren liegt und das Therapieangebot entsprechend Einzel- und Gruppenpsychotherapie (neben Entspannungsverfahren, sozialem Kompetenztraining u. v. m.) umfasst. Bei schwerer verlaufenden funktionellen Körperbeschwerden sollte zudem nach der Rehabilitationsbehandlung eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung im Rahmen eines geeigneten Behandlungssettings in Betracht gezogen werden (Psychosomatische Grundversorgung, ärztliche Psychotherapie, ambulante psychotherapeutische (Einzel- und/oder Gruppen-Therapie), psychiatrische Behandlung bei entsprechenden Krankheitsbildern) (Rentenversicherung 2016-2017).

Exkurs:

Rehabilitation (in Deutschland)

Der Haupt-Kostenträger für medizinische Rehabilitationen in Deutschland ist, neben der gesetzlichen Unfallversicherung und den Krankenkassen (für Nichterwerbstätige), vor allem die Deutsche Rentenversicherung. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach §15 SGB VI mit dem Ziel erbracht, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und wiederherzustellen („Reha vor Rente“). Ein weiterer Fokus rehabilitativer Maßnahmen liegt darin, die Teilhabe am Leben und die Fähigkeit zur Selbstversorgung zu fördern. Zudem wird die Veranlassung für solche Therapiemaßnahmen bei nicht vorhandenen bzw. nicht ausreichend wirksamen ambulanten Therapieverfahren unter Berücksichtigung der Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Teilhabe gemäß der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) empfohlen (Rentenversicherung 2016, Schmerzgesellschaft 2017). Entsprechende Voraussetzungen für die Indikation zur einer rehabilitativen Behandlung müssen gemäß § 11 (2) SGB V oder § 15 SGB VI erfüllt sein.

Um eine rehabilitativen Behandlung auf Kosten der Rentenversicherungsträger zu erhalten, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Hierbei ist für die „formale“ Genehmigung einer medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger nicht eine Krankheit bzw. Diagnose (nach ICD), sondern die anhaltende funktionale

Einschränkungen (wie sie bei funktionellen Körperbeschwerden in Diskrepanz zu fehlenden Befunden oft bestehen) entscheidend (Rentenversicherung 2016-2017, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017).

Stationäre Behandlungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen dauern in Deutschland in der Regel je nach Krankheitsbild drei Wochen (22 bis 24 Tage (ohne Sucht, neurologische und psychische Erkrankungen)). Bei psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern sind, je nach Ausprägung der Symptomatik, längere stationäre Rehabilitationsbehandlungen die Regel (Pflegetage inklusiv Wochenende bei psychischen Erkrankungen: Männer 38 Tage; Frauen 37 Tage) (Rentenversicherung 2016).

Bei funktionellen Körperbeschwerden, die sich vor allem durch muskuloskelettale Beschwerden auszeichnen (z. B. nicht-spezifischer Kreuzschmerz), die zu entsprechenden funktionalen Einschränkungen führen und deshalb eine Teilhabe am täglichen Leben gefährden, kann zur Intensivierung der Behandlung als ambulante Therapieform auch Rehabilitationssport oder Funktionstraining in Betracht gezogen werden.

Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining sind dabei im Rahmen eines stepped-care Managements als Ergänzung einer ambulanten primärärztlichen Therapie bzw. im Rahmen einer Nachsorge-Behandlung nach medizinischer Rehabilitation in Erwägung zu ziehen. Alternativ kann eine verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) in Betracht gezogen werden, die psychosoziale Belastungen von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen in den Fokus der Therapie stellt und interdisziplinär, primär in einem Gruppen-Setting, mit den Patienten arbeitet (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2011, Rentenversicherung 2015, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017).

Bestimmte Ziele der Rehabilitation (z. B. nachhaltige Änderung des Lebensstils, Bewegung und Muskelaufbau) können im Rahmen der vorgesehenen Dauer der medizinischen Rehabilitationsbehandlungen nicht auf einem abschließenden, zufriedenstellenden Niveau erreicht werden, so dass für den Ausbau und den Erhalt der erzielten Erfolge eine weiterführende ambulante Behandlung bzw. Nachsorge indiziert sein kann. Gerade bei psychosomatischen Erkrankungen ist der langfristige Erhalt des erzielten Behandlungserfolges eine der wesentlichen Herausforderungen einer längerfristigen Therapie. Um bleibende Erfolge zu sichern, können bestimmte Nachsorgeleistungen wie zum Beispiel die multimodale Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) oder das speziell für psychische und psychosomatische Erkrankungen entwickelte monomodale Gruppenprogramm „PsyRENA“ (bzw. „Curriculum Hannover“) für eine Nachsorgebehandlung funktioneller Körperbeschwerden in Erwägung gezogen werden (Boes 2016, Rentenversicherung 2016, PsyRENA GmbH 2016-2017).

Für Patienten, die nach einer medizinischen Rehabilitation nicht in der Lage sind, ihre berufliche Tätigkeit wieder in vollem Umfang aufzunehmen, kann eine stufenweise Wiedereingliederung (STW) mit entsprechendem Übergangsgeld in Erwägung gezogen werden (SGB IX). Unter einer stufenweisen Wiedereingliederung versteht man, wenn Patienten stufen- bzw. schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, wieder an die volle Arbeitsbelastung herangeführt werden (Zeitraum für eine mögliche STW: 6 Wochen bis zu sechs Monate).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE (13): Unzweckmäßige, überflüssige oder obsoleete Maßnahmen in der Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden

- Überprüfen Sie diagnostische und therapeutische Maßnahmen kontinuierlich bezüglich ihres Nutzens und ihrer Risiken. Passive, medikamentöse und invasive Maßnahmen sollten nur nach besonders kritischer Abwägung von Nutzen (z. B. vorübergehende Beschwerdelinderung) und Risiken (z. B. iatrogene Chronifizierung) eingesetzt werden. Präparate mit erhöhten Risiken für (schwere) unerwünschte Ereignisse sollen nur in strikter Übereinstimmung mit den Richtlinien der jeweiligen Leitlinien zur Anwendung kommen (z. B. Pregabalin bei der Fibromyalgie ist indiziert nur bei Komorbidität mit generalisierter Angststörung, Wirksamkeitsüberprüfung nach 2 und 4 Wochen, Abbruch bei fehlender Wirksamkeit nach 4 Wochen). Wichtige Beispiele:
 - Opiate, Cannabis-Präparate und Benzodiazepine sind bei rein funktionellen Körperbeschwerden nicht indiziert, können aber zu Medikamentenabhängigkeiten führen.
 - Langzeit-Medikation mit Antibiotika oder Chelatbildnern sowie einseitige Diäten können schädliche Einflüsse auf Darmflora, Vitamin-, Metall- und Mineralstoffhaushalt haben.
 - Karenz- oder Abschirmungsmaßnahmen (z. B. Vermeidung von öffentlichen Verkehrs- oder Kommunikationsmitteln) können sich nachteilig auf Bewegungsradius und soziale Beziehungen auswirken.
 - Antipsychotika (Fluspirilen-Spritze!), Anxiolytika und Tranquilizer sind nur in Krisensituationen oder bei entsprechender Komorbidität gerechtfertigt.
 - Die Indikationen für invasive Diagnostik- und Therapiemaßnahmen (z. B. Katheter, Spritzen, Schmerzpumpen, Stimulationssonden, Neurolysen, Kieferausrasungen, Verlegenheits-Operationen wie Appendektomien, Cholezystektomien, Amputationen) sollten aufgrund der teilweise hohen Risiken besonders kritisch gestellt, auf Patientenwünsche nach solchen Eingriffen äußerst zurückhaltend eingegangen werden.
- Überprüfen Sie Ihre (v.a. negativen) Impulse (z. B. aggressive Diagnostik, Loswerden-Wollen, Deutungen von Patientenverhalten als „Widerstand“, mangelnde Motivation bzw. Einsicht) und Ihre Anordnungen (z. B. IGEL) kritisch, vor allem im Hinblick auf die Gefahr einer iatrogenen Chronifizierung.
- Warten Sie nicht die „vollständige“ somatische Ausschlussdiagnostik ab, bevor Sie erstmals (auch nur geringfügige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen aufgreifen. Sie signalisieren sonst eine Nachrangigkeit psychosozialer Aspekte und erhöhen das Risiko einer „iatrogenen Chronifizierung“ und Stigmatisierung.
- Vermeiden Sie dualistische („Entweder-Oder-Modell“) oder hierarchische Erklärungsmodelle („körperliche Erkrankungen sind wichtiger/ gefährlicher als

psychische", „jetzt, wo organische Ursachen ausgeschlossen sind, muss es doch ein psychisches Problem sein"). Die Erklärungsmodelle der beteiligten Behandler sollten miteinander kompatibel sein.

- Vermeiden Sie einseitige „Psychologisierung“ (mangelndes Einbeziehen des Körpers, mangelnde Flexibilität im Umgang mit somatischen Behandlungswünschen) ebenso wie eine einseitige „Somatisierung“ (Nicht-Einbeziehung psychosozialer Umstände und Beschwerden).
- Vermeiden Sie Formulierungen, die die Beschwerden verharmlosen, ihre Legitimität bezweifeln, unbewiesene Ätiologieannahmen suggerieren oder den Betroffenen stigmatisieren.
- Auch wenn funktionelle Körperbeschwerden in bestimmten Konstellationen häufiger auftreten und daher individuelle Unterschiede bzgl. Erkrankungsrisiko, Prognose und Therapiebedürfnisse beachtet werden müssen: Umkehrschlüsse - dass etwa bei ängstlich-anklammernden Personen, bei Frauen oder Migranten vorschnell von einer funktionellen Genese ausgegangen wird, dagegen bei souveränen Personen, Männern, oder Nicht-Migranten nicht - sind nicht gerechtfertigt und können potenziell gefährlich sein.
- Sprechen Sie eventuell traumatisierte Personen wegen der Gefahr einer Re-Traumatisierung und eines Behandlungsabbruchs nur dann direkt auf ihre belastenden Erlebnisse an, wenn bereits eine tragfähige Beziehung besteht, z. B. innerhalb einer Psychotherapie. Achten Sie aber frühzeitig auf indirekte Hinweise für Vortraumatisierungen (z. B. Zusammenzucken bei Berührungen, bei akustischen oder visuellen Triggern) und fragen Sie ggf. nach typischen Traumafolgebeschwerden (gestörter Nachtschlaf aufgrund von Alpträumen, Schreckhaftigkeit, fehlendes Sicherheitsgefühl, Rückzug- und Vermeidungsverhalten).
- Vermeiden Sie ungeklärte „Zuständigkeiten“ und mangelnde Zusammenarbeit mit Kollegen (sowohl der Somatiker mit den Psychosomatikern/ Psychiatern /Psychologen als auch umgekehrt).

EMPFEHLUNG 23 und 24: Weitere sozialmedizinische Aspekte - Begutachtung und Prävention

23. Begutachtung:

(„pass an expert opinion“)

KKP Die sozialmedizinische Begutachtung funktioneller Körperbeschwerden hinsichtlich Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit erfordert eine fundierte somato-, aber auch psychodiagnostische Kompetenz des Gutachters. Ggf. kann ein Zweistufen-Prozess bzw. Zusatzgutachten sinnvoll sein (**starker Konsens**).

KKP Der Schweregrad funktioneller Körperbeschwerden und die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit sollten – in Auseinandersetzung mit eventuellen Vorgutachten – nach folgenden Kriterien beurteilt werden (**starker Konsens**):

- Konsistente Auswirkungen der Störung in allen Lebensbereichen
- Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (CAVE: es gibt auch depressive, antriebsgehemmte, resignierte Patienten mit geringer Inanspruchnahme)
- Vergeblichkeit adäquater Therapieversuche
- Chronifizierung und Komorbidität
- Spezielle berufliche Anforderungen
- Einfluss von Aggravation oder Simulation ([☞ KE 14](#))

KKP Eine mangelnde somatische Erklärbarkeit ist keinesfalls mit Aggravation bzw. Simulation gleichzusetzen (**starker Konsens**).

Der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden kommt aufgrund deren Häufigkeit und des oft chronischen Verlaufs (entsprechende Störungsbilder werden teilweise auch als „disability syndromes“ bezeichnet; Kwan und Friel 2002) eine große individuelle und allgemein gesellschaftspolitische und ökonomische Bedeutung zu (*vergleiche Empfehlung 1*). Daher sind funktionelle Körperbeschwerden in der Praxis häufig Anlass für Begutachtungen, die auf die verbleibende Leistungsfähigkeit eines zu Begutachtenden abzielen.

Die sozialmedizinische Begutachtung funktioneller Körperbeschwerden hinsichtlich Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit erfordert eine fundierte somato-, aber auch psychodiagnostische Kompetenz des Gutachters. Ggf. kann ein Zweistufen-Prozess bzw. Zusatzgutachten sinnvoll sein.

Gutachter sollen über klinische Erfahrung im Umgang mit betroffenen Patienten, Kenntnisse zu Diagnostik und Behandlungsformen relevanter Störungsbilder und ihrer Differenzialdiagnosen, klinische und methodologische Kenntnisse zur Beurteilung

kognitiver, affektiv/motivationaler, sozialer und motorischer Funktionen sowie der Zuverlässigkeit bzw. Gültigkeit der Aussagen des Patienten und über arbeitsmedizinische Grundkenntnisse verfügen (Schneider et al. 2016). Im Rahmen der Begutachtung müssen (etwaig vorliegende) somatische Grunderkrankungen und Vorbehandlungen beurteilt werden und ggf., bei unzureichender Diagnostik, weitere Untersuchungen veranlasst werden. Die Ebene der Psychopathologie, verbunden mit der Erfassung entsprechender psychosomatischer Interaktionen, ist mit Hilfe einer psychiatrisch – psychosomatisch orientierten Exploration zu eruieren (Schneider et al. 2016).

Allgemein ist es bei der Begutachtung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden und der Beurteilung der Entstehung, Verarbeitung und Aufrechterhaltung der Erkrankung wichtig, ein biopsychosoziales, längsschnittliches bzw. biographisches Bild vom Patienten zu bekommen und dabei aktuelle und chronische körperliche oder psychosoziale Belastungen sowie psychische Charakteristika des Individuums (z. B. spezielles konflikthafte Erleben, Persönlichkeitsstruktur) miteinzubeziehen (Schneider et al. 2016). Da viele Gutachter nicht gleichzeitig über die ausreichende somato- und psychodiagnostische Kompetenz verfügen, sind in der Praxis auch eine Zweistufen-Begutachtung bzw. Zusatzgutachten sinnvoll: Der erste Gutachter nimmt kompetent zur Frage einer möglichen somatischen Erklärbarkeit der Beschwerden Stellung, der zweite zur psychodiagnostischen Einordnung, zum Schweregrad und zur verbleibenden Leistungsfähigkeit (Schneider et al. 2016).

Die Beschwerden der Patientin sollten im Rahmen einer Begutachtung mit unterschiedlich zur Verfügung stehenden geeigneten Methoden bewertet werden (körperliche, ggf. apparative und laborchemische Untersuchungen, Exploration/Interview, Verhaltensbeobachtung, standardisierte/normierte Fragebögen, Fragebogenkontrollskalen oder Fragebögen zu Antworttendenzen, körperliche Funktions- und Leistungstests, psychologische Funktions- und Leistungstests, Symptomvalidierungstests). Mit Hilfe dieser Tests können auch relevante „Verfälschungstendenzen“ identifiziert werden (Abgrenzung zu Simulation, Aggravation etc.) ([☞ KE 14](#)) (Schneider et al. 2016). Die Tests sind allerdings unter den zu Begutachtenden manchmal bekannt (z. B. durch „Internet-Briefing“ in Foren wie „unfallopfer.de“) und leichter in Bezug auf ein gewünschtes Ergebnis zu präsentieren als die klinische Beurteilung.

Der Schweregrad funktioneller Körperbeschwerden und die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit sollten – in Auseinandersetzung mit eventuellen Vorgutachten – nach folgenden Kriterien beurteilt werden:

- Konsistente Auswirkungen der Störung in allen Lebensbereichen
- Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (CAVE: es gibt auch depressive, antriebsgehemmte, resignierte Patienten mit geringer Inanspruchnahme)
- Vergeblichkeit adäquater Therapieversuche
- Chronifizierung und Komorbidität

- Spezielle berufliche Anforderungen
- Einfluss von Aggravation oder Simulation

Bei der Begutachtung ist es wichtig im Rahmen einer umfassenden biographischen Anamnese (ggf. auch Fremdanamnese – CAVE: Schweigepflicht) darauf zu achten, ob die **Störung konsistente Auswirkungen auf alle Lebensbereiche** hat. Wichtige Bereiche, die Beachtung finden sollten sind Partnerschaft, Familie, Freundes- und Bekanntenkreis, soziale und Aktivitäten und Freizeitunternehmungen.

Zudem kommt der Ausbildungs- und Berufsanamnese eine besondere Bedeutung im Begutachtungsprozess zu (spezielle berufliche Anforderungen sind hier zu beachten). Hier erhält der zu Begutachtende insbesondere Raum, seine subjektive Sichtweise darzulegen (Schneider et al. 2016).

Weiterhin ist die **Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens** mit in den Begutachtungsprozess einzubeziehen. Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden suchen oftmals viele verschiedene Behandler auf (Mann und Wilson 2013; Evens et al. 2015; Henningsen et al. 2018b) (*Vergleiche Empfehlung 1*). Die Frage nach der Anzahl von Arztbesuchen oder dem Aufsuchen anderer Behandler in den letzten 6 bis 12 Monaten kann als Einstieg zur Vertiefung dieses Aspektes hilfreich sein. Zu beachten ist allerdings, dass es auch Patienten gibt, die trotz schwergradig ausgeprägter funktioneller Körperbeschwerden eine geringe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zeigen (z. B. aufgrund einer komorbiden depressiven Antriebshemmung, Resignation, Arzt-Phobien oder einem unsicher vermeidenden Beziehungsstil).

In diesem Zusammenhang ist auch die **Vergeblichkeit adäquater Therapieversuche** mit in den Begutachtungsprozess einzubeziehen. So können die iatrogene Chronifizierung eines primär psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsproblems durch häufig wiederholte medizinisch-diagnostische Prozeduren (bildgebende Verfahren, Labor) oder durch (erfolglose) körperliche (pharmakologische, chirurgische) Behandlungsversuche, bzw. Inanspruchnahme sogenannter alternativer Therapien ohne Wirksamkeitsnachweis, die unzureichende Berücksichtigung biografischer Bedingungen oder Konflikte mit unzureichender Vermittlung eines angemessenen biopsychosozialen Störungsmodells, eine unzureichende Berücksichtigung motivationaler Bedingungen oder unzureichende Etablierung neuer Denk- und Verhaltensgewohnheiten sowie fehlende oder unzureichende Maßnahmen zur gestuften beruflichen Wiedereingliederung, Hinweise auf inadäquate und unzureichende bisherige Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sein (Schneider et al. 2016).

Weitere Chronifizierungsfaktoren und Komorbiditäten (z. B. Angsterkrankungen, Depressionen, die auch mit somatischen Symptomen einhergehen können) sowie spezielle berufliche Anforderungen (z. B. Jetlag, Arbeitsbelastung, Lärm) müssen mit in die Begutachtung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden einfließen (*Vergleiche Empfehlung 7 und 10; [KE 4](#); [KE 7](#)*).

Eine mangelnde somatische Erklärbarkeit ist keinesfalls mit Aggravation bzw. Simulation gleichzusetzen (🔗 KE 14).

Zudem sollte bei der Begutachtung der Einfluss von **Einfluss von Aggravation oder Simulation** mitbeurteilt werden. Bei der Begutachtung von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden ist es aufgrund der meist fehlenden objektivierbaren Befunde besonders wichtig, die Beschwerden gegen Aggravation oder Simulation abzugrenzen (Schneider et al. 2016). Aufgrund der oftmals nicht hinreichenden oder fehlenden Erklärbarkeit und weitgehend unbekannten Pathophysiologie von funktionellen Körperbeschwerden wird von Behandlern zum Teil angenommen, dass Patienten sich ihre Beschwerden einbilden oder vortäuschen, um beispielsweise Krankschreibungen, Renten oder Kompensationszahlungen zu erzielen. Diese Voreingenommenheit wird oftmals an die Patienten weitergegeben: Sie „spüren“ eine entsprechende Einstellung und Haltung und fühlen sich in der Folge in ihrem Leid nicht ernst genommen, für schwach, verrückt oder unehrlich erklärt, stigmatisiert, weggeschickt und fallen gelassen (Tait und Chibnall 1997, Kouyanou et al. 1998, Hartz et al. 2000, Hatcher und Arroll 2008, Evens et al. 2015) (siehe auch Empfehlung 7).

Der Begriff „Einbildung“ suggeriert (willkürlich oder unwillkürlich) konstruierte Vorstellungen des „Irrationalen“, „Wahnhaften“, oder aber Täuschung. Funktionellen Körperbeschwerden erreichen aber nur sehr selten wahnhaften Charakter, werden von den Betroffenen als „real“ erlebt und haben durchaus zentralnervöse oder periphere Korrelate – auch wenn die damit verbundenen Befürchtungen oft diskrepant und überdimensioniert erscheinen. Im Gegensatz dazu setzen Simulation und Aggravation eine ganz überwiegend bewusste Täuschung voraus. Aggravation und Simulation sind bewusste, absichtliche, zielgerichtete Übertreibungen, Ausweitungen bzw. Vortäuschungen von Beschwerden (Henningsen et al. 2001, Henningsen et al. 2002, Hausotter 2004). Der (kleine) gemeinsame Nenner von funktionellen Körperbeschwerden und Simulation/Aggravation ist die Tatsache der nicht ausreichenden somatischen Erklärbarkeit. Der (große) Unterschied liegt in der Aufrichtigkeit des subjektiven Beschwerdeerlebens. Im Gegensatz zum klinischen Alltag, wo Aggravation und Simulation eher selten vorkommen, sind sie bei der Begutachtung (in Bezug auf Renten- oder Kompensationsansprüche) bzw. in asyl- und strafrechtlich relevanten Situationen (Vermeidung von Haft und Abschiebung) etwas häufiger (🔗 KE 14).

Hinweise auf Aggravation und Simulation können sein (🔗 KE 14) (Gaidzik und Widder, 2011; Schiltenswolf und Hollo, 2013):

- Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden (auch in Fragebögen) und der in der Untersuchungssituation erkennbaren körperlichen und psychischen Beeinträchtigung (z. B. bei einem braungebrannten, muskulösen, an Hand- und Fußflächen ausgeprägt beschwielen Mann, der angibt, kaum noch die Wohnung verlassen zu können)
- Diskrepanzen zwischen den eigenen Angaben, Fremdanamnese und Aktenlage

- Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung (z. B. in ungekündigter Tätigkeit plus Ehrenamt bei der Feuerwehr, sportliche Aktivitäten und Reisen, alleine zum Amt und zum Einkaufen)
- Diskrepanzen zwischen dem Ausmaß der geschilderten Beschwerden und Beeinträchtigungen und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe (z. B. noch nie beim Psychotherapeuten oder in einer psychosomatischen Rehabilitation gewesen)
- Hinweise in apparativen oder laborchemischen Untersuchungen (z. B. kein Medikamentennachweis im Blut trotz zugesicherter Einnahme-Compliance)
- Bei Tests mit mehreren Fragen oder Untersuchungsdurchgängen (z. B. Sensibilitätsprüfung, in der Neuropsychologie) liegen die korrekten Antworten stark unterhalb der Ratewahrscheinlichkeit
- Mangelnde Kooperation bei „objektivierenden“ apparativen oder laborchemischen Untersuchungen (z. B. Nichterscheinen)
- Hinweise auf Beschwerden, die der Durchsetzung von Wünschen gegenüber Dritten dienen (z. B. Versorgung, Entlastung von unangenehmen Pflichten im Sinne eines „sekundären Krankheitsgewinns“), aber ohne diese Wünsche nicht vorhanden wären

Detailliertere Empfehlungen zu gutachterlichen Aspekten funktioneller Körperbeschwerden finden sich u.a. in folgenden deutschsprachigen Leitlinien: „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ (gültig bis 31.03.2017) oder „Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen“ ([🔗 verwandte Leitlinien](#)).

KLINISCHE ENTSCHEIDUNGSHILFE (14): Abgrenzung funktioneller Körperbeschwerden von Simulation, Aggravation, Verdeutlichungstendenz, artifiziellen Störungen sowie Dissimulation

	Definition	Motiv	Symptom- bildung	Beispiel
Simulation	Vortäuschen oder Hervorrufen einer körperlichen oder psychischen Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken (meist mit materiellem Gewinn einhergehend), aber in der Regel ohne körperliches/psychisches Beschwerde-Korrelat. Das subjektive Erleben entspricht in keiner Weise den geklagten Beschwerden. Nach der Untersuchungssituation können die Beschwerden/ Symptome verschwinden; es gibt ganz unbeeinträchtigte Lebensbereiche (z. B. Hobbies).	bewusst	absichtlich	Schmerzäußerungen, Hinken, Sprachstörungen oder bandagierte Gliedmaßen bei Wunsch nach Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Kompensationszahlungen, Frühberentung, Berufsunfähigkeit, oder zur Vermeidung von Haft oder Abschiebung.
Aggravation	Betonung bzw. übertriebene Darstellung einer vorhandenen Störung zu bestimmten, klar erkennbaren Zwecken. Das subjektive Erleben entspricht in abgeschwächter Weise den geklagten Beschwerden, der Alltag ist weniger beeinträchtigt als die Beschwerdedarstellung glauben machen soll.	bewusst	absichtlich	Wie bei Simulation, aber mit gewissem „aufrichtigem Kern“.
Dissimulation	Im Vergleich zum subjektiven Erleben verbal und/oder nonverbal geringere bzw. abgeschwächte Darstellung von Beschwerden. Dissimulation kommt im Rahmen einer unbewussten Verdrängung von Befunden, aber auch als bewusst gesteuerte Täuschung vor.	teils bewusst, teils unbewusst	überwiegend absichtlich	Verschweigen von „Stimmenhören“ im Rahmen einer Schizophrenie, langes „Nichtbemerken“ eines Tumors, heruntergespielte Vorerkrankungen

Verdeutlichungs-tendenz	Übertriebene Darstellung tatsächlich vorhandener, subjektiv belastender Beschwerden, in der Regel, um auch die Außenwelt (Angehörige, Ärzte, auch Gutachter) vom eigenen Leiden zu überzeugen. Verdeutlichungstendenzen zeigen verbale und nonverbale Anteile sowie kulturelle Gradienten und werden auch von der Haltung des Gegenübers beeinflusst.	überwiegend unbewusst	überwiegend absichtlich	Übertrieben erscheinende Darstellung von Beschwerden nach wiederholten, oft enttäuschenden Arztwechseln, um die eigene Not glaubwürdiger erscheinen zu lassen und das Interesse des Arztes zu wecken.
Artifizielle Störung	Erzeugen oder Vortäuschen von Symptomen körperlicher und/oder psychischer Erkrankungen. Häufiges Ziel: Erlangung einer Behandlung. Es besteht keine äußere, bewusste Motivation (DD Simulation). Die Befundmanipulation erfolgt aber heimlich und zu einem gewissen Grade absichtlich, wenngleich bei Vorliegen dissoziativer Zustände von einer absichtlichen Handlung nicht mehr ausgegangen werden kann.	unbewusst	überwiegend absichtlich	Wiederholte Aufnahme in Kliniken bei nicht heilenden Wunden durch Selbstbeibringung von Fäkalkeim-Besiedlung, Strangulation von Gliedmaßen
Funktionelle (bzw. somatoforme) Körperbeschwerden	Tatsächlich erlebtes subjektives Leiden und Beunruhigung durch nicht (hinreichend) objektivierbare Körperbeschwerden. Die Beschwerden führen in allen Lebensbereichen zu konsistenten Beeinträchtigungen.	unbewusst	unabsichtlich	Schwindel, Erschöpfung, Schmerzen u.v.m. in Stress- oder Konfliktsituationen

24. Prävention

(„prevent“)

- KKP** Durch eine allgemeine Förderung protektiver Faktoren und die Reduktion von Risikofaktoren soll das Auftreten funktioneller Körperbeschwerden verhindert werden („Primärprävention“). Primärpräventive Maßnahmen der Verhaltens- ebenso wie der Verhältnisprävention finden im Wesentlichen vor Auftreten erster Beschwerden bzw. vor ersten Arztbesuchen und damit außerhalb des Medizinsystems statt, z. B. Kurse zur gesunden Lebensführung und Ernährung, Gesundheitssport, Führungsschulung in Betrieben, Familienhilfen; [🔗 KE 2](#) (**starker Konsens**).
- KKP** Als eine zentrale ärztliche und psychotherapeutische Aufgabe sollen Risikopatienten (z. B. Patienten mit häufigen Arztwechseln, Befürchtungen, Schonverhalten und beginnenden Beeinträchtigungen im Alltag) früh identifiziert werden und einen adäquaten Umgang erfahren, um eine Verschlimmerung der Beschwerden bzw. des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens und damit eine Chronifizierung zu verhindern (Sekundär-, aber auch Quartärprävention) (**starker Konsens**).
- KKP** Manifest Erkrankte (z. B. Patienten mit relevanten Komorbiditäten oder Behinderungen, längerfristigen Arbeits- oder Berufsunfähigkeiten) sollen stufenadaptiert begleitet werden, um den Umgang mit bestehenden Einschränkungen zu verbessern und weitere zu verhindern (Tertiär-, aber auch Quartärprävention) (**starker Konsens**).

Der Prävention von funktionellen Körperbeschwerden kommt bereits früh im Behandlungsverlauf eine besondere Bedeutung zu, um sowohl das Auftreten als auch eine spätere Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Durch eine allgemeine Förderung protektiver Faktoren und die Reduktion von Risikofaktoren soll das Auftreten funktioneller Körperbeschwerden verhindert werden („Primärprävention“). Primärpräventive Maßnahmen der Verhaltens- ebenso wie der Verhältnisprävention finden im Wesentlichen vor Auftreten erster Beschwerden bzw. vor ersten Arztbesuchen und damit außerhalb des Medizinsystems statt, z. B. Kurse zur gesunden Lebensführung und Ernährung, Gesundheitssport, Führungsschulung in Betrieben, Familienhilfen; [🔗 KE 2](#).

Unter **Primärprävention** versteht man alle Maßnahmen und Verhaltensweisen, die geeignet sind, gesundheitsschädigendes Verhalten oder das Auftreten einer Krankheit zu verhindern bzw. ihre Entstehung zu verlangsamen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Pandve 2014, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017). Wie bei den meisten Erkrankungen findet Primärprävention bei funktionellen Körperbeschwerden im Wesentlichen außerhalb des Medizinsystems statt, also in Familien, Betrieben, Gemeinden usw. Primärpräventive Maßnahmen gegen

funktionelle Körperbeschwerden (die ja VOR deren erstem Auftreten greifen sollen) sind daher überwiegend gesellschafts- und gesundheitspolitische, weniger ärztliche Aufgaben und nur am Rande Gegenstand dieser Leitlinie.

Aufgrund der multifaktoriellen Genese von funktionellen Körperbeschwerden und deren unterschiedlicher Ausprägung sind spezifische Empfehlungen für eine Primärprävention funktioneller Körperbeschwerden nur eingeschränkt möglich. Dementsprechend ist auch die Evidenzlage für spezifische Empfehlungen zur Prävention funktioneller Körperbeschwerden schwach, nicht zuletzt, weil nur unzureichende oder sehr allgemeine Kenntnisse über die Ätiologie und Pathogenese dieser Beschwerden und Syndrome existieren (*siehe Abb. 1 in Empfehlung 1*). Allgemeine gesundheitsfördernde Maßnahmen und eine gesunde Lebensführung (Bewegung, Sport, Ernährung, ausreichender Schlaf etc.) wirken sich dabei allgemein positiv auf die Gesundheit und die Lebensqualität aus und können grundsätzlich als primärpräventiv empfohlen werden (*siehe auch Empfehlung 15*). Auch die Wirkung von speziellen Programmen zur Stressreduktion konnte in Studien nachgewiesen werden (Jensen et al. 2015). Geeignete primärpräventive Angebote werden z. B. vom Gesundheitsministerium, von den Krankenkassen sowie von privaten Initiativen oder von Betrieben angeboten („Mit dem Rad zur Arbeit“, „IN FORM“, „Lauf dich fit“, „psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“, Aktion „BrotZeit“ für ein gesundes Schulfrühstück, u.v.m.; *siehe auch KE 2*). Der Spitzenverband der Krankenkassen in Deutschland hat auf einer Internetseite eine Übersicht an Präventionsangeboten der jeweiligen Krankenkassen (Handlungsfelder: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum) online zur Verfügung gestellt (https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp).

Darüber hinaus kann angenommen werden, dass eine Verringerung biographischer Stressoren die Auftretenswahrscheinlichkeit funktioneller Körperbeschwerden erniedrigt. Die Eindämmung insbesondere von Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit, aber auch von kriegerischen Auseinandersetzungen, Armut und Flucht sind (durchaus globale und gewaltige) gesellschaftspolitische Aufgaben zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Konkrete, lokale, aber durchaus wirksame Maßnahmen können z. B. die Entsendung von begleitenden Hebammen oder Erziehungshelfern in konfliktreiche oder gewalttätige Familien, die Förderung von Frauenhäusern oder Opferschutzprogramme sein. Für Kinder von Eltern mit somatoformen Störungen konnte ganz konkret eine intergenerationelle Transmission von dysfunktionalen Gesundheitsüberzeugungen und somatisierendem Krankheitsverhalten nachgewiesen werden (Craig et al. 2002, Craig et al. 2004, Marshall et al. 2007, Schulte und Petermann 2011; *siehe auch Empfehlung 7*). Es wurde daher vorgeschlagen, Eltern mit funktionellen Körperbeschwerden zu schulen, um das Risiko einer Weitergabe ungünstiger gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen an die nächste Generation zu minimieren (Hotopf 2004).

In einer spanischen randomisiert kontrollierten Studie wurde bei 104 Gesunden in der Primärversorgung ein psychoedukatives Gruppenprogramm zur Primärprävention somatoformer Störungen (n = 52) im Vergleich zu einer Gruppe ohne diese Intervention

(n = 52) untersucht. Das Gruppenprogramm bestand aus 5 Sitzungen à 120 Minuten und wurde von einem Allgemeinarzt mit spezifischer Qualifikation in Psychotherapie und Gruppentherapie unter Supervision eines Psychiaters durchgeführt. Nach 3 und 6 Monaten sowie nach 5 Jahren zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe einen signifikanten Rückgang hypochondrischer Ängste und somatischer Krankheitsattributionen und einen Anstieg psychologischer und normalisierender Attributionen sowie der internalen Kontrollüberzeugung. Nach fünf Jahren fand sich bezüglich der Prävalenz somatoformer Störungen kein Unterschied zwischen den Gruppen. In der Interventionsgruppe zeigte sich jedoch im Vergleich zur Kontrollgruppe ein Rückgang in der Gesamtprävalenz psychischer Störungen, sowie in den Depressions- und Angst-Subskalen. Das Gruppenprogramm zur Primärprävention von Somatisierung erwies sich also als nützlich, Angst und Depression vorzubeugen, nicht aber somatoforme Störungen (Garcia-Campayo et al. 2010).

Als eine zentrale ärztliche und psychotherapeutische Aufgabe sollen Risikopatienten (z. B. Patienten mit häufigen Arztwechseln, Befürchtungen, Schonverhalten und beginnenden Beeinträchtigungen im Alltag) früh identifiziert werden und einen adäquaten Umgang erfahren, um eine Verschlimmerung der Beschwerden bzw. des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens und damit eine Chronifizierung zu verhindern (Sekundär-, aber auch Quartärprävention). Manifest Erkrankte (z. B. Patienten mit relevanten Komorbiditäten oder Behinderungen, längerfristigen Arbeits- oder Berufsunfähigkeiten) sollen stufenadaptiert begleitet werden, um den Umgang mit bestehenden Einschränkungen zu verbessern und weitere zu verhindern (Tertiär- aber auch Quartärprävention).

Wenn bereits erste Anzeichen oder Beschwerden vorhanden sind, und die Patientin (zum ersten Mal) mit dem Medizinsystem Kontakt aufnimmt und eine Ärztin aufsucht, kommt die **Sekundärprävention** zum Zuge. Sie soll eine Verschlimmerung oder ein Wiederauftreten verhindern und der Chronifizierung einer Erkrankung entgegenwirken. Neben einigen auch innerhalb des Medizinsystems gültigen primärpräventiven Maßnahmen zur Stärkung von protektiven und Reduktion von Risikofaktoren spielen ganz allgemein Früherkennungsmaßnahmen, z. B. Vorsorgeuntersuchungen (wie die kinderärztlichen U-Screenings) oder Gesundheits-Checks, im Falle funktioneller Körperbeschwerden vor allem aber ein zurückhaltender, wohl überlegter Umgang mit diagnostischen Untersuchungen, Diagnosen, Therapien, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eine wichtige Rolle (Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Pandve 2014, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017). Insbesondere bedeutet das bei notwendigen apparativen und laborchemischen Diagnostik systematisch (im Hinblick auf Indikation, Nutzen und Risiken wohlüberlegt und gezielt), gestuft und nicht redundant vorzugehen. Der Umgang mit Überweisungen sollte ebenfalls wohlüberlegt und so gestaltet werden, dass sich der Patient nicht weggeschickt fühlt, sondern dass Spezialisten zusätzlich mit "ins Boot"

geholt werden und gleichzeitig die kontinuierliche Begleitung durch den Primärbehandler bestehen bleibt.

Bei bereits symptomatisch gewordenen Erkrankungen mit zum Teil schon eingetretenen Behinderungen spielen **Maßnahmen der Tertiärprävention** eine wichtige Rolle, um das Ausmaß einer Behinderung und den Umgang mit dieser günstig zu beeinflussen. Ziel ist es, eine Verschlechterung der Symptomatik und bleibende Funktionsverluste zu verhüten (Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Pandve 2014, Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017). Tertiärpräventive Maßnahmen spielen eine wichtige Rolle in (teil-)stationären und rehabilitativen Behandlungsangeboten, die in der Regel multimodal aufgebaut sind und eine individualisierte und auf den jeweiligen Beschwerdekomples bzw. das jeweilige Syndrom orientierte Therapie anbieten. Bei funktionellen Körperbeschwerden stehen auch hier ein bewältigungsorientierter, selbstwirksamer Umgang mit den Beschwerden und ein Verhindern (zusätzlicher) iatrogener Chronifizierung im Vordergrund.

Der noch wenig verbreitete Begriff der **Quartärprävention** meint das Verhindern von ungeeigneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ("nil nocere"), z. B. durch einen zurückhaltenden, wohl überlegten Umgang mit diagnostischen Untersuchungen, Therapien (v.a. invasiven und medikamentösen), Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie die Vergabe von Verlegenheitsdiagnosen bzw. unpassenden diagnostischen Labels. Patienten sollen vor Überdiagnostik und Übermedikation geschützt und ihnen stattdessen adäquate und akzeptable Interventionen vorgeschlagen werden (Starfield et al. 2008, Pandve 2014, Bae und Jamouille 2016; *siehe Empfehlung 8*).

Für einzelne chronische Erkrankungen konnte in systematischen Reviews ein kleiner bis moderater Effekt von sekundär- und tertiärpräventiven Selbsthilfe-Programmen gezeigt werden (z. B. HbA1c- oder Blutdrucksenkung bei Patienten mit Diabetes oder Anfallshäufigkeit bei Asthmatikern) (Warsi et al. 2004). Auch für einzelne funktionelle Syndrome/Erkrankungen (z. B. nicht-spezifischer Kreuzschmerz) wurden entsprechende präventive Empfehlungen etabliert und untersucht (Kennedy et al. 2013). Zu präventiven Maßnahmen bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen gibt es die meisten Studien (Bigos et al. 2009, Choi et al. 2010, Oesch et al. 2010, van Middelkoop et al. 2011, Del Pozo-Cruz et al. 2012, Schaafsma et al. 2013, Holden et al. 2014). Entsprechende konkrete Empfehlungen zur Sekundär- und Tertiärprävention (z. B. zu körperlicher Bewegung zur Prävention erneuter Schmerzepisoden und zum Vorbeugen von Arbeitsunfähigkeit verbunden mit entsprechender Edukation über die biopsychosoziale Entstehung und den Verlauf) finden sich in der Nationalen Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ (Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017).

In nationalen und internationalen Leitlinien zum Chronic Fatigue Syndrom und zur Fibromyalgie finden sich, mutmaßlich aus einführend genannten Gründen, keine spezifischen Empfehlungen zur Prävention (International Association for Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (IACFS/ME) 2012; S3-Leitlinie Fibromyalgie). Eine aktuelle schottische Studie zur Prävention von „chronic widespread pain“ im Rahmen

eines Fibromyalgiesyndroms mit Hilfe von telefonisch durchgeführter kognitiver Verhaltenstherapie ist bisher nicht abgeschlossen (Macfarlane et al. 2016). Auch in der Leitlinie zur „Definition Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Reizdarmsyndroms“ (derzeit in Überarbeitung) finden sich keine allgemeinen oder ernährungsbezogenen präventiven Empfehlungen (Layer et al. 2011).

In einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie aus England wurde untersucht, wie sich „self-management support“, also die strukturierte Unterstützung von Behandlern, Patienten zu helfen mit ihrer (chronischen) Krankheit im Alltag besser umgehen zu können, und dadurch eine aktive(re) Rolle in der Krankheitsbewältigung zu bekommen, auf den Krankheitsverlauf auswirkt. In die Studie konnten neben anderen chronischen Erkrankungen (Diabetes und COPD) auch 1419 Patienten mit Reizdarm-Syndrom eingeschlossen werden. Praxen, in denen Programme für „self-management support“ etabliert wurden („WISE: whole system informing self management engagement“, also Schulungen bezüglich einem spezifischen Patienten-Assessment und die entsprechende Etablierung in den Praxisalltag, Selbsthilfe-Literatur, entsprechende Gemeinde-Angebote, Internet-Angebote, bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom auch entsprechender Zugang zu psychologischer Unterstützung etc.), wurden mit Praxen verglichen, die eine Routine-Behandlung/Begleitung der Patienten durchführten („wait-list“). Zwischen den beiden Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied im Hinblick auf den Outcome der Patienten gezeigt werden (Kennedy et al. 2013).

Alle in dieser Leitlinie zusammengetragenen Handlungsempfehlungen (z. B. zu einer reflektierten Diagnostik und einer adäquaten, akzeptablen, bewältigungsorientierten Therapie mit einem günstigen Nutzen-Risiko) können in einem weiteren Sinne als Maßnahmen der Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention gewertet werden (Starfield et al. 2008).