

S 3 Leitlinie

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

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

SÄMTLICHE STATEMENTS UND EMPFEHLUNGEN OHNE HINTERGRUNDKOMMENTARE UND QUELLEN

Teilnehmende Fachgesellschaften und Verbände:



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



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



Deutsche 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 Schiltenswolf)



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)

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

Sämtliche Statements und Empfehlungen ohne Hintergrundkommentare und Quellen



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



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



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 (DGSMP) (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.

Legende der verwendeten Symbole:

- ⇒ Querverweis innerhalb dieser Leitlinie
- ↻ Querverweis auf *externe* Quellen, z.B. andere Leitlinien
-  „Yellow flag“: Risikofaktor für ungünstigen Verlauf
-  „Red flag“: Warnsignal bezüglich eines abwendbar gefährlichen Verlaufs
-  Protektiver, günstiger prognostischer Faktor
- 12.** Schlüsselaussage bzw. Schlüsselempfehlung (roter Rahmen)

Erläuterung der 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

Gliederung

1. **Ziele**
2. **Anwenderzielgruppen**
3. **Patientenzielgruppen und Positionierung gegenüber anderen Leitlinien**
4. **Übersicht der in der Leitlinie behandelten Fragen und Probleme**
5. **Begriffe, Ätiologie, Epidemiologie und Versorgungssituation**
 - 5.1. *Begriffe*
 - 5.2. *Ätiologie*
 - 5.3. *Allgemeine Epidemiologie*
 - 5.4. *Geschlechtsspezifische Aspekte*
 - 5.5. *Spezielle Altersgruppen*
 - 5.6. *Soziale Position und Bildung*
 - 5.7. *Interkulturelle Aspekte*
 - 5.8. *Versorgungssituation*
 - 5.9. *Forschungsdefizite*
6. **Grundlagen und Voraussetzungen für die Behandlung**
 - 6.1. *Haltung, Denk- und Verhaltensweisen, Behandler-Patient-Beziehung*
 - 6.2. *Gesprächsführung*
 - 6.3. *Praxisorganisation*
 - 6.4. *Forschungsdefizite*
7. **Diagnostisches Prozedere**
 - 7.1. *Anamneseerhebung*
 - 7.2. *Basis-Anamnese der körperlichen Beschwerden*
 - 7.3. *Basis-Anamnese von Funktionsfähigkeit und psychosozialer Belastung*
 - 7.4. *Basis-Anamnese von Annahmen und Verhaltensweisen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit*
 - 7.5. *Erweiterte psychosoziale Anamnese: Beschwerdekontext*
 - 7.6. *Erweiterte psychosoziale Anamnese: Diagnostische Hilfsmittel*
 - 7.7. *Somatische Diagnostik*
 - 7.8. *Prognose, klinische Charakteristika leichterer versus schwererer Verlaufsformen und Diagnoseverschlüsselung*
 - 7.9. *Forschungsdefizite*
 - 7.10. *Diagnostik-Algorithmus*
8. **Therapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden**
 - 8.1. *Therapeutisches Prozedere in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin*
 - 8.1.1. *Therapeutische Basis-Maßnahmen*
 - 8.1.2. *Zusätzliche therapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen*
 - 8.1.3. *Forschungsdefizite*
 - 8.2. *Störungsorientierte Fach- oder fachgebundene Psychotherapie*
 - 8.2.1. *Psychotherapeutische Basis- Maßnahmen*
 - 8.2.2. *Zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen*
 - 8.2.3. *Forschungsdefizite*
 - 8.3. *Therapie-Algorithmus*
9. **Häufige Fehler und obsoleete Maßnahmen**
10. **Präventive, rehabilitative und sozialrechtliche Aspekte**
 - 10.1. *Prävention*
 - 10.2. *Rehabilitation*
 - 10.3. *Sozialrecht*
 - 10.4. *Forschungsdefizite*
11. **Ethische Aspekte**

1. Ziele

Statement 1. Somatisch nicht hinreichend erklärte, so genannte nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden sind in der Medizin häufig, aber oft schwer einzuordnen. Patienten sind oftmals frustriert und verunsichert, da sie unter den Beschwerden zum Teil erheblich leiden, es aber scheinbar keine Erklärung bzw. Behandlung für sie gibt, und Behandler befürchten, eine ernsthafte somatische Erkrankung zu übersehen.

Die wichtigsten **konkreten Ziele** dieser Leitlinie sind deshalb

- die Einführung **allgemeiner Kriterien** zur Erkennung schwererer Krankheitsverläufe,
- die Vermittlung **praxisrelevanter diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen** für alle Behandlergruppen, die mit Betroffenen in den verschiedenen Versorgungssettings zu tun haben, unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Einstellung, des Verhaltens, der Behandler-Patient-Beziehung und der Kooperation mit anderen Behandlern,
- die **Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung** in Diagnostik und Behandlung,
- die **Verbesserung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit** betroffener Patienten.

Übergeordnete Ziele sind eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen einerseits und des gesellschaftlichen Verständnisses von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden andererseits, vor allem durch

- Förderung eines **biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit**,
- aber auch durch eine **Verbesserung der Position der fehlerhaft behandelten Patienten**, da die Leitlinie aufgrund der fachübergreifenden Konsensbildung Standards setzt und auch eine gewisse **rechtlich relevante Verbindlichkeit** erlangt.

Starker Konsens

2. Anwenderzielgruppen

Statement 2. Diese Leitlinie richtet sich in erster Linie an **Angehörige aller Gesundheitsberufe** vor allem im ärztlichen, aber auch im nicht-ärztlichen Bereich, und darüber hinaus an **Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker** und **-ökonom**en.

Starker Konsens

3. Patientenzielgruppen und Positionierung gegenüber anderen Leitlinien

Statement 3a: Jedes Fachgebiet beschreibt eigene, nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden und Syndrome: In den psychosozialen Fächern werden sie als „somatoforme Störungen“, also als psychische Störungen nach ICD-10 bezeichnet, in der somatischen Medizin als bestimmte „funktionelle Syndrome“; in der Allgemeinmedizin werden überwiegend sog. „Symptom-Diagnosen“ (nach der Logik der ICPC-2) vergeben. Eine Übersicht über alle von den an dieser Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften als relevant erachteten Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder bietet ⇒Tabelle 3.1.

Starker Konsens

Statement 3b: Diese Leitlinie befasst sich überwiegend mit den **Gemeinsamkeiten** und weniger mit den Unterschieden der verschiedenen Manifestationen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden. Sie versteht sich als **fachübergreifende Leitlinie** für die *gesamte Medizin*, d.h. für die hausärztliche Versorgung, die somatischen Fachmedizin einschließlich der Zahnmedizin und für die psychosozialen Fächer. Für Empfehlungen zu *einzelnen Beschwerden, speziellen funktionellen Syndromen* und zu den *einzelnen somatoformen Subdiagnosen* verweist sie auf einschlägige aktuelle Leitlinien (⇒Tabelle 3.2 der Langfassung).

Starker Konsens

Tabelle 3.1: Klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedenen Fachdisziplinen, auf die sich diese Leitlinie bezieht (Angaben der Mandatsträger der mitwirkenden Fachgesellschaften)

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

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

Sämtliche Statements und Empfehlungen ohne Hintergrundkommentare und Quellen

	<p>Atembeklemmungen, Druckgefühl/Beklemmungsgefühl/Stiche in der Herzgegend; Atmungsstörungen z. B. Hyperventilieren; Globusgefühl, Dysphagie, retrosternale Schmerzen</p> <p>Nervensystem und Sinnesorgane: Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl, Flüsterstimme oder Stimmverlust, Sinnestäuschungen, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Doppelbilder, Ohrgeräusche, Verlust des Hörvermögens, Krampfanfälle, Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit, ticartige Erscheinungen</p> <p>Muskuloskeletta: Arthritische Beschwerden, Wirbelsäulen-Syndrome, Verkrampfungen, Verspannungen.</p> <p>Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation: Kopf- oder Gesichtsschmerzen, muskuloskeletale Schmerzen (Rücken, Arme oder Beine, Gelenke), organbezogene Schmerzen (Magen-/ Darm, Brust)</p>
<p>Allgemeine Innere Medizin Gastroenterologie Kardiologie Pulmonologie Rheumatologie</p>	<p>Reizmagen/Reizdarm-Syndrom Chronische Müdigkeit/ Chronic Fatigue Syndrome Fibromyalgie-Syndrom Atypischer Brustschmerz Mitralklappenprolaps Hyperventilationssyndrom Post-Lyme (Borreliose)-Syndrom Candida-Hypersensitivitäts-Syndrom (Golfkriegssyndrom)</p>
Neurologie	<p>(Spannungs-) Kopfschmerz Atypischer Gesichtsschmerz Nicht-epileptische („psychogene“) Anfälle Schwindel Psychogene Bewegungsstörungen</p>
Orthopädie und Schmerztherapie	<p>Rückenschmerzen Nackenschmerzen /Schleudertrauma) Fibromyalgie-Syndrom/ Ganzkörperschmerzen/ „Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen“ Schmerzen nach Operation</p>
Arbeits- und Umweltmedizin	<p>Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS) Elektro-Hypersensitivität Sick building syndrome Amalgamüberempfindlichkeit Beschwerden, die auf Expositionen mit Holzschutzmitteln, Lösungsmitteln, Insektiziden und Schwermetallen bezogen werden Arbeitsplatzbezogene Schulter- und Rückenschmerzen</p>
Gynäkologie und Geburtshilfe	<p>Chronischer Unterbauchschmerz der Frau Vulvodynie Chronischer vaginaler Pruritus/ chronischer vaginaler Fluor Dysmenorrhoe Dyspareunie</p>
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	<p>psychogene Hörstörung (Tinnitus)* psychogener Schwindel psychogene Aphonie psychogener Globus, psychogenes Räuspern oder Husten Glossodynie Körperdysmorphie Störung psychogene (pseudoallergische) Reaktionen</p>
Urologie und Sexualmedizin	<p>Psychogene Blasenentleerungsstörung Psychogener Harnverhalt Reizblase, Enuresis diurna et nocturna im Erwachsenenalter Urethralyndrom (Frau) Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie (Frau) Interstitielle Zystitis (Frau) Rezidivneigung der Urethrozystitis (Frau) Chronischer Beckenschmerz/ Prostatodynie (CPSS) (Mann) Anogenitales Syndrom (Mann)</p>

**S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001):
Sämtliche Statements und Empfehlungen ohne Hintergrundkommentare und Quellen**

<p>Dermatologie Allergologie/Immunologie</p>	<p>Pseudo-Nahrungsmittelunverträglichkeiten Multiple Chemikalienunverträglichkeit (MCS) Somatoformer Juckreiz (Pruritus sin materia) Dysästhesien der Haut (z.B. Scalp Dysästhesie) somatoformer Haarausfall (diffuses Effluvium) Glossodynie (Zungenbrennen)</p>
<p>Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p>	<p>(Somatoforme) „Prothesenunverträglichkeit“ (Druck, Schmerz, Fremdkörpergefühl, Geschmacksveränderung, Veränderung des Speichelflusses ohne somatische Erklärung) Mundtrockenheit bzw. Glossodynie/Zungenbrennen/Burning Mouth Syndrom Atypischer bzw. idiopathischer Kopf- oder Gesichtsschmerz, „atypische Odontalgie“, muskuloskelettale Schmerzen Bruxismus, Craniomandibuläre Dysfunktion (Schmerzhafte Funktionsstörung der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur, Schmerzen) "Amalgam-Syndrom"/Amalgamüberempfindlichkeit, andere Unverträglichkeiten, z.B. von Zahnfüllmaterialien Schluckbeschwerden, psychogener Würgereiz, Übersteigerte Würgreaktionen Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Körperdysmorphie Störung)</p>

*Anmerkung der DGHNO: Tinnitus stellt ein Symptom unterschiedlicher Ursachen dar. Neben otogenen Ursachen müssen zusätzliche, außerhalb des Ohres gelegene Auslöser und Verstärkungsfaktoren individuell ermittelt oder ausgeschlossen werden. Wenn Tinnitus als besonders quälend und beeinträchtigend erlebt wird, kann er Ausdruck einer somatoformen, differenzialdiagnostisch auch depressiven, Angst- oder Anpassungsstörung) sein.

4. Übersicht der in der Leitlinie behandelten Fragen und Probleme

<i>Fragen und Probleme</i>	<i>Kapitel</i>
<p>Mit welchen Begriffen werden nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden beschrieben? Was sind Vor- und Nachteile möglicher Bezeichnungen? Was ist zur Ätiopathogenese nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bekannt? Wie häufig sind nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden? Welches sind besondere geschlechtsspezifische, altersspezifische, sozioökonomische oder interkulturelle Aspekte? Wie ist die aktuelle Versorgungssituation? Wie kann sie verbessert werden? Wie hoch sind die Kosten?</p>	6
<p>Welche Empfehlungen gibt es hinsichtlich allgemeiner Grundlagen und Voraussetzungen für die erfolgreiche Behandlung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (Haltung, Denk- und Verhaltensweisen, Behandler-Patient-Beziehung, Gesprächsführungstechniken und Praxisorganisation)?</p>	7
<p>Welches diagnostische Vorgehen wird empfohlen? Wie können leichtere von schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden unterschieden werden?</p>	8
<p>Welches therapeutische Vorgehen wird für Hausarzt- und somatische Fachmedizin bzw. für die Psychotherapie empfohlen?</p>	9
<p>Was sind häufige diagnostische und therapeutische Fehler?</p>	10
<p>Welche präventiven und welche rehabilitativen Optionen gibt es? Welche sozial- und haftungsrechtlichen Aspekte sind wichtig?</p>	11

Welche ethischen Aspekte sind zu beachten?	12
--	----

5. Begriffe, Ätiologie, Epidemiologie und Versorgungssituation

5.1. Begriffe

Statement 4a: „Medizinisch“ „organisch“ oder „somatisch nicht/ nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ sind körperliche Beschwerden, für die auch nach systematischer Abklärung keine *hinreichende* somatische Krankheitsursache gefunden wird. Der Nachweis zentralnervöser funktioneller oder struktureller Veränderungen ist mit dieser Bezeichnung jedoch vereinbar.

Starker Konsens

Statement 4b: Die häufigsten Erscheinungsformen somatisch nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden sind:

- **Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation**
- **Störungen von Organfunktionen** einschließlich so genannter vegetativer Beschwerden
- **Erschöpfung/ Müdigkeit.**

Starker Konsens

Statement 5: Der Begriff „**nicht-spezifische Körperbeschwerden**“ wird überwiegend in der Allgemeinmedizin verwendet. Er betont die (vorläufig, oft aber auch dauerhaft) fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden, mit denen Patienten ihre Ärzte, v.a. ihren Hausarzt, aufsuchen. Darüber hinaus soll er eine zu frühe diagnostische Etikettierung als „Krankheit“ v.a. in solchen Fällen verhindern, in denen die Beschwerden aufgrund fehlender Progredienz, fehlender Signalwirkung für eine somatische Erkrankung oder fehlender Beeinträchtigung von Lebensqualität oder Funktionsfähigkeit des Patienten keinen eigenen Krankheitswert besitzen.

Konsens

Statement 6: Der Begriff „**funktionell**“ deutet an, dass hier überwiegend die **Funktion** des aufgrund der Beschwerden **betroffenen Organ(system)s** (z.B. des Herzens bei Herzbeschwerden, des Darms bei Verdauungsstörungen) bzw. der **zentralnervösen Verarbeitung von Beschwerdewahrnehmungen** gestört ist. Der Begriff wird zum Teil auch so interpretiert, dass die Beschwerden eine **bestimmte Funktion** für den Organismus bzw. für die Person haben (z.B. Signal für Rückzug).

Starker Konsens

Statement 7: Eine **somatoforme Störung** im engeren Sinne, d.h. mit *Körperbeschwerden* als primärer Symptomatik, liegt nach ICD-10 (Abschnitt F „psychische Störungen; vergleichbare Klassifikation im DSM-IV) vor, wenn eine oder mehrere Körperbeschwerden, für die keine hinreichende somatische Krankheitsursache gefunden wird, über mindestens ein halbes Jahr persistieren und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen.

Zusätzlich in ICD-10 aufgeführte Charakteristika sind die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn doch somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Die derzeit noch gültigen Diagnosekonstrukte für somatoforme Störungen gelten als wenig praktikabel und wenig valide und werden gerade grundlegend diskutiert.

Starker Konsens

Statement 8: Der Begriff der „**Somatisierung**“ wird uneinheitlich gebraucht. Er sollte besser **deskriptiv** als in einem pathogenetischen (meist psychogenetischen) Sinne verwendet werden. Deskriptiv bietet er die Möglichkeit, die Bereitschaft zum verstärkten Erleben, zu einer vermehrten Darbietung und zu einer negativen Bewertung funktioneller Körperbeschwerden **dimensional** auszudrücken.

Starker Konsens

Statement 9: Im Gegensatz zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden setzen **Simulation** und **Aggravation** eine überwiegend **bewusste Täuschung** voraus. Der gemeinsame Nenner ist die Tatsache der nicht hinreichenden somatischen Erklärbarkeit; der Unterschied (auch im Hinblick auf gutachterliche Fragen!) ist die Aufrichtigkeit des subjektiven Beschwerdeerlebens. Aggravation und Simulation sind von der sehr häufigen (unbewussten) **Verdeutlichungstendenz** (Tendenz, die Symptompräsentation auszuweiten und die Beschwerden genauer darzulegen), soziopathischem Verhalten und artifiziellen Störungen abzugrenzen. **Der Nachweis von Simulation schließt die Diagnosen somatoformer und funktioneller Störungen aus!**

Starker Konsens

5.2. Ätiologie

Statement 10: Es gibt aktuell eine Reihe schlüssiger **ätiopathogenetischer Modelle** zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, von denen aber keines als bewiesen gelten kann. Alle diese Modelle gehen von **komplexen Wechselwirkungen** verschiedener **psychosozialer, biologischer, iatrogen/medizinsystemischer** und **soziokultureller Faktoren** aus

(multifaktorielle Genese), die bei Disposition, Auslösung und Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden eine Rolle spielen (⇒ Tabelle 6.2. Langfassung). Die Direktionalität und die Spezifität dieser Risikofaktoren bzw. ihre Abgrenzung als *ätiologische* bzw. *prognostische* Faktoren sind nicht abschließend geklärt.

Konsens

5.3. Allgemeine Epidemiologie

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

5.4. Geschlechtsspezifische Aspekte

Statement 12: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten bei Frauen und bei Männern auf. Frauen berichten aber häufiger darüber als Männer (**Geschlechterverhältnis ca. 1,5-3:1**) (Evidenzgrad: 2b). Als Ursachen für dieses Verhältnis werden v.a. **geschlechtsspezifische Unterschiede** in der **Assoziation mit psychischen Störungen** und **Traumata**, in der **Wahrnehmung, Verarbeitung, Interpretation und Kommunikation von Körperreizen**, in der Entwicklung von **Krankheits- und Gesundheitskonzepten und -verhalten**, auch in **unterschiedlichem Ansprechen auf verschiedene Therapieformen**, teilweise aber auch eine **unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen innerhalb des Gesundheitssystems** angenommen.

Starker Konsens

5.5. Spezielle Altersgruppen

Statement 13a: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden zeigen etwa ein Drittel der **Kinder und Jugendlichen**. Bei Kleinkindern finden sich am häufigsten **Bauchschmerzen**,

bei Schulkindern und Jugendlichen dominieren **Kopfschmerzen** vor Bauch- und Gliederschmerzen und anderen nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (Evidenzgrad: 2b). Der Übergang von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in eine somatoforme Störung wird von einer Vielzahl psychischer und sozialer Faktoren begünstigt: ungünstigen Bewältigungsprozessen (Katastrophisieren), Stressfaktoren im Alltag, komorbiden psychischen Störungen (Ängste, depressive Störungen, Bindungsstörungen, Schulphobie) und einer ungünstigen Behandler-Patient Interaktion (Evidenzgrad: 3b). Bei rechtzeitiger Diagnosestellung und adäquater Therapie ist die **Prognose** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen meist **günstig** (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Empfehlung 13b: Bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen sollte eine frühzeitige Betreuung durch ein interdisziplinäres pädiatrisches Team erfolgen. Patienten mit chronischem Kopfschmerz, funktionellem Bauchschmerz und juvenilem Schmerzverstärkungssyndrom (dieser Begriff wird in der Pädiatrie anstatt des Begriffs „(Juveniles) Fibromyalgie-Syndrom“ verwendet) sollten leitlinienorientiert behandelt werden (↔ S3-LL „Reizdarmsyndrom“, „Fibromyalgie-Syndrom; „Therapie idiopathischer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter““).

KKP

Starker Konsens

Statement 13c: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten bei **jüngeren und älteren Erwachsenen** auf. Die Datenlage lässt keine abschließende Aussage zu, ob sie bei älteren Menschen häufiger, seltener oder gleich häufig wie bei Jüngeren sind (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Empfehlung 13d: Auch wenn die diagnostische Abgrenzung aufgrund von **Multimorbidität** und einer **Multimedikation** komplexer und mit einer höheren Unsicherheit behaftet ist, sollte auch bei älteren Patienten an nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme **Beschwerden bzw. Beschwerdeanteile** gedacht werden (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

5.6. Soziale Position und Bildung

Statement 14: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden können bei Patienten **jeder Schicht und jedes Bildungsgrads** auftreten. Vor allem in Form von Schmerzen kommen sie aber bei **niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger** vor und nehmen einen **ungünstigeren Verlauf** (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

5.7. Interkulturelle Aspekte

Statement 15a: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten **in allen Kulturen** auf, unterscheiden sich aber hinsichtlich des **Beschwerdetypus**, der **Erklärungsmodelle**, der **Bedeutungszuschreibungen** und des **Ausdrucks**, bis hin zur Existenz „kulturgebundener Syndrome“, die praktisch nur innerhalb umschriebener Kulturen bekannt sind (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Statement 15b: **Ethnische Minderheiten** und **Flüchtlinge** berichten - wahrscheinlich teilweise aufgrund kultureller Unterschiede, vor allem aber aufgrund verstärkter psychosozialer Belastungen (Migration einschließlich Kommunikationsproblemen) - **häufiger** über nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

5.8. Versorgungssituation

Statement 16: Die **Dauer**, bis eine funktionelle oder somatoforme Störung **erkannt und eine spezifische Behandlung eingeleitet** wird, beträgt durchschnittlich 3-5 Jahre (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Statement 17: Bei Patienten mit schwereren Verläufen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden findet sich eine **relative niedrige störungsspezifische Behandlungsquote** von ca. **40%** bzw. eine relativ hohe „**Nicht-Versorgungsquote**“ von ca. **60%** (Evidenzgrad: 2c).

Starker Konsens

Statement 18: Ein Teil der Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, insbesondere Patienten mit psychischer Komorbidität, weist eine **hohe und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems** auf (Evidenzgrad: 3a).

Starker Konsens

Empfehlung 19: Die **Versorgung** von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte sowohl im **Bewusstsein der Behandler und der Patienten**

als auch bei der **fächerübergreifenden Zusammenarbeit** einen **biopsychosozialen Ansatz** verfolgen.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 20: Die Versorgung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte wie folgt **strukturiert** sein:

- **Kooperativ**, d.h. als enge **Kooperation zwischen Hausarzt und anderen Behandlern**, z.B. in Form einer psychiatrischen/ psychosomatischen Konsultation in der Hausarztpraxis in Gegenwart des Hausarztes (Evidenzgrad: 1b).
- **Strukturiert und koordiniert**, d.h. entlang eines **Behandlungsplans** (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsstärke: ↑B

Starker Konsens

Statement 21: *Hindernisse* für eine **adäquate Versorgung** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden können sein:

- **Mangelhafte Versorgungsstrukturen:** Zu wenige qualifizierte Behandler bzw. unzureichende Qualifikation von Haus- und Fachärzten sowie von Spezialisten der psychosozialen Fächer in der gemeinsamen (!) Behandlung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- **Kontraproduktive Entlohnung** im Medizinsystem: Vergütung für Krankheit, krankheitsbezogenes Verhalten und apparative Leistungen, fehlende bzw. unzureichende Vergütung für gesundes Verhalten, Gesprächsleistungen oder Vermeidung unnötiger Maßnahmen.
- **Allgemeine Hindernisse:**
- Inkonsistente und unscharfe **Terminologie** und **Klassifikation**;
- **gesellschaftliche Bewertung** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden als **illegitim** bzw. ungeeignete Unterscheidung von „körperlichen“ und „psychischen“ Erkrankungen;
- teilweise einseitige **„Psychologisierung“** und **„Psychiatisierung“** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden.

Konsens

Statement 22: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden verursachen derzeit **hohe Gesundheitskosten**:

- **Direkte Kosten** durch ambulante wie stationäre **Mehrfach- und Über-Diagnostik** sowie unangemessene Behandlungen (Evidenzgrad: 2b).
- **Indirekte Kosten** durch **Produktivitätsausfälle, längerfristige Arbeitsunfähigkeiten** und **vorzeitige Berentungen** (Datenlage aber noch unzureichend) (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Statement 23: Einzelne **Kosten-Nutzen-Analysen** verschiedener **therapeutischer Ansätze** (Einsatz von Antidepressiva, kognitiver Verhaltenstherapie, gestufte Aktivitätssteigerung, Trainings für Ärzte) geben erste Hinweise auf ihre günstige Kosten-Effektivität (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Statement 24: Durch die Anwendung der in dieser Leitlinie gegebenen Empfehlungen kann die **Ressourcenallokation störungsadäquater und kosteneffektiver** gesteuert, d.h. weniger für unnötige und möglicherweise schädliche somatische Maßnahmen und mehr für die psychosoziale Behandlung aufgewendet werden (Evidenzgrad: 5). Darüber hinaus ist eine Reduktion direkter wie indirekter Gesundheitskosten zu erwarten, vor allem durch eine **gezieltere Diagnostik, frühere Erkennung, pragmatischere, Lebensqualitäts-bezogene Therapie** sowie **Unterstützung beim Erhalt der Funktionen im (Arbeits-)Alltag**.

Konsens

5.9. Forschungsdefizite

Statement 25a: Eine kritische Diskussion und ggf. Revision der verwendeten **Begriffe** und **Klassifikationen** ist notwendig. Sie sollten

- für **Patienten und Behandler akzeptabel** sein,
- **biopsychosoziale Ätiologieannahmen und Behandlungskonzepte unterstützen**,
- eine **unnötige Pathologisierung** von Beschwerden durch ihre **vorschnelle Einordnung als Krankheit** verhindern,
- aber - v.a. bei schwereren Verläufen - sowohl eine **alleinige Diagnose** als auch eine **Zusatzdiagnose** zu anderen psychisch oder somatisch definierten Grunderkrankungen erlauben.

Starker Konsens

Statement 25b: Epidemiologische Studien sind bislang vor allem aufgrund heterogener Klassifikationskriterien schwer vergleichbar. Benötigt werden geeignete Studien, die Prävalenz und Verlauf eines **eindeutig definierten Phänotyps unter Berücksichtigung vieler Einflussgrößen** (einschließlich Alter, Geschlecht und soziokultureller Faktoren) untersuchen.

Starker Konsens

Statement 25c: Gestufte, kooperative und koordinierte **Versorgungsmodelle**, auch für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen, sollen **entwickelt, implementiert** und **evaluiert** werden. Für die

verschiedenen, auch kombinierten therapeutischen Ansätze sind Kosten-Effektivitäts-Analysen notwendig, die auch patientenbezogene Ergebnisvariablen (wie die Lebensqualität) berücksichtigen.

Starker Konsens

6. Grundlagen und Voraussetzungen für die Behandlung

6.1. *Haltung, Denk- und Verhaltensweisen und die Behandler-Patient-Beziehung*

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

Statement 27: Die **Behandler-Patient-Beziehung** wird vor allem bei Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden von den Behandlern **oft als schwierig erlebt** (Evidenzgrad: 2b).

Gleiches gilt auch für die Patientenseite, wo vor allem über verminderte Zufriedenheit berichtet wird (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Empfehlung 28: Fachliche Schulungen von Behandlern (**Hausarzt-orientierte Kurzinterventionen**), beeinflussen zwar nicht sicher die nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden selbst, wirken jedoch günstig auf die **Kompetenz des Behandlers** und verbessern die **Beziehungsqualität** zwischen Patient und Behandler (Evidenzgrad: 2b). Sie sollten zumindest dann durchgeführt werden, wenn die Behandler den Kontakt mit betroffenen Patienten häufig als unangenehm, unbefriedigend oder belastend erleben.

Empfehlungsgrad: ↑ B

Starker Konsens

Empfehlung 29: Insgesamt sollte vom Behandler eine **gelassene, empathische, aktiv-stützende, symptom- und bewältigungsorientierte Grundhaltung** eingenommen werden, um zunächst vor allem eine **tragfähige, partnerschaftliche Arbeitsbeziehung** aufzubauen. Eine solche Haltung erfordert sowohl **Einfühlung** als auch professionelle **Distanz**, sowohl **symptomorientierte/ biomedizinische** als auch **erlebens-/ verhaltensorientierte** Anteile (Evidenzgrad: 5).

Speziell in den psychosozialen Fächern sollte die therapeutische Haltung von **situativer „Stimmigkeit“** geprägt sein, also vom richtigen Maß aus Zurückhaltung und Echtheit („Nicht alles, was echt ist, will ich sagen, doch was ich sage, soll echt sein“; sog. „selektive Authentizität“).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 30: Konkret sollte der Behandler in seiner Haltung die **Balance** zwischen folgenden Polen wahren (vergl. auch ↻ Empfehlungen zur allgemeinen Grundhaltung zur effektiven Kommunikation im Gesundheitswesen):

- **Zuversicht vermitteln** –
aber hohe Ansprüche und Erwartungen relativieren;
Druck oder **Idealisierungen** seitens des Patienten **nicht übernehmen**.
- **Transparenz hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen vermitteln**
– *aber das Gespräch nicht bei medizinischen Themen bewenden lassen.*
- **Psychosoziale Aspekte erfragen, die mit der Beschwerdesymptomatik in Verbindung stehen könnten** – *aber die körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren.*
- **Dem Patienten die Beschwerden nicht absprechen**, sondern seine **subjektive Krankheitstheorie erfragen** und **daran anknüpfen** –
aber seine Erklärungsansätze nicht voreilig und unkritisch übernehmen.
- **Engagement und Verbindlichkeit zeigen** –
aber dem Impuls zu raschem Handeln nicht ohne Weiteres nachgeben.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 31: Eigene unangenehme **Gefühle** des Behandlers im Bezug auf **den Patienten** sowie **eigene dysfunktionale Motive** und **Verhaltensmuster** können kritisch **reflektiert** und ggf. (psycho-) therapeutisch **genutzt** werden (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsstärke: ↔ 0

Starker Konsens

Empfehlung 32: Der Behandler sollte vor allem seine eigene **Motivation** zur (erneuten) Diagnostik im Hinblick auf *reale Wahrscheinlichkeiten* **kritisch überprüfen** und **diagnostische Restunsicherheiten aushalten** (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 33: Der Behandler sollte seine **eigene Einstellung zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden** kritisch reflektieren und die Wissenschaftlichkeit seiner Erklärungsmodelle („Amalgam macht krank“, „Degenerative Wirbelsäulenveränderungen machen Rückenschmerzen“, „Alles Psycho“) kritisch hinterfragen. Er sollte *sowohl* körperliche Beschwerden systematisch erfassen, *als auch* frühzeitig psychosoziale Faktoren explorieren (ganzheitliche „**Sowohl-**

als-auch-Haltung“) (Evidenzgrad: 3b). Eine Einstellung nach dem Motto „wer nichts Somatisches hat, der hat nichts“ sollte vermieden werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 34: Soweit entsprechend der Anamnese, dem klinischen Befund, dem Basislabor und dem Fehlen von Warnsymptomen eine bedrohliche, sofort klärungs- und behandlungsbedürftige Krankheit unwahrscheinlich ist, sollte eine Haltung des **„abwartenden Offenhaltens“** (**“watchful waiting“**) anstelle einer sofortigen weitergehenden differenzialdiagnostischen Abklärung verfolgt werden. Diese Strategie führt bei Patienten erwiesenermaßen *nicht* zu einem Anstieg von Angst (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

6.2. Gesprächsführung

Statement 35: Die wesentlichen Ziele der Gesprächsführung sind:

- **Vermitteln von Verständnis** für die subjektive Sichtweise der Patienten, ein Vertrauensverhältnis bzw. Arbeitsbündnis schaffen („Sich verstanden fühlen“).
- **Anerkennen der Realität** der Beschwerden bei gleichzeitigem Thematisieren möglicher Auslösebedingungen und Einflussfaktoren aus dem Umfeld („Das Thema erweitern“).
- **Gemeinsames Erarbeiten psychophysiologischer Bedingungsmodelle** und möglicher **Handlungskonsequenzen** („Die Verbindung herstellen“).

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 37: Dem Gesprächspartner sollte verbal und nonverbal **Aufmerksamkeit und Interesse** gezeigt werden („**aktives Zuhören**“), z.B. durch: Blickkontakt, Schweigen, Hörersignale geben (nicken, „hmm“), abwarten, ausreden lassen, bestätigen, akzeptieren, wiederholen, zusammenfassen und nachfragen, ggf. auch mittels gezielter Unterbrechungen. Dabei sollte wiederholt die Bereitschaft zu einem **Arbeitsbündnis** signalisiert werden („Wir...“) (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 38: Als ersten Schritt der Gesprächsführung sollte sich der Behandler die Beschwerden **ausführlich und spontan** schildern lassen (Evidenzgrad: 4). Der Behandler sollte damit die **Beschwerden** und die mit ihnen verbundenen Beeinträchtigungen vorbehaltlos **anerkennen** („Annehmen der Beschwerdeklage“), d.h. vermeiden, die subjektive Patientenerfahrung anzuzweifeln und sie keinesfalls als „eingebildet“ abtun.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 39: V.a. zu Beginn der Anamnese sollten bevorzugt **offene Fragen** gestellt werden, die es dem Patienten überlassen, welche Aspekte er zuerst schildert. Sie fördern beim Patienten die Motivation zur Zusammenarbeit (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 40: Die Beschwerdeklage kann mit **Metaphern, Gedanken und Affekten angereichert** und in den **lebensweltlichen Kontext eingeordnet** werden. Dabei können Redewendungen aus dem Volksmund nützlich sein. Eine derartige „Übersetzung“ der Beschwerdeklage kann helfen, Lebenszusammenhänge der Beschwerden sowie Beeinflussungs- und Hilfsmöglichkeiten mit dem Patienten gemeinsam zu erkunden (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Empfehlung 41: Die **Gesprächsführung seitens des Behandlers** soll in Bezug auf psychosoziale Themen zunächst eher **beiläufig und indirekt** anstatt konfrontativ und frontal erfolgen, z.B. durch das Zulassen und Begleiten des Wechsels zwischen einer Thematisierung psychosozialer Belastungen und der Rückkehr zur Beschwerdeklage.

Hinweise auf emotionale und soziale Probleme und Bedürfnisse *seitens des Patienten* sollen **empathisch aufgegriffen** und zumindest kurz als **bedeutsam benannt** („markiert“, „gespiegelt“) werden (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 42: In bestimmten Fällen kann ein direkter **Hinweis zur Verdeutlichung von Widersprüchen** hilfreich sein. Dies wird umso besser gelingen, je tragfähiger das entwickelte Arbeitsbündnis ist (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

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 44: Der Behandler sollte sich durch **aktives Nachfragen und Zusammenfassen-Lassen** vergewissern, dass der Patient das Besprochene verstanden hat; selektive Aufmerksamkeit und idiosynkratische Kausalannahmen sind hier ebenso zu beachten wie Sprachverständnisprobleme und kognitive Leistungsdefizite. Es sollte sichergestellt werden, dass Beruhigung und Versicherung auch *gelungen* sind (Evidenzgrad: 4).

CAVE: Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden weisen oft eine lückenhafte und selektive Erinnerung für medizinische Informationen auf (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

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 46: Regelmäßige „Bilanzierungsdialoge“ („Status consultations“) (Durchführung s. Tab. 7.1. Langfassung) können erwogen werden um vor allem bei chronischen Verläufen Befunde in der Zusammenschau einzuordnen, die Diagnose zu bestätigen, Krankheitsverlauf, Behandlungsversuche und gesteckte Therapieziele zu überprüfen sowie vorhandene Ressourcen gezielt zu berücksichtigen (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

6.3. Praxisorganisation

Empfehlung 47: Der Hausarzt bzw. der primär behandelnde somatische Facharzt (z.B. der Gynäkologe als „Hausarzt der Frau“ oder bei entsprechenden Beschwerden der Zahnarzt) sollte bei der Versorgung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden die **wichtigen Funktionen** des Screenings, der psychosomatischen Grundversorgung, der Behandlungscoordination und ggf. der längerfristigen Begleitung übernehmen („**Gatekeeper-Funktion**“).

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 48: Vor allem bei schwereren Verläufen soll der Hausarzt bzw. der primär behandelnde somatische Facharzt – soweit möglich – eine gute **Kooperation mit Vor-/ Mitbehandlern, Konsiliarern und Kliniken** aufbauen, nicht zuletzt, um unnötige Mehrfachdiagnostik und -behandlung zu verhindern (Evidenzgrad: 1b):

- Mit den häufig beteiligten Kooperationspartnern (Internist, Neurologe/ Nervenarzt/ Psychiater, Physiotherapeut, Psychotherapeut, Orthopäde, Zahnarzt etc.) sollte ein **persönliches Netzwerk** aufgebaut und gepflegt werden, z.B. in Form eines themenzentrierten Qualitätszirkels.
- Innerhalb solcher Netzwerke soll eine Abstimmung eines **gemeinsamen Versorgungskonzeptes** erfolgen.
- Patienten-bezogene Kontaktaufnahmen sollten **stets mit diesen abgesprochen** sein.

Empfehlungsstärke: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 49: Vor allem bei schwereren Verläufen sollte die Betreuung von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden **teambezogen** sein:

- Die **Kommunikation mit dem Patienten** sollte **im gesamten Praxisteam abgesprochen** sein, z.B. wenn es darum geht, dem Patienten die Regeln der Praxis (z.B. zur Zeitstruktur) zu erläutern. Möglichst das gesamte Praxisteam sollte sich an der Kommunikation mit dem Patienten **aktiv** beteiligen.
- Durch wechselseitige Ergänzung und Unterstützung kann das **Praxisteam als Ressource** genutzt werden.
- Regelmäßige **Praxisteam-Besprechungen** über als schwierig erlebte Patienten tragen durch Information und Supervision bzw. wechselseitige Intervention zu einer **Entlastung** bei.
- Eine gute **Kooperation im Praxisteam**, aber auch im **Behandlernetzwerk**, ermöglicht es, eventuelle unangenehme Gefühle beim Umgang mit Patienten aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, besser zu verstehen und gemeinsam auszuhalten.

KKP

Starker Konsens (erster Punkt: mehrheitliche Zustimmung)

Empfehlung 50: An Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollten **regelmäßige** und **feste, zeitlich begrenzte**, aber NICHT

beschwerdegesteuerte **Termine** vergeben werden (Evidenzgrad: 2b). Zeitliche Begrenzungen von Konsultationen sollten angekündigt und beidseitig eingehalten werden. Wenn ein Patient „notfallmäßig“ in der Praxis erscheint, sollte der Termin möglichst kurz gehalten und der nächste feste Termin geplant werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

6.4. Forschungsdefizite

Statement 51: Obwohl in den letzten Jahren die Haltung der Behandler, die Behandler-Patient-Beziehung und die Gesprächsführung, auch etwas mehr Berücksichtigung in der Forschung fanden, sind folgende Fragen noch ungenügend geklärt:

- Wie groß ist die Bedeutung iatrogenen Faktoren hinsichtlich der Fixierung und Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden?
- Was trägt zu einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen und tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung bei und wie wirkt sie sich auf den Verlauf der nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden aus?
- Welchen Effekt bringt der Einsatz spezieller Gesprächsführungstechniken für Befinden und Lebensqualität der Patienten, z.B. das Aufgreifen vom Patienten verwendeter Metaphern zur Erweiterung des Erklärungsmodells?

Starker Konsens


7. Diagnostisches Prozedere

Statement 52: Die zentralen **Ziele der Diagnostik** sind:

- Abschätzung der **klinischen Relevanz** der Beschwerden, d. h. die Einordnung als schwererer oder leichterer Verlauf (⇒ Tabellen 8.2. und 8.3.)
- je nach Setting hinreichende **Differenzialdiagnostik**, Abschätzung des Ausmaßes organopathologischer/ psychopathologischer Befunde sowie die Erfassung von **Komorbiditäten**
- Erfassung wesentlicher **sozialmedizinischer Aspekte** (z.B. Belastungen am Arbeitsplatz, Rentenbegehren)
- Erkennen **abwendbar gefährlicher** sowie **drohender chronischer Verläufe** (⇒Tabelle 8.4.)

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


7.1. **Anamneseerhebung**

Empfehlung 55: Für die **Anamnese als entscheidende Methode** bei der Diagnose nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte **ausreichend Zeit eingeplant** und **bestimmte Regeln der Haltung und der Gesprächsführung beachtet** werden (⇒ Kapitel 7). Dann kann auch schon ein relativ kurzes Gespräch genügen (Evidenzgrad: 3a).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

7.2. Basis-Anamnese der körperlichen Beschwerden

 **Statement 56:** Die Schwere des Verlaufs nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ergibt sich aus der **Gesamtzahl der Beschwerden, ihrer erlebten Intensität** (Evidenzgrad: 1b) und ihrer **drohenden Chronifizierung** (häufige bzw. anhaltende Beschwerden ohne oder nur mit seltenen Beschwerdeintervallen; Details zur Beschwerdedauer ↻NVL „Kreuzschmerz“, ↻S3-LL „Fibromyalgie-Syndrom“, ↻ S3-LL „Reizdarm-Syndrom“), aber **nicht** aus ihrer **Art oder Lokalisation** (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Statement 57: Die **Komorbidität funktioneller Einzel-Syndrome untereinander**, d.h. das **gleichzeitige Vorliegen** der Kriterien mehrerer einzelner Syndrome, ist mit ca. 50% (10-80%) hoch. Sie ist stark abhängig von Syndromdefinition und Patientenstichprobe, aber auch in Bevölkerungsstichproben nachweisbar (Evidenzgrad: 2a).

Starker Konsens

Empfehlung 58: Zur Anamnese der körperlichen Beschwerden sollte der Patient aufgefordert werden, mit **eigenen Worten Art, Lokalisation, vor allem aber Anzahl, Häufigkeit bzw. Dauer und Intensität** seiner Leitsymptome zu schildern (Evidenzgrad: 3b).

Empfehlungsgrad: ↑B

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 60: **Verlaufsmuster** und **Trigger** (einschließlich Stressoren) der wichtigsten Beschwerden sollten aktiv erfragt werden. Dabei sollte bereits frühzeitig auf die **subjektiv erlebte Beeinflussbarkeit** der Beschwerden geachtet werden (Evidenzgrad: 3b).

Häufige bzw. **anhaltende Beschwerden** ohne oder nur mit kurzen beschwerdefreien Interallen sowie eine **fehlende Assoziation mit leicht erkennbaren äußeren Belastungen** können Charakteristika schwererer Verläufe sein (Evidenzgrad: 3b).


Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

7.3. **Basis-Anamnese von Funktionsfähigkeit und psychosozialer Belastung**

 **Statement 61:** Psychosoziale Belastungen (z.B. Ängste, Demoralisierung, Verzweiflung, Enttäuschung, hohe Ärgerneigung, Überlastung bzw. Konflikte am Arbeitsplatz, sozialer Rückzug, evtl. auch biographische Belastung) sind bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden oft höher (**dysproportional**) als bei somatisch definierten Erkrankungen mit einem ähnlichen Beschwerdebild (z.B. beim Fibromyalgie-Syndrom höher als bei rheumatoider Arthritis), d.h. die Patienten leiden häufiger und ausgeprägter an **emotionalem Distress** bis hin zu voll ausgeprägten **psychischen Erkrankungen** und erleben ihre **Lebensqualität** als stärker beeinträchtigt (Evidenzgrad: 2a). Ein hoher **Grad der subjektiven Beeinträchtigung** (bis hin zu Arbeitsunfähigkeit und voll ausgeprägten psychischen Erkrankungen) ist ein wichtiges Charakteristikum schwererer Verläufe nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (Evidenzgrad: 2a).

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 63: Zur Einschätzung der **Funktionalität im Alltag bzw. der Funktionsfähigkeit** sollte nach Beeinträchtigungen der Aktivität, der Teilhabe am (Arbeits-)Alltag, eventuellen körperlichen Folgeschäden (z.B. Einsteifen geschonter Gelenke) sowie direkt nach dem subjektiven Grad der Beeinträchtigung durch die Beschwerden gefragt werden, z.B. in Prozent der früheren Funktionsfähigkeit (Evidenzgrad: 2b). Funktionalität und Funktionsfähigkeit sollten dann aufgrund der konsistenten Auswirkungen der Symptomatik auf alle Lebensbereiche zusammenfassend beurteilt werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Statement 64: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden treten sehr häufig zusammen mit (anderen bzw. „klassischen“) **psychischen Erkrankungen** auf, in vielen Fällen ist keine klare Abgrenzung möglich (Evidenzgrad: 2a). Die Zahlen schwanken jedoch je nach Setting und verwendeten Falldefinitionen stark.

Im Gegensatz zu den eher seltenen Fehleinschätzungen somatischer Erkrankungen als psychisch bzw. funktionell, werden psychische bzw. funktionelle Erkrankungen **häufig fälschlicherweise als somatisch** eingeschätzt (bis 50%, je nach Beschwerdebild und Versorgungsstufe) (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Empfehlung 65: Auf **beiläufige Hinweise** des Patienten bezüglich möglicher Einschränkungen der Teilhabe am Alltag bzw. Funktionsfähigkeit und psychosoziale Belastungen sollte aufmerksam geachtet und entsprechend nachgefragt werden. Das „Überhören“ solcher Hinweise kann zum **Übersehen behandlungsbedürftiger psychosozialer Aspekte** bzw. **psychischer Störungen** und zur weiteren **iatrogenen Somatisierung** führen (Evidenzgrad: 4).

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 67: Folgende **differenzialdiagnostisch relevante**, aber auch häufig **komorbide** psychische Störungsbilder sollten auch in der *Basisdiagnostik der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin* von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden abgegrenzt werden (eine ausführlichere Übersicht zeigt ⇒ Tabelle 8.1 Langfassung):

- **Depression**, z.B. bei Erschöpfung, Schmerzen, Schlafstörungen. CAVE: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden sind NICHT automatisch gleichzusetzen mit larvierten bzw. somatisierten Depressionen!
- **Angst**, z.B. bei attackenartigem Schwindel, Palpitationen, ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.
- **Sucht**, z.B. bei wiederholter, steigender Einnahme von Medikamenten zur Schmerzlinderung.
- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)**, z.B. bei Schreckhaftigkeit, „Flashbacks, wie im Film“, Alpträumen, Gefühl der emotionalen Stumpfheit.


KKP

Starker Konsens


 **Empfehlung 68:** Bei Patienten mit schwereren nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte ein **erhöhtes Suizidrisiko** beachtet werden (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

 **Statement 69:** Viele Patienten nehmen innerhalb des letzten Jahres vor ihrem Suizid Kontakt zum Gesundheitssystem auf, überwiegend zum Hausarzt. **Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden** stellen häufig eine **Präsentiersymptomatik** suizidaler Patienten bei Kontakten außerhalb der psychosozialen Fächer dar. Oft besteht im Hintergrund eine depressive Entwicklung (Evidenzgrad: 2a).

Starker Konsens


 **Empfehlung 70:** Auf **folgende Risikofaktoren** für **Suizidalität** sollte geachtet werden (↻ „Krisenintervention und Suizidprävention“) (Evidenzgrad: 2b):

- **Spezifische Risikofaktoren:** hohe Schmerz-Intensität, lange Schmerz-Dauer, Art der Schmerzen (Bauchschmerzen, multilokuläre Schmerzen/ Ganzkörperschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen), komorbide Einschlafstörung, Katastrophisieren der Schmerzen.
- **Allgemeine Risikofaktoren:** Depressivität, Hoffnungslosigkeit; Konkretheit der Vorstellungen, Vorbereitungen zur Suizidhandlung, vorangehender Suizidversuch, Suchtverhalten, Familienanamnese für Suizid.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

7.4. Basis-Anamnese von Annahmen und Verhaltensweisen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit

 **Empfehlung 71:** Dysfunktionale Krankheits- und Gesundheits-bezogene Annahmen und Verhaltensweisen sollten **frühzeitig und aktiv erfragt** werden. Charakteristika schwererer Verläufe können z.B. sein:

- starke Krankheitsängste (Evidenzgrad: 2b) oder Katastrophisieren (Evidenzgrad: 3a);
- häufige Arztbesuche und Arztwechsel (dysfunktionale Inanspruchnahme) sowie schwierige Behandler-Patient-Beziehungen (Evidenzgrad: 2b);
- Medikamenteneinnahme und Einnahme von Suchtmitteln (Evidenzgrad: 3a);
- Schon- und Vermeidungsverhalten bis hin zur körperlichen Dekonditionierung bzw. Kinesiophobie (Evidenzgrad: 2b).


Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Statement 72: Der Einfluss von **Ursachenannahmen** auf den **Schweregrad** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ist nicht abschließend geklärt. Viele Patienten, auch solche mit später schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, haben, zumindest zu Beginn des Krankheitsverlaufs, NICHT unbedingt ausschließlich somatische Ursachenannahmen bzw. Erklärungsmodelle, sondern gehen selbst von der Möglichkeit eines Zusammenhangs mit psychosozialen Faktoren aus bzw. führen normalisierende Erklärungen an (Evidenzgrad: 2b).

Starker Konsens

Empfehlung 73: Subjektive **Ursachenüberzeugungen** des Patienten („Laienätiologie“, z.B. umstrittene toxikologische Annahmen bei umweltbezogenen Beschwerden) sollten **frühzeitig erfragt** werden, auch um später bei der Erweiterung in Richtung auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell daran anknüpfen zu können. Dabei sollte dem Patienten ausdrücklich mitgeteilt werden, dass **seine eigenen Annahmen** für die Einschätzung der Beschwerden **wichtig** sind (Evidenzgrad: 2b).

 **CAVE: Somatische Erklärungsmodelle** werden oft, gerade zu Beginn des Krankheitsverlaufs, durch **inadäquates ärztliches Verhalten gefördert!**

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

7.5. **Erweiterte psychosoziale Anamnese: Beschwerdekontext**

Empfehlung 74: Der Behandler sollte sich einen zumindest **orientierenden Überblick** über die **aktuelle Lebenssituation** des Patienten („Kontext“) verschaffen (Beziehungen, Wohnen, Arbeit (Art, Umfang, Perspektiven, Zufriedenheit, Kollegen etc.), Finanzen, Sexualität, Religiosität, Freizeit, Schlaf-, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) (Evidenzgrad: 4). Gerade Hausärzten ist die aktuelle Lebenssituation ihrer Patienten ohnehin oft bekannt („erlebte Anamnese“).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 75: Dabei sollte ein möglichst genaues Bild von den **Umständen des ersten Auftretens** der Beschwerden gewonnen werden (Auslösesituation bzw. Stressoren; kritische Lebensereignisse, die oft mit Konflikten, Kränkungerfahrungen oder Verlustereignissen verbunden sind) (Evidenzgrad: 2b). Mit Einverständnis des Patienten können dafür u.U. auch weitere fremdanamnestiche Quellen (Paargespräch, Arbeitgeber) genutzt werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 76: Im Sinne einer Fokussierung auf die Zukunft sollten auch **individuelle Ressourcen, Bewältigungsmöglichkeiten** und **verbliebene Aktivitäten** des Patienten erfragt werden (Salutogenese) (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 77: Schon im Rahmen der Basis-Anamnese kann, sofern nicht bereits hinlänglich bekannt, orientierend nach **lebensgeschichtlichen Belastungen**, nach **positiven Ereignissen** und **Lebensleistungen** sowie nach der **beruflichen Entwicklung** gefragt werden. Eine *erweiterte* biographische Anamnese umfasst darüber hinaus z.B. Angaben zu früheren Generationen, wichtigen Beziehungen bzw. Ereignissen des Aufwachsens und möglichen Traumata (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Konsens

Empfehlung 78: Die **psychosomatisch/ psychiatrisch/ psychologisch-psychotherapeutische Anamnese** sollte zusätzlich folgende Punkte enthalten:

- Eine **ausführliche Beschwerdeanamnese** unter Beachtung von (v.a. beziehungs- bzw. lerntheoretisch relevanten) Auslösern für Beginn/Verbesserung/Verschlechterung der Beschwerden (Evidenzgrad: 4).
- Eine ausführliche, den aktuellen und biographischen Kontext einbeziehende **Anamnese zu körperbezogenen Erfahrungen und Gewohnheiten** (z.B. Vorerkrankungen in der gesamten Familie, eigene Erfahrungen mit dem Kranksein, Sexualanamnese, Schlaf-, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) (Evidenzgrad: 4).
- Das behutsame Erfragen **biographischer** und **Persönlichkeits-Faktoren** (familiärer Hintergrund einschließlich prägender [auch traumatisch erlebter] Begegnungen und Lebensereignisse, Aufwachsen und Ausbildung, Partnerschaften, Rollenvorstellungen und Annahmen, Selbsteinschätzung der Primärpersönlichkeit) (Evidenzgrad: 4).
- Das behutsame Erfragen **komplizierender psychosozialer Belastungsfaktoren** (z.B. aktuelle Ereignisse oder chronische Belastungen hinsichtlich Beziehungen, Sexualität, Arbeit, Finanzen, Rentenbegehren, Rechtsstreite etc.) (Evidenzgrad: 4).
- Die genaue **Schilderung eines typischen Tagesablaufs** zur Erfassung von Aktivität, Funktionalität und Teilhabe (Evidenzgrad: 4).
- Ggf. - aber *nur mit der Zustimmung des Patienten* - das Einholen von **Fremdeinschätzungen** z.B. durch Paargespräche (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

7.6. **Erweiterte psychosoziale Anamnese: Diagnostische Hilfsmittel**

Empfehlung 79: Fragebogendiagnostik (sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilung, auch als Schmerzskizzen oder Beschwerdetagebücher) kann ein anamnestisches **Gespräch** im klinischen Alltag **niemals ersetzen**. Sie stellt jedoch speziell in psychosozialen Fächern und bei guter Auswertungsroutine u.U. eine wichtige **zusätzliche Informationsquelle** dar, mit der Daten zeitökonomischer (im Sinne eines Screenings) oder weniger beeinflusst durch Beziehungsvariablen erhoben werden können. Darüber hinaus können für spezielle Fragestellungen **standardisierte diagnostische Interviews** eingesetzt werden. Vor allem zur **klinischen Verlaufsbeurteilung** (Einsatz z.B. während und nach therapeutischen Interventionen) und **für Forschungszwecke** ist eine solche operationalisierte Diagnostik sinnvoll (Evidenzgrad: 2b).

CAVE: Die **Abgrenzung „somatisch erklärt – nicht erklärt“ kann mit Selbstbeurteilungsfragebögen nicht zuverlässig gelingen!**

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

7.7. Somatische Diagnostik

Statement 80: Somatische Erkrankungen können **relevante Differenzialdiagnosen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sein. Sie treten aber auch nicht selten **komorbide zusammen** mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden auf – dann erklären sie aber Art und Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innere Beteiligung des Patienten nicht hinreichend. Die nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerden können dann **unabhängige Begleiterscheinungen von**, aber auch **in einem kausalen Zusammenhang mit den somatischen Erkrankungen** verstanden werden (im Sinne „aufgepfropfter“ Phänomene, z.B. Reizdarm-Syndrom bei Colitis ulcerosa oder Fibromyalgie-Syndrom bei Rheumatoider Arthritis) (Evidenzgrad: 3a).

Starker Konsens

Statement 81: Die **Abgrenzung** von differenzialdiagnostisch relevanten somatischen Erkrankungen ist bei leitliniengerechtem Vorgehen meist **gut möglich**: Nur in etwa 4% der Fälle werden bei Patienten mit zunächst unklaren Körperbeschwerden gefährliche somatische Erkrankungen übersehen bzw. als „psychisch“ oder „funktionell“ **fehleingeschätzt**. Allerdings darf gerade bei primärpersönlich (zufällig) auffälligen Patienten und bei somatischen Erkrankungen, die sich *typischerweise* mit nicht-spezifischen Beschwerden darstellen (v.a. Autoimmun- und Stoffwechselerkrankungen) die **somatische Ursachensuche keinesfalls vernachlässigt** werden (einseitige „Psychologisierung“) (Evidenzgrad: 2b).

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 85: Abweichungen/Auffälligkeiten in körperlichen oder apparativen (früheren) Untersuchungsbefunden (Labor, Bildgebung etc.) sollten kritisch gewürdigt, einer der folgenden Kategorien zugeordnet und mit dem Patienten entsprechend besprochen werden (Evidenzgrad: 5):

- „**Bagatellbefunde**“ oder **Normvarianten** ohne weitere diagnostische oder therapeutische Bedeutung
- Hinweise auf **andere, unabhängige oder differenzialdiagnostisch wichtige Befunde bzw. Erkrankungen**
- **physiologischer Ausdruck der Belastung durch die Körperbeschwerden** (z.B. Muskelzittern, Herzklopfen und Schwitzen bei ausgeprägter Gesundheitsangst).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens



7.8. Prognose, klinische Charakteristika leichter versus schwererer Verlaufsformen und Diagnoseverschlüsselung

Statement 86: Die **Prognose** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ist insgesamt **überwiegend günstig**. Sie zeigen unabhängig vom klinischen Setting (Evidenzgrad: 1b):

- leichtere Verläufe, in denen eine Verbesserung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität eintritt, bei 50-75% der Patienten,
- schwerere Verläufe (meist kriteriumsgemäß ausgeprägte funktionelle und somatoforme Störungen) mit einer Verschlechterung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bei 10-30%.

Abgesehen von einem erhöhten Suizidrisiko haben Menschen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sehr wahrscheinlich eine normale Lebenserwartung (Evidenzgrad: 2b).


Starker Konsens

Empfehlung 87: Die **Schwere des Verlaufs** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden soll anhand einer Reihe **klinischer Charakteristika** („yellow flags“ ; ⇒ Tabelle 8.2) unter Beachtung von **Warnsignalen für gefährliche Verläufe** („red flags“ ; ⇒ Tabelle 8.3.) **wiederholt eingeschätzt** werden (spätestens alle 3 Monate, bei einzelnen funktionellen Beschwerden schon früher; ➔ spezielle LL, z.B. NVL „Kreuzschmerz“; 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

Empfehlung 88: Mehrere **prognostisch günstige Faktoren** („green flags“ ; ⇒ Tabelle 8.4.) wirken sich wahrscheinlich günstig auf den Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden aus. Auch wenn ihre Gültigkeit als spezifische **protektive Faktoren** noch nicht ausreichend untersucht ist (Evidenzgrad: 4), sollten sie im konkreten Fall miterfasst und wenn möglich gefördert werden.

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 89: Zur **Diagnose-Verschlüsselung** sollten nach ICD-10 (vorbehaltlich der Neuerungen im ICD-11) folgende **Kategorien** verwendet werden:

- Während der ersten Kontakte bzw. bei neu aufgetretenen Beschwerden:


- Beschränkung auf eine **rein symptomatische Beschreibung** R00 bis R99 (nicht alle Beschwerden entsprechen einer Diagnose!)
- *alternativ* Orientierung an der **Symptomkomponente** in der International Classification of Primary Care (ICPC-2)
- Ziel ist ein zunächst das „abwartende Offenhalten“ und Vermeidung einer frühzeitigen Festlegung auf ein einseitiges ätiologisches Grundkonzept

- Bei hinreichender Sicherheit im Hinblick auf die jeweiligen Diagnosekriterien (häufig schwerere Verläufe):

- **Somatoforme Störung:** F45.0 bis F45.9; Dissoziative Bewegungsstörungen, Krampfanfälle oder Sensibilitäts-/Empfindungsstörungen: F44.4 bis F44.7; Neurasthenie: F48.0
- *alternativ* bei eindeutig auf ein Organsystem bzw. eine Funktion begrenzten Beschwerden die **jeweiligen funktionellen Syndrome** aus den einzelnen Fachbereichen, wie etwa Reizdarm-Syndrom K58 oder Fibromyalgiesyndrom M79.7) *Kodierung relevanter komorbider Bedingungen* (z.B. Depression, Angst, Sucht; soziale Belastungsfaktoren und ggf. somatische Begleiterkrankungen)

KKP

Konsens

Tabelle 8.2.: Orientierungshilfe zu wichtigen „Yellow flags“ : **Klinische Charakteristika leichterer und schwererer Verlaufsformen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden (fließende Übergänge, keine zwingenden Kriterien)

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

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

Tabelle 8.3.: „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

**S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001):
Sämtliche Statements und Empfehlungen ohne Hintergrundkommentare und Quellen**

Hinweise auf ernstes selbstschädigendes und/ oder iatrogen schädigendes Verhalten
Schwerste Ausprägung der Beschwerden und körperlicher Folgeschäden: Fixierung von Fehlhaltungen, Einsteifen geschochter Gelenke, Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit
Auftreten bekannter Warnsignale somatisch definierter Erkrankungen (☞ Leitlinien somatischer Fächer)

Tabelle 8.4.: “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

7.9. Forschungsdefizite

Statement 90: Obwohl viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vorwiegend oder ausschließlich in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin betreut werden, sind gesicherte Erkenntnisse aus qualitativ hochwertigen Studien vor allem *in diesem Bereich* eher spärlich. Notwendig sind:

- **Symptom-evaluierende Studien** jenseits von Diagnosen, die primär Beschwerden und ihre Entstehung, ihr Ausmaß und ihren Verlauf dokumentieren und ggf. ihre höhere Bewertung in Klassifikationssystemen (ICD, ICPC etc.) rechtfertigen.
- diagnostische Studien zur Entwicklung von Kriterien, die im **klinischen Alltag** Handlungsbedarf im Hinblick auf **schwerere Krankheitsverläufe bzw. Chronifizierungsrisiken** signalisieren;
- die **Entwicklung einer effizienten, validen Diagnosestellung** für funktionelle bzw. somatoforme Syndrome auf der Grundlage objektivierbarer psychologischer/ medizinischer Kriterien (Positivdiagnostik anstelle einer reinen Ausschlussdiagnostik) unter Berücksichtigung wichtiger Komorbiditäten einerseits und der subjektiven Bedürfnisse der betroffenen Patienten andererseits
- Studien zur **Relevanz von Arzt- und Kontextvariablen**, v.a. Studien, welche **die gesellschaftlichen und medizinischen Bedingungen** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und deren **soziale Konstruktion** zwischen Patient und Arzt, Erwartung und Erfüllung, Nachfrage und Angebot auslösen, aufrecht erhalten und amplifizieren.

Auch außerhalb der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin gibt es zu wenige Studien, die sich mit der Vorhersagekraft und der Kosten-Nutzen-Effizienz bestimmter diagnostischer Maßnahmen bei der Identifikation nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und ihrer unterschiedlichen Verläufe befassen. Sinnvoll wäre die Entwicklung praxistauglicher, ökonomischer und valider Hilfsmittel für die Diagnose, angefangen bei psychobehavioralen Positivkriterien über sensitive und spezifische Screeningfragen bis hin zu vollständigen Diagnosealgorithmen.

Starker Konsens

Statement 91: Im Hinblick auf Komorbidität fehlen vor allem Daten zur **Komorbidität von posttraumatischen und Persönlichkeitsstörungen** mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sowie zur **Komorbidität bzw. Wechselwirkung** zwischen **somatisch definierten und funktionellen Störungen** (also aufgepfropfte nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden bzw. mögliche somatische Erkrankungen in Folge schwererer nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und zum **Suizidrisiko**.

Starker Konsens

8. Therapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden

8.1. *Therapeutisches Prozedere in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin*

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

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


KKP

Konsens

Statement 93: *Allgemeine Therapieziele* in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin sind:

- Verbesserung der **Lebensqualität**
- **Verhinderung von Chronifizierung und Selbstschädigung** z.B. durch ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten oder iatrogen durch repetitive Diagnostik und riskante Therapien
- **Begleitung** bei eingetretener Chronifizierung
- **Erweiterung des Erklärungsmodells** des Patienten hin zu einem biopsychosozialen Modell und seiner **Bewältigungsmöglichkeiten**
- **Motivation und Überweisung zu einer Fachpsychotherapie bzw. fachbezogenen Psychotherapie**, falls die Indikation hierfür gegeben ist.

Starker Konsens

 **Empfehlung 94:** Nach einer Behandlungsdauer von etwa 3 Monaten (bei manchen Beschwerden auch schon früher; ⇨ NVL „Kreuzschmerz“) sollte eine Reevaluierung der Beschwerden, eine **erneute Beurteilung der Schwere des Verlaufs** (⇨ Tab. 8.2. und 8.3.) 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

8.1.1. Therapeutische Basis-Maßnahmen

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 **einzige 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 98: Dem Patienten sollten die Beschwerden in **anschaulicher Weise erklärt** werden, z.B. durch das **Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge** (Psychoedukation; z.B. Stressphysiologie, Teufelskreismodelle) (Evidenzgrad: 2b). Dabei sollte an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten angeknüpft und nach und nach ein **biopsychosoziales Krankheitsmodell** aufgebaut sowie eine **positive Beschreibung der Beschwerden** („nicht-spezifisch“, „funktionell“, „somatoform/psychosomatisch“, ggf. auch eine entsprechende Diagnose) angeboten werden (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

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 ➔ spezielle Leitlinien zu funktionellen somatischen Syndromen) sollten **nach kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung** und nur dann eingesetzt

S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001):
Sämtliche Statements und Empfehlungen ohne Hintergrundkommentare und Quellen

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 (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

8.1.2. Zusätzliche therapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen

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 102: **Mögliche gesundheitsbezogene Ängste** und damit verbundenes **Sicherheit suchendes Verhalten** sollten in der Behandlung **thematisiert werden** (Evidenzgrad: 2a). Dazu zählen:

- **Angst des Patienten vor übersehenen Befunden, einer bedrohlichen Erkrankung, Behinderung, Tod.**
- **Suche nach Rückversicherung** bei Ärzten oder anderen Personen und durch Medien (Internet, Fachbücher).
- **Body checking**, d.h. Kontrollieren des Körpers und der Körperfunktionen (z. B. Abtasten von Körperregionen, wiederholtes Messen von Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur, etc.).

Empfehlungsgrad: ↑B

Konsens

Empfehlung 103: Mögliches **Schon- und Vermeidungsverhalten hinsichtlich angenommener Auslöser der Beschwerden** (Bewegung, Anstrengung, **Umwelteinflüsse** wie Chemikalien,

Lebensmittel oder Lebensmittelzusätze) sollte in der Behandlung **thematisiert werden**. Eine Tolerierung kurzfristiger Schonung und Vermeidung zur Angstminderung und Beziehungsstabilisierung kann im Einzelfall sinnvoll sein, grundsätzlich sollte aber zur **(Wieder-)Aufnahme sozialer und körperlicher Aktivität** und zur **(Re-) Exposition geraten werden** (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑ B

Starker Konsens

Empfehlung 104: Die mögliche **Nutzung verschiedener Selbsthilfestrategien** (z.B. Internetforen, Selbsthilfegruppen und Patientenratgeber) sollte in der Behandlung **thematisiert werden** (Evidenzgrad: 5)

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 105: Der primär verantwortliche Hausarzt bzw. somatische Facharzt sollte die **Einbeziehung weiterer Behandlungen** (siehe v.a. Kapitel 10.2.) **planen** und **koordinieren** (Evidenzgrad: 2a). 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 107: Der zeitlich begrenzte Einsatz anderer Formen **übender Verfahren** (z.B. Funktionstraining, Krankengymnastik) oder **physikalischer Maßnahmen** (z. B. Balneotherapie, Wärmeanwendungen) kann unter Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil **eines Gesamtbehandlungsplans** erwogen werden. Aktivierende Verfahren und abwechselnd aktivierende / entspannende Verfahren bzw. Behandlungsverfahren, welche die Patienten nach therapeutischer Anleitung eigenständig dauerhaft selbst einsetzen können, sollten dabei rein passiven Verfahren vorgezogen werden (Evidenzgrad: 5).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Empfehlung 108: Bei besonders schweren, chronifizierten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollten bereits in der hausärztlichen und somatischen Fachmedizin **multimodale Therapieansätze** erwogen werden, auch wenn sie zunächst mit höheren Behandlungskosten verbunden sind. Vor allem ihre ambulante Verfügbarkeit kann allerdings begrenzt sein (z.B. auf dem Lande).

KKP

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 110: Die **Motivation zur psychosozialen Diagnostik bzw. zur Psychotherapie** sollte ggf. als ein wichtiges **Behandlungs(zwischen)ergebnis** und nicht als Bringschuld des Patienten angesehen werden.

Der psychosoziale Experte wird *zusätzlich* „mit ins Boot geholt“, der Patient wird NICHT an ihn „abgegeben“.

KKP

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; ➔ z.B. NVL-LL unipolare Depression).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Statement 112: **Anxiolytika, Hypnotika/Tranquilizer oder Neuroleptika** sollten bei nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden *ohne* entsprechende Komorbidität NICHT gegeben werden. Es gibt derzeit keine ausreichende Evidenz für Wirkung bzw. Wirkungs*vorteile* von dieser Substanzklassen bei diesen Beschwerden, allerdings eine Reihe schwerwiegender Nebenwirkungen (Evidenzgrad: 2b).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 113: Bei Patienten mit vorbestehender Medikation von **opioidhaltigen Analgetika** oder **Benzodiazepinen** sollte der Versuch einer **Entwöhnung** unternommen werden, am besten im Rahmen eines multimodalen Behandlungsplans (↔ LL „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht-tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS)) (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens

Empfehlung 114: Patienten sollten über frühere oder jetzige Behandlungen mit bzw. die eigenständige Anwendungen von **komplementären Heilmethoden** befragt werden und mit ihnen die Gründe, Häufigkeit und Wirksamkeit der Anwendung komplementärer Verfahren besprochen werden.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 115: Der zeitlich begrenzte **Einsatz komplementärer Heilverfahren** (z.B. Homöopathie, TCM, vegetarische Ernährung/Eliminationsdiät) kann unter Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil **eines Gesamtbehandlungsplans** erwogen werden (Evidenzgrad: 4).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Konsens

8.1.3. Forschungsdefizite

Statement 116: Obwohl viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vorwiegend oder ausschließlich in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin betreut werden, sind gesicherte Erkenntnisse aus qualitativ hochwertigen Studien in diesem Bereich eher spärlich. Notwendig sind:

- Studien zu (pragmatischen) haus- und somatisch fachärztlichen Interventions- und Therapiemöglichkeiten (sowie Wirksamkeitsnachweise verschiedener komplementärmedizinischer Verfahren und von Placebo), auch ökonomischer Kurzinterventionen, vor allem bei leichter verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- Die Entwicklung und (unter Versorgungsbedingungen) Evaluation strukturierter Programme zur Psychoedukation der Patienten im Hausarzt- und somatischen Setting.

- Vergleich von Therapieansätzen der Primärversorgung mit denen der Sekundärversorgung.
- Diskussion über geeignete Zielparameter (Symptomverlauf versus Funktionsniveau).
- Mehr Versorgungsforschung, z.B. in Hinblick auf die Verfügbarkeit verschiedener multimodaler Angebote in der Fläche oder die Überprüfung "gestufter Versorgungsmodelle".

Starker Konsens

8.2. Störungsorientierte Fach – oder fachgebundene Psychotherapie

Empfehlung 117: 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

Statement 118: Die **allgemeinen Therapieziele** sind (mit breiten Überschneidungen zur Hausarzt- und somatischen Fachmedizin):

- Verbesserung der **Lebensqualität**, Verhinderung von Chronifizierung und Selbstschädigung, Begleitung bei eingetretener Chronifizierung
- Relativierung hoher Ansprüche (**Bewältigung statt Heilung**) und Entwicklung eines **realistischen Bildes von körperlicher Gesundheit**
- **Erweiterung des Erklärungsmodells** des Patienten und regelmäßige „Aktualisierung“ desselben, Vermittlung eines Verständnisses für die **Wechselwirkungen zwischen Körperbeschwerden und psychosozialen Faktoren**
- Förderung von **Selbstwirksamkeitsstrategien** und mehr **Teilhabe am (Arbeits-)Alltag** sowie eines **verantwortlichen Umgangs** mit körperlichen und psychischen **Belastungsgrenzen**.

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

8.2.1. Psychotherapeutische Basis-Maßnahmen

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 120b: Psychosoziale Fachkompetenz sollte zunächst im Rahmen eines psychosomatisch/ psychiatrisch/ psychologische **Konsils** einbezogen werden (⇒ LL „Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatische Medizin“). Ein entsprechendes **Empfehlungsschreiben** (d.h. ein(Arzt-)Brief mit Informationen zum Krankheitsbild und konkreten therapeutischen Empfehlungen) an den primär behandelnden (Haus-)Arzt wirkt sich wahrscheinlich günstig auf das Funktionsniveau des Patienten aus und kann Kosten sparen (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑ A

Starker Konsens

8.2.2. Zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen bei schwereren Verläufen

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 122: **Gestufte körperliche Aktivierung** (siehe auch ⇒ Empfehlung 106) ist eine zentrale Therapiemaßnahme auch bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, die zwar im Wesentlichen vom primär betreuenden (Haus-)Arzt initiiert und begleitet, von Seiten des Psychotherapeuten aber **zusätzlich unterstützt und ergänzt**

S3- Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051-001):
Sämtliche Statements und Empfehlungen ohne Hintergrundkommentare und Quellen

werden sollte (z.B. durch entsprechende Vor- und Nachbereitung bzw. durch geeignete körperorientierte Psychotherapie-Elemente).

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 (☞ 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 124: Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollen idealerweise mit einem **in Deutschland anerkannten psychotherapeutischen Verfahren** behandelt werden.

Evidenz liegt vor für folgende psychotherapeutische Interventionen: **Kognitive Verhaltenstherapie** (mit Abstand die breiteste Datenbasis für eine Vielzahl von funktionellen und somatoformen Syndromen; Evidenzgrad: 1a); **psychodynamische Psychotherapie** (Evidenzgrad: 2a); Hypnose/Hypnotherapeutische/Imaginative Verfahren (Evidenzgrad: 1b); funktionelle Entspannung (Evidenzgrad: 1b); operante Verhaltenstherapie (Evidenzgrad: 3b);

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 125: Bestimmte **in einem weiteren Sinne (körper-) psychotherapeutische Therapieelemente** (z.B. Psychoedukation/Gesundheitstraining, Therapeutisches Schreiben, Musiktherapie, Biofeedback bzw. Neurofeedback, Meditation, Achtsamkeitstraining, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Autogenes Training, Tai Chi, Qi-Gong, Yoga, Feldenkrais) können als **Zusatzmaßnahmen** in einen Gesamtbehandlungsplan integriert, jedoch NICHT als Monotherapien empfohlen werden (Evidenzgrad: 2a).

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Konsens

Empfehlung 126: Keine Evidenz liegt bislang für die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit **anderer (körper-)psychotherapeutischer Richtungen** (z.B. Gesprächspsychotherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie, Heileurythmie) bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vor. Sie können im Einzelfall unter Überprüfung ihrer Wirksamkeit als Bestandteil **eines Gesamtbehandlungsplans** erwogen werden.

Empfehlungsgrad: ↔ 0

Starker Konsens

Statement 127: Da bisher nur selten unterschiedliche Psychotherapieansätze miteinander verglichen wurden, gibt es **keine ausreichenden Hinweise für eine *differentielle* Wirksamkeit von verschiedenen Psychotherapie-Verfahren** bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. (Evidenzgrad: 3b).

Starker Konsens

Empfehlung 128: Bislang gibt es keine ausreichende Grundlage für die Bevorzugung von **Einzel- oder Gruppenpsychotherapie**. **Beide Formen** können bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden **gleichermaßen eingesetzt** werden.

KKP

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; siehe auch ⇒ Empfehlung 111a). 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; siehe auch ⇒ Empfehlung 111b; ☞ z.B. NVL-LL unipolare Depression).

Empfehlungsgrad: ↑B

Starker Konsens













Empfehlung 130: Als **Zusatz-** nicht aber als alleinige **Maßnahme** bei schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte der behandelnde bzw. ein konsiliarisch hinzugezogener Psychotherapeut ein psychosomatisches/ psychiatrisches/ psychologisches **Empfehlungsschreiben** (d.h. ein (Arzt-)Brief mit Informationen zum Krankheitsbild und konkreten therapeutischen Empfehlungen) für den primär behandelnden (Haus-)Arzt verfassen und ggf. auch wiederholen (Evidenzgrad: 1b).

Empfehlungsgrad: ↑↑A

Starker Konsens

Empfehlung 131: Für die Entscheidung, ob eine Psychotherapie **ambulant, teilstationär oder stationär** stattfinden soll, sollten **im Einzelfall klinische Kriterien** geprüft werden. Zur **Indikationsstellung** ist die **ambulante/ konsiliarische Vorstellung des Patienten vor Behandlungsbeginn** notwendig.

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

-  Selbst- oder Fremdgefährdung einschließlich Suizidalität.
-  die Notwendigkeit einer ständigen Facharzt-Präsenz bei möglichen Krisen
-  schwere körperliche Symptome bzw. ausgeprägte somatische Komorbidität (z.B. massive Gewichtsabnahme, komorbide Multiple Sklerose)
-  schwere psychische Symptome (z.B. Suchterkrankungen, massive Panikattacken mit Vermeidungsverhalten, schwere Antriebsstörung, psychotische Symptome, selbstverletzendes Verhalten, dissoziative Zustände).
-  die Erfolglosigkeit ambulanter Therapien oder logistische Probleme, eine multimodale/multiprofessionelle (Differenzial-)Diagnostik und Behandlung sicher zu stellen
-  nicht hinreichende Behandlungsmotivation bzw. fehlende Belastbarkeit für den ambulanten Therapieprozess
-  ein rein somatisches Krankheitsverständnis
-  erhebliche funktionelle Beeinträchtigung, Arbeitsunfähigkeit > ca. 4 Wochen
-  Chronifizierung: Die Häufigkeit der Beschwerden und/oder Funktionsfähigkeit haben sich nach etwa 3 Monaten (Definition je nach Beschwerdebild teilweise unterschiedlich!) trotz angemessener Behandlung nicht gebessert
-  geringe soziale Unterstützung bzw. große Konflikte im familiären / beruflichen Umfeld oder sonstige relevante sozialmedizinische Aspekte
-  hohe biographische Belastung: Bekanntwerden schwerwiegender biographische Belastungsfaktoren (z. B. Traumatisierung), die mit aktuellen psychischen Symptomen und Beeinträchtigungen verbunden sind.
-  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

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 132: Stationäre Psychotherapie nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte in einer **Klinik mit multimodalem Therapiekonzept** (siehe Definition oben: interdisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine

psychosomatische, psychologische oder psychiatrische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan unter qualifizierter ärztlicher Leitung) stattfinden.

KKP

Starker Konsens

8.2.3. Forschungsdefizite

Statement 133: Prinzipiell gelten ähnliche Forschungsdefizite wie in der Hausarzt- und somatischen Fachmedizin. Konkret sollten in den psychosozialen Fächern vor allem folgende Aspekte weiter untersucht werden:

- **Die Wirksamkeit weiterer Psychotherapieformen** bzw. sinnvoller Kombinationen aus Elementen verschiedener Psychotherapieschulen im Hinblick auf ihre Effektstärken und Langzeitwirkungen.
- **Vergleich von zwei aktiven Psychotherapieformen** in Studien mit hinreichender statistischer Power (zur Absicherung potenzieller Unterschiede).
- **Störungsspezifische Therapieformen und multimodale Therapien** bei *unterschiedlichen* Störungsbildern und Leitsymptom-Konstellationen.
- Allgemeine **Beschwerdemuster, psychosoziale Störungsaspekte** sowie **Wirkvariablen** und **Therapieeffekte** jenseits des untersuchten Leitsymptoms - anstatt der bisherigen überwiegenden Konzentration der Therapieforschung auf *einzelne* funktionelle Syndrome.
- Der **Einfluss von Settingvariablen** (z.B. differentielle Effekte in Spezialabteilungen vs. allgemeinen therapeutischen Einrichtungen).
- **Entwicklung kurzer, schnell verfügbarer, kosten-nutzen-effektiver fachpsychotherapeutischer Behandlungsangebote** für leichtere Verläufe bzw. Frühphasen, die gut kompatibel mit dem primärmedizinischen Setting sind (z.B. Psychoedukation; psychotherapeutische Kurzinterventionen im Umfang von 2-6 Therapiestunden).

Starker Konsens

9. Häufige Fehler und obsolete Maßnahmen

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, ⇨ Empfehlung 144).
- 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 Beschwerdekongstellatation 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** (⇒ NVL „Kreuzschmerz“)
- **schmerzkontingenter** Medikamenten-Einsatz „nach Bedarf“ (v.a. bei Analgetika)
- **Befördern von Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit durch** unkritisches Verschreibungsverhalten, v.a. von Opioiden (⇒ LL „LONTS“) oder Benzodiazepinen
- Verordnung von **Neuroleptika**, z.B. als „Wochen-/ Aufbauspritze“
- alleinige und länger dauernde Verordnung von **Psychopharmaka ohne adäquate psychotherapeutische Behandlung**

KKP

Starker Konsens

10. Präventive, rehabilitative und sozialrechtliche Aspekte

10.1. Prävention

Empfehlung 138: Die **Primärprävention** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden sollte folgende Aspekte umfassen:

- Förderung **protektiver Faktoren** für einzelne Individuen (⇒Tabelle 8.4.).
- **Schulung von Eltern** mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.
- Etablierung **allgemein günstiger Lebens- und Arbeitsbedingungen** und **sozialer Chancengleichheit**.
- Etablierung eines **Medizinsystems**, das **Selbstverantwortung und Selbstregulation** fördert und einer **übereilten Medikalisierung** von Beschwerden entgegenwirkt.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 139: Die **weiterführende Prävention** sollte folgende Aspekte umfassen:

- **Sekundärprävention**, d.h. Prophylaxe bei Risikogruppen. Grundlegendes Ziel ist hier die **Früherkennung** schwererer Verläufe durch somatische und psychosoziale Paralleldiagnostik unter besonderer Berücksichtigung möglicher Risikofaktoren. Zentral ist die Prävention von Chronifizierung.
- **Tertiärprävention**, d.h. Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten; hierzu gehören alle Maßnahmen einer guten Behandlung, der Rückfallprophylaxe und der Prävention von abwendbar gefährlichen Verläufen.
- **Quartärprävention**, d.h. Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden vor Überdiagnostik und Übermedikation zu schützen und ihnen adäquate Interventionen vorzuschlagen.

Psychosomatische Gruppeninterventionen in enger Kooperation mit dem Hausarzt können bei Patienten mit geringer Krankheitsdauer als sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahme wirksam sein. (Evidenzgrad: 2b).

KKP

Starker Konsens

10.2. Rehabilitation

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

Empfehlung 141: Bei der Rehabilitation von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden sollte primär ein **pragmatischer, multimodaler** Therapieansatz verfolgt werden. Dabei sollten in geeigneten Einrichtungen (z.B. Tageskliniken mit entsprechendem Indikationsspektrum und Therapieangebot), evtl. auch in einer engen Kooperation von Haus- bzw. somatischem Facharzt und Psychotherapeut, zunächst **ambulante Rehabilitationsmaßnahmen** durchgeführt werden, wobei für deren Wirksamkeit keine ausreichenden Daten vorliegen. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sollten in **Kliniken mit multimodalem Therapiekonzept** durchgeführt werden.

KKP

Starker Konsens

10.3. Sozialrecht

Statement 142: Der wichtigste sozialrechtliche Aspekt nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden ist die **Begutachtung hinsichtlich Erwerbsminderung** (in der gesetzlichen Rentenversicherung) **oder Berufsunfähigkeit** (in der privaten BU-Versicherung). Sie können sozialrechtlich anspruchsbegründend sein, wenn – nach hinreichend sicherem Ausschluss von Simulation – ein entsprechender Schweregrad vorliegt.

Starker Konsens

Empfehlung 143: Der **Schweregrad** nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden und die **Wahrscheinlichkeit einer Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit** sollten – in Auseinandersetzung mit eventuellen Vorgutachten – nach folgenden Kriterien beurteilt werden (⇒ Tabellen 8.2. und 8.3.):

- Konsistente Auswirkungen der Störung in allen Lebensbereichen
- Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Vergeblichkeit adäquater Therapieversuche
- Chronifizierung und Komorbidität
- Einfluss von Aggravation oder Simulation
- Spezielle berufliche Anforderungen (bei der Frage nach Berufsunfähigkeit).

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 144: Die auch in gutachterlichen Situationen häufige „**Verdeutlichungstendenz**“ von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ist von Simulation und Aggravation abzugrenzen. Auch von mangelnder somatischer Erklärbarkeit allein darf keinesfalls auf Aggravation bzw. Simulation kurzgeschlossen werden.

KKP

Starker Konsens

Empfehlung 145: Die Begutachtung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden erfordert eine **fundierte somatische**, aber auch **psychodiagnostische Kompetenz des Gutachters**. 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. Ggf. sind Zusatzgutachten sinnvoll.

KKP

Starker Konsens

10.4. Forschungsdefizite

Statement 146: Zur Entwicklung geeigneter präventiver und rehabilitativer Strategien sollten (auch longitudinale) Studien zur **Auslösung, Exazerbation und Aufrechterhaltung** funktioneller (Körper-) Beschwerden gefördert werden, die ihren Blickwinkel über den Patienten hinaus auf die Behandler-Patient-Interaktion und den Lebenskontext (v.a. die Arbeitswelt) des Patienten ausweiten und dabei iatrogene, psychosoziale und biologische Risikofaktoren, aber auch protektive Faktoren berücksichtigen:

- Wie entstehen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden?
- Welche Faktoren erhöhen das Risiko für eine Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden?

- In welchem Zusammenhang stehen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden und Arbeitsorganisation?
- In welchem Zusammenhang stehen nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden mit dem Behandlerverhalten?
- Darüber hinaus fehlen Studien zu Entwicklung und Evaluation geeigneter präventiver bzw. rehabilitativer Konzepte, die das Auftreten bzw. die Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden minimieren

Starker Konsens

11. Ethische Aspekte

Statement 147a: Autonomie („Voluntas aegroti suprema lex“: der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz): Das Recht eines Menschen auf Selbstbestimmung ist eine prinzipielle Grundlage unserer Gesellschaft, welche dem Individuum die Möglichkeit einräumt, in eigener Sache informierte Entscheidungen zu treffen. Diese soll daher auch im medizinischen Kontext respektiert werden, umso mehr, als Autonomie wiederum als Indikator für Gesundheit betrachtet werden kann.

Die Erweiterung eines somatischen Krankheitsmodells eines Patienten in Richtung eines biopsychosozialen Verständnisses stellt eine Verbesserung der Autonomie des Patienten dar und ist daher aus ethischer Sicht geboten.

Starker Konsens

Statement 147b: Nicht-Schaden („Primum non nocere“: Vor allem nicht schaden): Die Inkaufnahme einer iatrogenen Schädigung bei unnötigen (vor allem bei unnötigen invasiven somatischen, aber auch bei unnötigen psychodiagnostischen bzw. psychotherapeutischen) Maßnahmen stellt eine direkte Verletzung dieser ethischen Regel dar. Die Unterlassung der angemessenen Information / Aufklärung des Patienten, um eine „informierte Einwilligung“ (s. u.) zu erzielen, stellt eine indirekte Verletzung dieses Prinzips dar, da die Gefahr einer weiteren Chronifizierung der Symptomatik und/oder potentiell risikobehafteter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besteht.

Starker Konsens

Statement 147c: Fürsorge („Salus aegroti suprema lex“: das Wohl des Patienten ist oberstes Gesetz): Der Patient hat ein Anrecht, die besten erprobten Verfahren zur Prophylaxe, Diagnose und Therapie im Rahmen seiner Behandlung zu erhalten (Deklaration von Helsinki). In ihrer Wirksamkeit nachgewiesene Maßnahmen und Interventionen sollen - sobald verfügbar - auch in der breiten Praxis angewendet werden.

Starker Konsens

Statement 147d: Gerechtigkeit: Das Prinzip „Begrenzte Mittel gerecht verteilen“ hat zur Folge, dass die unbegründete Anwendung von diagnostischen und / oder therapeutischen Maßnahmen eine Schädigung der Solidargemeinschaft der Versicherten darstellt.

Starker Konsens

Statement 147e: Informierte Einwilligung: die vollständige Information und das patientenseitige Verstehen der möglichen Nutzen und Risiken einer medizinischen Maßnahme. Selbst wenn die angemessene Information dem Patienten angeboten wird und verfügbar ist, ist aufgrund seiner somatischen Fixierung nicht automatisch anzunehmen, dass auch Verständnis erzielt wurde. Dies gilt auch für die analoge „informierte Ablehnung“ einer medizinischen Maßnahme.

Starker Konsens

Statement 147f: Potentielle Konflikte: Die genannten Prinzipien können nicht immer problemlos miteinander in Einklang gebracht werden, sei es, dass zwischen den einzelnen Ebenen Konflikte auftreten, oder Wertvorstellungen zwischen Behandlern und Patienten auseinanderweichen. Ethische Konflikte sind demzufolge beispielsweise möglich oder sogar wahrscheinlich, wenn z.B. Patienten den begründeten Vorschlägen der Behandelnden nicht Folge leisten wollen (Autonomie vs. Fürsorge), Patienten solche potentiell schädigende Maßnahmen verlangen (Autonomie vs. Nicht-Schaden), oder mangelnde oder mangelhafte Kommunikation eine informiertes Einwilligung (oder Ablehnung) verhindert. Die Anwendung der in den Leitlinien genannten Empfehlungen soll dazu dienen, ethische Konflikte für Behandler und Patient zu verringern bzw. zu minimieren.

Starker Konsens

Empfehlung 148: Bei der Abwägung dieser Prinzipien soll dem „Nicht-Schaden“ Vorrang gegeben werden.

KKP

Starker Konsens