

# S 3 Leitlinie

## Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

### SCHLÜSSELEMPFEHLUNGEN

#### Teilnehmende Fachgesellschaften und Verbände:



Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (*federführend*)  
(Mandatsträger: Peter Henningsen)



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



Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) (*federführend*)  
(Mandatsträger: Peter Henningsen)



Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO)  
(Mandatsträgerin: Astrid Marek)



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



Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)/ AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin  
(Mandatsträger: Dirk Rösing)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)  
(Mandatsträger: Volker Arolt)



Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) / AK Psychologie und Psychosomatik  
(Mandatsträgerin: Anne Wolowski)



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) (Mandatsträger: Marcus Schiltenwolf)



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



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) (Mandatsträger: Hubert Mönnikes)



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



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



Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (Mandatsträger: Wolfgang Eich)

Schlüsselempfehlungen



**Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)**  
(Mandatsträger: Gerd Rudolf)



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



**Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)** (Mandatsträger: Ulrich Schultz-Venrath)



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



**Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)**  
(Mandatsträgerin: Heide Glaesmer)



**Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)**  
(Mandatsträger: Uwe Gieler)



**Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)**  
(Mandatsträger: Winfried Rief)



**Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI)**  
(Mandatsträger: Uwe Gieler)



**Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)**  
(Mandatsträgerin: Alexandra Martin)



**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)**  
(Mandatsträgerin: Kirsten Mönkemöller)



**Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP)**  
(Mandatsträgerin: Caroline Herr)



**Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM)**  
(Mandatsträger: Wolfgang Deetjen)



**Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)**  
(Mandatsträger: Dennis Nowak)



**Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)**  
(Mandatsträger: Jürgen Matzat)

**Steuerungsgruppe/ Redaktion:**

Constanze Hausteiner-Wiehle, Rainer Schäfert, Winfried Häuser, Markus Herrmann, Joram Ronel, Heribert Sattel und Peter Henningsen

**Weitere Autoren und Berater:**

Gudrun Schneider, Michael Noll-Hussong, Claas Lahmann, Martin Sack, Emil Brodski, Ina Kopp

**Externe Experten:**

Nina Sauer, Antonius Schneider, Bernhard Arnold

**Vorbemerkungen:**

## Zum Inhalt:

In dieser Leitlinie werden unter der Mitwirkung *verschiedenster Fächer* Informationen und Handlungsanweisungen für eine *Vielzahl unterschiedlicher Beschwerden* und Syndrome, und das auch noch *für die verschiedenen Versorgungsebenen* und dabei *„psychosoziale“ ebenso wie somatische“ Fächer* gegeben. Dieses Vorhaben setzt zwingend voraus, dass die Leitlinie zwar viele Querverweise zu spezielleren Quellen (v.a. deutsche Leitlinien zu speziellen funktionellen Syndromen und somatoformen Störungen) bietet, selbst viele Themen aber nur „oberflächlich“ streift (z.B. Syndrom-spezifische Pharmakotherapie und Psychotherapie). Die Mitwirkenden sind sich darüber im Klaren, dass viele Definitionen und Grenzziehungen (etwa „somatisch“ versus „psychosozial“, „psychotherapeutisch“ versus „somatotherapeutisch“, oder „schulmedizinisch“ versus „komplementärmedizinisch“), mit denen ja oft auch Zuständigkeiten bzw. „claims“ begründet werden, gerade bei der Thematik „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ problematisch sind. Natürlich gibt es spezifische Diagnose- oder Therapieverfahren, die den dafür ausgebildeten Spezialisten vorbehalten sein sollten. Zu starke Polarisierungen und Zuständigkeitsgerangel führen aber häufig dazu, dass genuin *ärztliche* Aufgaben (wie die umfassende Anamnese, die Gesprächsführung, die Beratung hinsichtlich einer gesunden Lebensführung etc.) gar nicht mehr als wesentlicher Aufgabe *aller Disziplinen* betrachtet werden - obwohl sie doch gerade für die hier besprochene Patientengruppe von zentraler Bedeutung sind. Berufspolitische Abgrenzungen (nach dem Motto: Wem „gehört“ das Chronische Müdigkeitssyndrom? Wer „darf“ bestimmte Gesprächsinterventionen durchführen?) und damit mögliche spezielle Anliegen der beteiligten Fachgesellschaften werden deshalb hier nur in den seltensten Fällen thematisiert. Dafür liegt der Schwerpunkt auf der angestrebten Aufwertung basaler (und dadurch vielleicht manchmal banal erscheinender) Regeln für das ärztliche Handeln, die bei Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden die zentralen, oft sogar die einzig nötigen Interventionen darstellen – vielleicht auch, weil gerade diese Patienten besonders viele negative Vorerfahrungen im Gesundheitswesen haben.

Die Patientenzielgruppe dieser Leitlinie umfasst die in der Praxis aller medizinischen Disziplinen relativ große Gruppe von erwachsenen Patienten mit anhaltenden nicht-spezifischen, funktionellen bzw. somatoformen Körperbeschwerden. Kinder und Jugendliche, sowie Patienten mit klar definierten, hinreichend organisch begründeten Erkrankungen der jeweiligen Fachgebiete stellen keine Zielgruppen dar. (Obwohl die Leitlinie im Epidemiologie-Kapitel bereits kurz auch auf nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen eingeht, um die Behandler von Erwachsenen für die biographische Bedeutung des Themas zu sensibilisieren, wäre eine separate Leitlinie für Kinder und Jugendliche sinnvoll.)

Die Leitlinie soll also Standards für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschland setzen und ihre Anwender bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen unterstützen. Allerdings sollten Diagnostik und Behandlung, insbesondere Psychotherapie, immer individualisiert erfolgen und können bzw. sollen nicht vollends standardisiert werden. Letztendlich bleibt die diagnostische und therapeutische Verantwortung daher beim Behandler selbst. Darüber hinaus unterliegt die Medizin einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben dieser Leitlinie jeweils nur dem Wissensstand zur Zeit ihrer Entstehung entsprechen. Daher bitten wir, im Interesse der fortlaufenden Verbesserung der Empfehlungen, Fragen oder Anregungen der Steuerungsgruppe mitzuteilen.

## Zum Format:

Vor allem im Interesse der Lesbarkeit und der Kürze dieser Leitlinien verwenden wir

- trotz des weitaus häufigeren Auftretens nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bei Frauen ausschließlich geschlechtsneutrale oder männliche Formen.
- als Adressaten überwiegend, aber keinesfalls ausschließlich Ärzte oder – allgemeiner – „Behandler“.
- die Bezeichnung „somatische Fachmedizin“ für alle „somatischen“ Fächer einschließlich der Zahnmedizin ohne hausärztliche und psychosoziale Fächer.
- die Bezeichnung „psychosoziale Fächer“ für die Psychosomatische Medizin, die Psychiatrie, die ärztliche (auch fachgebundene!) und psychologische Psychotherapie.

- Wo hilfreich oder erforderlich, sind den Statements und Empfehlungen in der Langfassung Kommentare, teilweise auch Abbildungen, nachgeordnet. Das zugehörige Gesamtliteraturverzeichnis befindet sich am Ende des Dokuments.
- Einigen Empfehlungen folgen, sowohl in der Kurz- als auch in der Langfassung, konkrete Tipps für die Umsetzung in der Praxis.

**Symbole :**



„Yellow flag“: Risikofaktor für ungünstigen Verlauf



„Red flag“: Warnsignal bezüglich eines abwendbar gefährlichen Verlaufs



Protektiver, günstiger prognostischer Faktor

**Empfehlungsgrade:**

↑↑ A Starke Empfehlung („soll bzw. soll NICHT gemacht werden“)

↑ B Empfehlung („sollte bzw. sollte NICHT gemacht werden“)

↔ 0 Offene Empfehlung („kann gemacht werden“)

„Starker Konsens“ steht für eine Zustimmungsrate von über 95%, Konsens für eine Zustimmungsrate zwischen 75 und 95%.

**Wichtige Abkürzungen (siehe Langfassung)**

Die Steuerungsgruppe, die Mandatsträger und alle Autoren und Berater haben das © Urheberrecht an der Leitlinie, dem Leitlinienreport und weiteren der Leitlinie zugeordneten Materialien. Die AWMF erhält mit dem Einreichen der Leitlinie durch die Fachgesellschaften ein Nutzungsrecht für die elektronische Publikation im Informationssystem "AWMF online". Kommentare willkommen: [www.funktionell.net](http://www.funktionell.net)

## SCHLÜSSELEMPFEHLUNGEN

**Statement 11:** Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind häufig (Evidenzgrad: 1b).

Im Überblick sind etwa

- 4-10% in der **Bevölkerung**
- und etwa 20% in der **hausärztlichen Praxis** betroffen.
- In **spezialisierten Settings**, wie etwa in somatischen Spezialambulanzen und –praxen, muss von einem noch höheren Anteil (bis etwa 50%) ausgegangen werden.
- Bei Patienten in der **psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung** sind funktionelle bzw. somatoforme Körperbeschwerden extrem häufig (bis >70%), als *Hauptdiagnosen* (zugunsten von Depressionen oder Angst-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen) aber eher *unterrepräsentiert*.

*Starker Konsens*

**Statement 26: Haltung, Denk- und Verhaltensweisen** und die **Behandler-Patient-Beziehung** beeinflussen das Gelingen der *Diagnostik* ebenso wie das Gelingen der *Therapie* und spielen bei der **Aufrechterhaltung und Chronifizierung** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden vermutlich eine entscheidende Rolle (Evidenzgrad: 4).

*Starker Konsens*

**Empfehlung 36:** Soweit vom Patienten angenommen, hat sich eine **partnerschaftliche** (statt paternalistische) **Gesprächsführung** bewährt, die eine gute Kommunikationsbasis zwischen Patient und Behandler herstellt. Dabei sollen die **Beschwerden als gemeinsam zu erklärendes Phänomen** verstanden werden. Dem Patienten soll angeboten werden, **Entscheidungen** nach entsprechender Information **gemeinsam** zu treffen („**Partizipative Entscheidungsfindung**“ (PEF)/ **“Shared decision making**“ (SDM)) (Evidenzgrad: 2b).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 43:** Der Behandler sollte dem Patienten eine **positive Beschreibung der Beschwerden** (z.B. „körperlicher Stress“, „nicht-spezifisch“, „funktionell“,) anbieten, aber KEINE Begriffe und Terminologien verwenden, die die **Beschwerden verharmlosen** (z.B. „Sie haben nichts“), **unbewiesene Ätiologieannahmen suggerieren** („vegetative Dystonie“) oder den Betroffenen **stigmatisieren** (z.B. „Koryphäen-Killer“, „Simulant“, „Morbus Bosporus“, „Doktor-(S)Hopper“, „schwieriger Patient“, „Rentenneurotiker“, oder „Hysteriker“) (Evidenzgrad: 3b).

**Empfehlungsgrad: ↑B**


*Starker Konsens*

**Empfehlung 45: Befundbesprechungen sind Schlüsselstellen** am Übergang von der Diagnostik zur Therapie. Sie sollten in verständlicher Sprache erfolgen. Sie sollten die Beschwerden im Sinne einer **Rückversicherung** („Normalisierung“) **erklären** und den Patienten **beruhigen**. Auch hier ist es nützlich, Metaphern des Patienten bzw. aus dem Volksmund aufzugreifen oder Teufelskreis-Modelle, Modelle der Stressphysiologie etc. einzusetzen. Nützlich kann auch der Hinweis sein, dass der Patient mit seinen Beschwerden und Erfahrungen nicht alleine ist („Universalität des Leidens“) (Evidenzgrad: 4).

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*


**Empfehlung 53:** Die diagnostische Vorgehensweise sollte – angepasst an das klinische Bild, das Versorgungssetting und die zeitlichen Ressourcen – **systematisch, gestuft, verantwortlich begrenzt, nicht redundant und zeitlich gestrafft sowie mit dem Patienten vorbesprochen** sein (Evidenzgrad: 4).

 Unnötiger Aktionismus sollte vermieden werden!

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 54:** Die Diagnostik soll als **Parallel- bzw. Simultandiagnostik somatischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren** erfolgen, ggf. unter (konsiliarischer) Hinzuziehung weiterer fachärztlicher und/oder psychotherapeutischer Kompetenz entsprechend der Leitsymptomatik (Evidenzgrad: 1b):

 Das **Abwarten der somatischen Ausschlussdiagnostik** trotz des Vorliegens (auch nur geringfügiger) Hinweise auf psychosoziale Belastungen ist **kontraindiziert!**


**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 59:** Die Anamnese soll durch **aktives Fragen nach begleitenden Beschwerden** frühzeitig **über das Leitsymptom hinaus erweitert** werden, ggf. durch das systematische Abfragen der einzelnen Organsysteme (Evidenzgrad: 2b).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

 **Empfehlung 62:** Bei *allen* Patienten mit Körperbeschwerden als Leitsymptom sollte – unabhängig von Ätiologie und Schweregrad – **bereits im Rahmen des Erstkontakts** nach **der aktuellen Funktionsfähigkeit im Alltag** und dem **psychischen Befinden** gefragt werden (Evidenzgrad: 2b).

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 66:** Beim Vorliegen von **ersten Hinweisen auf unmittelbare psychosoziale Belastungen oder funktionelle Beeinträchtigungen** sollten diese **frühzeitig, in jedem Fall aber vor Abschluss der somatischen Differenzialdiagnostik, genauer erfragt** werden, z.B. mithilfe von Screeningfragen.

**KKP**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 82:** Eine angemessene Organdiagnostik, ggf. auch (fach-)spezifische Diagnostik, ist bei entsprechender Symptomkonstellation notwendig. Patienten sollten aber **vor unnötigen** und ggf. **schädigenden** (weil den Patienten auf somatische Ursachen fixierenden, aber auch mit anderen Risiken und Nebenwirkungen behafteten) diagnostischen Maßnahmen **geschützt** werden („Quartärprävention“) (Evidenzgrad: 5).

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 83:** Basale medizinisch-diagnostische Maßnahmen, vor allem **sorgfältige körperliche Untersuchungen** sollten in der hausärztlichen bzw. somatischen (und möglichst auch in der psychosomatisch-psychiatrischen) Versorgung **in regelmäßigen Abständen** wiederholt werden, besonders bei länger anhaltenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. So können Änderungen der Symptomatik (einschließlich körperlicher Folgeschäden wie Fixierung von Fehlhaltungen, Einsteifen geschonter Gelenke, Kontrakturen; starke Gewichtsab- bzw. zunahme) erfasst, dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Ernstgenommen-Werden vermittelt und idealerweise auf aufwändige apparative Untersuchungen verzichtet werden (Evidenzgrad: 5).



**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 84:** Darüber hinaus gehende **somatische (v.a. apparative) Untersuchungen** sollen gut **begründet**, im Voraus entkatastrophisierend **angekündigt** (unter Verweis auf die Unwahrscheinlichkeit eines pathologischen Befunds) und mit dem Patienten **besprochen** werden (Transparenz). Idealerweise soll ein **Endpunkt der somatischen Diagnostik** festgelegt und von Seiten des Arztes möglichst eingehalten werden (Evidenzgrad: 1b).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**


*Starker Konsens*

**Empfehlung 87:** Die **Schwere des Verlaufs** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden soll anhand einer Reihe **klinischer Charakteristika** („yellow flags“ ) unter Beachtung von **Warnsignalen für gefährliche Verläufe** („red flags“ ) **wiederholt eingeschätzt** werden (spätestens alle 3 Monate, bei einzelnen funktionellen Beschwerden schon früher; Evidenzgrad: 2b).

Bei **neu auftretenden Symptomen** sollte deren klinische Relevanz sorgfältig abgewogen werden. Ggf. sollte die **somatische ebenso wie die psychosoziale Diagnostik entsprechend angepasst bzw. erweitert** werden.

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*


Orientierungshilfe zu wichtigen „Yellow flags“ : **Klinische Charakteristika leichter und schwerer Verlaufsformen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (fließende Übergänge, keine zwingenden Kriterien)

<b>Kriterium/ Verlauf</b>	<b>Für einen leichteren Verlauf sprechen....</b>	<b>Für einen schwereren Verlauf sprechen...</b>
<b>Anzahl der Beschwerden</b>	eine oder wenige Beschwerden (mono-/ oligosymptomatischer Verlauf)	<b>mehrere Beschwerden</b> (polysymptomatischer Verlauf)

Schlüsselempfehlungen

<b>Häufigkeit/ Dauer der Beschwerden</b>	selten bzw. kurz (längere beschwerdefreie Intervalle)	<b>häufig bzw. anhaltend (ohne oder nur mit seltenen/kurzen beschwerdefreien Intervallen)</b>
<b>Annahmen/ Verhaltensweisen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit</b>	weitgehend adäquat, z.B. angemessenes Inanspruchnahmeverhalten	<b>dysfunktional, z.B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Angst, hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- und Vermeidungsverhalten</b>
<b>Funktionelle Beeinträchtigung</b>	weitgehend normale Funktionsfähigkeit „Befinden“ entspricht weitgehend dem „Befund“	<b>deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; Arbeitsunfähigkeit &gt; ca. 4 Wochen, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, evtl. körperliche Folgeschäden</b>
<b>Psychosoziale (evtl. auch biographische) Belastung</b>	gering (z.B. weitgehend normale Stimmung und Lebensqualität oder nur kurzzeitige Belastung)	<b>mäßig bis hoch (z.B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte)</b>
<b>Psychische Komorbidität</b>	keine relevante psychische Komorbidität	<b>häufig (v.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, PTSD)</b>
<b>Behandler-Patient-Beziehung</b>	weitgehend unkompliziert	<b>(von beiden) als „schwierig“ erlebt</b>


Modifiziert nach Kirmayer und Robbins, 1991; Smith & Dwamena 2007, Henningsen et. al., 2007

“Red flags“ : Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe

Suizidalität
Besonders schwere psychische Komorbidität: z.B. schwere depressive Entwicklung (majore depressive Episode); Angstsymptomatik, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt
Hinweise auf ernstes selbstschädigendes und/ oder iatrogen schädigendes Verhalten
Schwerste Ausprägung der Beschwerden und körperlicher Folgeschäden: Fixierung von Fehlhaltungen, Einsteifen geschonter Gelenke, Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit
Auftreten bekannter Warnsignale somatisch definierter Erkrankungen (siehe Leitlinien somatischer Fächer)



**S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001):  
Schlüsselempfehlungen**

“Green flags“ : Mögliche protektive bzw. prognostisch günstige Faktoren




Aktive Bewältigungsstrategien (z.B. körperliches Training, positive Lebenseinstellung, Motivation für Psychotherapie)
Gesunde Lebensführung (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung)
Sichere Bindungen
Soziale Unterstützung
Gute Arbeitsbedingungen
Gelingende Behandler-Patient-Beziehungen
Biopsychosozialer, entkatastrophisierender Ansatz der Behandler unter Vermeidung unnötiger Diagnostik
Frei zugängliches, aber dennoch auf Selbstverantwortung und Prävention setzendes Gesundheitssystem

**Empfehlung 92:** Die Behandlung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin **sollte schweregradgestuft** (d.h. mittels Basis- und ggf. erweiterten Maßnahmen) auf der Grundlage der „**Psychosomatischen Grundversorgung**“ erfolgen.

Für spezifische Empfehlungen zu einzelnen funktionellen Syndromen siehe spezielle LL, z.B. S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“, Reizdarmsyndrom“ und „chronischer Unterbauchschmerz der Frau“ sowie die NVL „Kreuzschmerz“.

**KKP**

*Konsens*

 **Empfehlung 94:** Nach einer Behandlungsdauer von etwa 3 Monaten (bei manchen Beschwerden auch schon früher) sollte eine Reevaluierung der Beschwerden, eine **erneute Beurteilung der Schwere des Verlaufs**   und ggf. eine **Modifikation der Behandlung** vorgenommen werden (z.B. Hinzuziehen weiterer somatischer bzw. psychosozialer Fachleute, Einleitung von fachgebundener oder Fachpsychotherapie, stationäre Weiterdiagnostik und -behandlung, Rehabilitationsmaßnahmen) (Evidenzgrad: 2b).

**Empfehlungsgrad: ↑ B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 95:** Die **hausärztliche** und ggf. auch fachärztlich-somatische **Betreuung** stellt bei der Mehrheit der Patienten mit leichteren nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden die **zentrale**, in der Praxis häufig auch die **einzig praktikable** Behandlung dar (Evidenzgrad: 2b). Sie sollte idealerweise von Kollegen mit ausreichenden Kenntnissen in psychosomatischer Grundversorgung durchgeführt werden.

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 96:** Die weiter oben gegebenen Empfehlungen zu **Haltung, Gesprächsführung, Behandler-Patient-Beziehung und Praxisorganisation** sollen eingehalten werden, denn sie haben auch therapeutische Wirkung!

Wesentlich sind die **Beratung**, ggf. längerfristige **Begleitung** einschließlich einer angemessenen **Versicherung und Beruhigung** des Patienten, dass ein gefährlicher Verlauf höchst unwahrscheinlich ist (Entkatastrophisieren) und ungeeignete Untersuchungen unterbleiben sollten (Evidenzgrad: 2b).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 97:** **Therapieziele** sollen **zusammen erarbeitet** werden und **konkret und realistisch sein** („wieder einkaufen gehen können“). Auch **Therapiemaßnahmen** sollen **gemeinsam festgelegt** werden („shared decision making“) (Evidenzgrad: 2b).

Dabei soll dem Patienten die **Bedeutung seiner Mitarbeit und Eigenverantwortung** sowie eine Ermunterung zu einer angemessenen **körperlichen und sozialen Aktivierung** vermittelt werden (Evidenzgrad: 4).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 99:** **Medikamente** (z.B. zur Regulation von kardialen Funktionsstörungen, symptomorientierte medikamentöse Therapie bei Reizdarmsyndrom, zur Schmerzlinderung, zur Behandlung psychischer Beschwerden etc.; für Details siehe spezielle Leitlinien zu funktionellen somatischen Syndromen) sollten **nach kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung** und nur dann eingesetzt werden, wenn die Einnahme **zeitlich begrenzt** ist und ihr Ziel, also die **Symptomlinderung**, dem Patienten angemessen erklärt wird. Die Therapie ist bezüglich ihres Nutzens (Reduktion von Beschwerden und Beeinträchtigungen) und ihrer unerwünschten Wirkungen **kontinuierlich zu überprüfen**.

**KKP**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 100:** Mit der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit **sollte kritisch und zurückhaltend** umgegangen und frühzeitig auch auf unerwünschte Aspekte einer Arbeitsunfähigkeit hingewiesen werden, indem die **Vorteile** der Krankenrolle (Schonung, Entlastung) klar ihren **Nachteilen** (Vermeidung, weitere Schwächung durch Schonung, „Arbeitsunfähigkeitsfalle“) gegenübergestellt werden

Schlüsselempfehlungen

(Evidenzgrad: 4-5). Bei leichteren Verläufen kann 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 Behandlungcompliance zu fördern.

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 101:** Die hausärztliche bzw. somatisch-fachärztliche Betreuung stellt auch bei **schwereren Verläufen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden das **zentrale Behandlungselement** dar. Hierbei sollte jedoch auf eine **stärkere Strukturierung des Settings** (vor allem auf regelmäßige, zeitlich begrenzte Termine) und **der Inhalte** geachtet werden (Evidenzgrad: 2a).

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 105:** Der primär verantwortliche Hausarzt bzw. somatische Facharzt sollte die **Einbeziehung weiterer Behandlungen planen und koordinieren** (Evidenzgrad: 2). Dabei sollte sichergestellt werden, dass ein **gemeinsames, abgestimmtes Behandlungskonzept** (z.B. was die diagnostische Zuordnung, die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits- oder anderen Bescheinigungen und die wichtigsten Therapiestrategien einschließlich der Medikation) angewandt wird. Dies ist am ehesten möglich auf der Grundlage der Richtlinien der psychosomatischen Grundversorgung (Evidenzgrad: 3b).

**Empfehlungsgrad: ↑B**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 106: Körperliche bzw. sportliche Aktivierung** (z.B. aerobes Ausdauertraining, aktive Formen von Physiotherapie) stellen für die Mehrheit schwerer verlaufender nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden **zentrale Behandlungsaspekte** dar. Sie sollen **gut vorbereitet** und durch **anhaltende Motivation begleitet** werden, **gestuft** erfolgen (also mit langsam ansteigendem Schweregrad) und **mit Erholungsphasen abgewechselt** werden (Evidenzgrad: 2b).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 109:** Als wesentliches Therapieelement soll bei schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden frühzeitig eine **fachpsychotherapeutische Mitbehandlung** erfolgen, die vorher mit dem Patienten **gut organisiert** sowie **behutsam vor- und nachbesprochen** werden soll (Evidenzgrad: 1b). Bei mangelnder Verfügbarkeit können – z.B. in Regionen mit zu wenigen Fachpsychotherapeuten – **fachgebundene Psychotherapie (idealerweise durch den primär behandelnden (Haus-)Arzt)** oder auch eine **(teil-)stationäre Behandlung** (in deren Rahmen ein strukturierter Behandlungsplan bis hin zur multimodalen Behandlung oft besser realisierbar ist) erfolgen (Evidenzgrad: 4).

**Empfehlungsgrad: ↑↑A**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 111a:** Bei schwerer verlaufenden **schmerz-dominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. Fibromyalgiesyndrom) mit und *ohne* begleitendes depressives Syndrom sind **Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen** moderat wirksam (Evidenzgrad: 1a) und können im Rahmen eines auf die Art und Schwere der individuellen Beeinträchtigung des Patienten abgestimmten Gesamtbehandlungsplans gegeben werden.  
**Empfehlungsgrad: ↑↑A** *Konsens*

**Empfehlung 111b:** Bei schwerer verlaufenden **nicht schmerz-dominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. chronisches Müdigkeitssyndrom) sollte eine zusätzliche, zeitlich begrenzte Gabe von Antidepressiva nur bei relevanter psychischer Komorbidität erfolgen (Evidenzgrad: 2a).  
**Empfehlungsgrad: ↑B** *Starker Konsens*

**Empfehlung 116:** Psychotherapeutische Interventionen sollten **störungsorientiert** (d.h. in erster Linie Beschwerde- bzw. Körperorientiert), **ressourcenorientiert**, **schweregradgestuft**, und in enger Zusammenarbeit mit dem primär betreuenden Haus- bzw. somatischen Facharzt erfolgen.  
**KKP** *Starker Konsens*

**Empfehlung 119:** Nach etwa 3 Monaten sollten der bisherige Therapiefortschritt **evaluiert** und ggf. der **Behandlungsplan** in Rücksprache mit dem Patienten und dem primär behandelnden (Haus-)Arzt **angepasst** werden (z.B. im Hinblick auf therapeutische Zusatzmaßnahmen, Weglassen bestimmter Interventionen oder eine stationäre Behandlung).  
**Empfehlungsgrad: ↑B** *Starker Konsens*

**Empfehlung 120a:** Patienten mit *leichter* verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden als alleiniger Symptomatik sollten nach Möglichkeit vom **primär behandelnden Haus- bzw. somatischen Facharzt** betreut werden. Eine externe **psychosomatische/ psychiatrische/ psychologische** Mitbehandlung kommt unter bestimmten Umständen dennoch in Betracht, z.B. wenn ein expliziter Wunsch des Patienten nach Aufarbeitung psychosozialer Hintergründe seiner Körperbeschwerden besteht oder wenn die Körperbeschwerden *Nebenbefunde* darstellen (z.B. im Rahmen einer Depression als Hauptdiagnose).  
**KKP** *Starker Konsens*

**Empfehlung 121:** Psychotherapie bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte **körper- und ressourcenorientiert** sowie **kontextbezogen**, v.a. **unter Einbeziehung von Komorbidität, Soziallage und Arbeitsfähigkeit** erfolgen. Vor allem **initial** sollte dabei eine therapeutische **Orientierung am körperlichen Symptom** und seiner **Bewältigung** sowie an der **Art des Erklärungsmodells** erfolgen, auf **Interpretationen von Zusammenhängen mit psychosozialen Bedingungsfaktoren** aber **verzichtet** werden. Erst später, wenn sich hierzu eine Indikation ergibt und der Patient dazu bereit ist, sollte eine - sekundärpräventive - **Orientierung an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren** einschließlich **biographischer** und **Persönlichkeitsfaktoren** erfolgen.

KKP

Starker Konsens

**Empfehlung 123:** Als erwiesenermaßen wirksame Therapiemethode für schwerer verlaufende nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (mit Effektstärken überwiegend im niedrigen bis mittleren Bereich) soll **spezifische Fachpsychotherapie** durchgeführt werden (siehe LL "Psychotherapie somatoformer Störungen") (Evidenzgrad: 1a). Alternativ kann - vor allem in Regionen mit zu wenigen Fachpsychotherapeuten - **fachgebundene Psychotherapie** erfolgen, **idealerweise durch den primär behandelnden (Haus-)Arzt** (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

**Empfehlung 129a:** Bei schwerer verlaufenden **schmerzdominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. Rücken-, Bauch-, Nacken-, Kiefergelenksschmerzen und Fibromyalgie-Syndrom) soll – unabhängig von einer psychischen Komorbidität – eine **zusätzliche, zeitlich befristete** Gabe von **Antidepressiva** erfolgen (Evidenzgrad: 1a). Es gibt allerdings keine ausreichende Datenlage für die Langzeitwirkung von Antidepressiva bzw. für die differentielle Wirksamkeit einzelner Antidepressiva-Typen.

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

**Empfehlung 129b:** Bei schwerer verlaufenden **nicht schmerz-dominanten** nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (z.B. chronisches Müdigkeitssyndrom) sollte eine **zusätzliche, zeitlich befristete** Gabe von **Antidepressiva nur bei relevanter psychischer Komorbidität** erfolgen (Evidenzgrad: 2a).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

**Empfehlung 134:** Folgende **Haltungen, Denk- und Verhaltensweisen** sollten VERMIEDEN werden:


- Ein eigenes **dualistisches** oder **hierarchisches Erklärungsmodell**: „Entweder-Oder-Modell“; „körperliche Erkrankungen sind wichtiger/ gefährlicher als psychische“, „Krank ist nur, wer entsprechende somatische Befunde aufweist“.
- **Bewertung unklarer Beschwerden als illegitim** („*Sie haben nichts*“), was die Betroffenen eher zur Betonung als zur Aufgabe der Beschwerden antreibt (Verdeutlichungstendenz).
- Interpretation einer Klage über Körperbeschwerden als **„Widerstand“ oder Ausdruck mangelnder Motivation**.
- **Einseitige „Somatisierung“** (Nicht-Einbeziehung psychosozialer Umstände und Beschwerden) bzw. **einseitige „Psychologisierung“** (mangelnde Einbeziehen des Körpers, mangelnde Flexibilität im Umgang mit somatischen Behandlungswünschen eines Patienten insbesondere in der Initialphase der Therapie).
- **Verunsicherung oder sogar Katastrophisieren** bei der **Bewertung von Beschwerden und Befunden**, teilweise auch Überinterpretation von (Bagatell-) Befunden („Wenn Sie sich nicht operieren lassen, landen Sie im Rollstuhl“).
- Verwendung einer unklaren, unbewiesene Ätiologieannahmen suggerierenden oder stigmatisierenden **Terminologie**.
- Einseitige paternalistische oder ausschließlich informative **Gesprächsführung** und **Entscheidungsfindung**.
- **Mangelndes Vertrauen in eigene „psychologische“ Fähigkeiten** und Angst, durch „problematische“ Fragen nach persönlichen Problemen die „Büchse der Pandora“ zu öffnen und dann die Kontrolle zu verlieren oder mit unangenehmen Gefühlen konfrontiert zu werden. (Kann/ darf der „Somatiker“ psychosoziale Zusammenhänge überhaupt ansprechen? Wie kann er auch „psychologisch“ helfen? Wie vermittelt man emotionale Unterstützung?)
- **Erwartung von „psychological mindedness“** und **Einsicht in lebensgeschichtliche Zusammenhänge** als Voraussetzung für eine Psychotherapie.
- **Ungeeignetes Setting** (viele kurze, beschwerdegesteuerte, spontane anstatt etwas weniger, längere, nicht beschwerdegesteuerte und vorgeplante Termine).
- **Ungeklärte „Zuständigkeiten“** und **mangelnde Zusammenarbeit mit Kollegen** (sowohl der Somatiker mit den Psychosomatikern/ Psychiatern /Psychologen als auch umgekehrt).

KKP

Starker Konsens

**Empfehlung 135:** Folgende **Fehler beim diagnostischen Vorgehen** sollten VERMIEDEN werden:

- **Mangelnde psychosoziale Diagnostik:**
- fehlende Sensibilität gegenüber psychosozialen Zusammenhängen
- Übersehen einer funktionellen bzw. somatoformen Störung oder komorbider psychischer Störungen
- Übersehen sozialmedizinischer Aspekte (Krankengeld, ALG II, Rentenbegehren) und anderer Formen positiver Aspekte der Krankenrolle (sekundärer Krankheitsgewinn)
- fehlende, zu späte oder unzureichend vor- oder nachbereitete Überweisung zur psychosozialen Diagnostik und Therapie

- **Mangelnde somatische Basisdiagnostik:**
  - Verzicht auf regelmäßige körperliche Untersuchungen und Basislabor
  - Unterlassen basaler differenzialdiagnostisch wichtiger Untersuchungen (z.B. Abklärung einer Kohlenhydrat-Malassimilation bei Durchfall)
  - Nicht-Berücksichtigung nicht-psychologischer Faktoren, welche die Beschwerden beeinflussen können, z. B. Ernährung oder Temperatur
  - fehlende Beachtung von Änderungen der Symptomatik im Verlauf
  - **Unnötige oder sogar schädliche Überdiagnostik:**
  - unangemessene (quantitativ und/ oder qualitativ) Labor- und Bilddiagnostik
  - unnötige invasive Untersuchungen
  - redundante Untersuchungen
  - Überbewertung bzw. Fehlinterpretation von nicht-spezifischen somatischen Befunden, Zufalls-/ Bagatell/ Teilbefunden und Normvarianten
-  CAVE: Viele organmedizinische Untersuchungen werden nicht auf Grund hartnäckiger Forderungen der Patienten eingeleitet, sondern auf Initiative des Arztes!
- unangemessene psychosoziale Diagnostik (z.B. unqualifizierte Traumaexploration mit Gefahr der Retraumatisierung)

**KKP**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 136:** Folgende häufige **allgemeine therapeutische Fehler** sollten VERMIEDEN werden:

- **zu späte Einleitung einer adäquaten Therapie**
- **mangelnde Behandlungsplanung**
- Nichtberücksichtigung von Leitlinien
- **ungenügende Einbeziehung des Patienten** (z.B. Nichtberücksichtigung seiner eigenen Ursachen- oder Zielvorstellungen; keine gemeinsame Evaluation von Behandlungseffekten und Zielerreichung; zu wenig Eigenverantwortung des Patienten)
- starker Einsatz von **Maßnahmen, die ein monokausales Krankheitsmodell** oder **die Passivität fördern** (z.B. Massagen) und den Patienten in der Krankenrolle halten
- Veranlassen oder Zulassen **nicht indizierter, potenziell schädlicher Therapien** (z.B. Pharmaka, Operationen)
- die Bescheinigung einer **Arbeitsunfähigkeit (AU) für länger als 14 Tage sowie wiederholte, dicht aufeinander folgende AU-Bescheinigungen**
- **mangelnde Anpassung** der Therapie an die **spezifischen Bedingungsfaktoren** der Beschwerdekonstellation des Patienten bzw. an **ausbleibende Therapieerfolge**
- **zu langes Warten** (> 3 Monate), bevor der Patient bei ausbleibender Besserung der Symptomatik einer psychosozialen/ multidisziplinären Mitbeurteilung und Mitbehandlung zugeführt wird

- **fehlender Überweisungsauftrag/ unzureichende Fragestellung:** z.B. „fachfremde Erkrankung“/ „Erkrankung im Fachgebiet“

**KKP**

*Starker Konsens*

**Empfehlung 137:** Folgende Fehler bei der **Pharmakotherapie** sollten VERMIEDEN werden:

- Verordnung von Medikamenten **außerhalb eines Gesamtbehandlungsplans**
- unzureichende analgetische Behandlung von **Akutschmerzen**
- **schmerzkontingenter** Medikamenten-Einsatz „nach Bedarf“ (v.a. bei Analgetika)
- **Befördern von Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit durch** unkritisches Verschreibungsverhalten, v.a. von Opioiden oder Benzodiazepinen
- Verordnung von **Neuroleptika**, z.B. als „Wochen-/ Aufbauspritze“
- alleinige und länger dauernde Verordnung von **Psychopharmaka ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung**

**KKP**

*Starker Konsens*

**Statement 140:** Bei der **Rehabilitation** von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sind die entscheidenden Ziele:

- **Verbesserung von Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit,**
- **Verhindern von (weiterer) Chronifizierung.**

**Andere Ziele wie das Erreichen von Beschwerdefreiheit oder die eindeutige Klärung der Beschwerdeätiologie sind sekundär!**

*Starker Konsens*