

Klinische Leitlinie

Funktionelle Körperbeschwerden

Casper Roenneberg, Heribert Sattel, Rainer Schaefer, Peter Henningsen, Constanze Hausteiner-Wiehle für die Leitliniengruppe „Funktionelle Körperbeschwerden“*

Zusammenfassung

Hintergrund: Etwa 10 % der Allgemeinbevölkerung und rund ein Drittel der erwachsenen Patienten in klinischen Populationen weisen funktionelle Körperbeschwerden auf. Sie sind vielgestaltig, verlaufen oft chronisch, beeinträchtigen Lebensqualität und Leistungsfähigkeit und sind kostenintensiv.

Methode: Die Leitliniengruppe (32 Fachgesellschaften, zwei Patientenvertretungen) analysierte nach systematischer Literaturrecherche 3 795 neue Originalarbeiten und 3 345 Übersichtsarbeiten mit dem Ziel, praxisnahe, empirisch begründete Empfehlungen in anwenderfreundlicher Form zu formulieren.

Ergebnis: Aufgrund des unterschiedlichen Verlaufs und Schweregrads werden drei Behandlungsphasen unterschieden. Bei Frühkontakten liegt der Schwerpunkt auf einer Basisdiagnostik mit Beratung und Beruhigung. Bei persistierenden, belastenden Beschwerden werden eine erweiterte, gleichzeitige und gleichwertige Diagnostik körperlicher und psychosozialer Aspekte sowie ein therapeutischer Fokus auf Information und Selbsthilfe empfohlen. Bei schwereren Verläufen umfasst eine multimodale Behandlung zusätzliche, auch (körper-)psychotherapeutische und sozialmedizinische Elemente. Über die verschiedenen Fachrichtungen, Versorgungsstufen und Störungsbilder hinweg sind eine professionell-empathische Haltung, eine reflektierte Kommunikation und Information, ein sorgfältiger, zurückhaltender Umgang mit Diagnostik und eine gute interdisziplinäre Kooperation sowie vor allem aktive und auf Selbstwirksamkeit zielende Interventionen meist wirksamer als passive und organbezogene Maßnahmen.

Schlussfolgerung: Der Schwerpunkt bei Diagnostik und Therapie basiert auf Kommunikation, biopsychosozialen Krankheitskonzepten, Selbstwirksamkeit und interdisziplinärem Management. Dies ermöglicht eine sichere und effiziente Patientenversorgung von der Erstvorstellung an, auch wenn initial eine Beschwerdezuordnung noch nicht eindeutig möglich ist.

Zitierweise

Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C: Clinical practice guideline: Functional somatic symptoms. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 553–60. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0553

Nach Ablauf der Gültigkeit der S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (1, 2) im März 2017 wurde diese unter Federführung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) gemäß den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) von November 2016 bis Juli 2018 aktualisiert und im Hinblick auf anwenderfreundliche Sprache und Praxisrelevanz grundlegend überarbeitet. Die Langfassung und der Leitlinienreport sind auf der AWMF-Webseite frei zugänglich (3). Die Patientenleitlinie wird derzeit überarbeitet.

Charakterisierung des Störungsbildes

Der Begriff „funktionelle Körperbeschwerden“ bezeichnet ein breites Spektrum an Beschwerdebildern sehr unterschiedlicher Schweregrade (4–6):

- Anhaltende unspezifische Beschwerden, die zu einem Arztbesuch veranlassen, aber ohne Einordnung als Krankheit bleiben („medically unexplained symptoms“ oder „persistent physical symptoms“). Sie können dennoch die Funktionsfähigkeit erkennbar beeinträchtigen.
- Definierte, über einen längeren Zeitraum bestehende Symptomcluster im Sinne funktioneller somatischer Syndrome (wie Fibromyalgie- oder Reizdarm-Syndrom), die meistens mit relevanten Einschränkungen der Funktionsfähigkeit einhergehen.
- Kriteriengemäß ausgeprägte (multi-)somatoforme Störungen und die neu definierten somatischen Belastungsstörungen, die notwendigerweise eine erhebliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus voraussetzen und zusätzlich mit psychobehavioralen Symptomen einhergehen.

Funktionelle Körperbeschwerden, wie oben umrissen, sind abzugrenzen von vorübergehenden Befindlichkeitsstörungen, die häufig im Alltag vorkommen, nur selten zu einem Arztbesuch führen und die Funktionsfähigkeit allenfalls kurzfristig und geringfügig beeinträchtigen. Sie haben keinen Krankheitswert.

In der Allgemeinbevölkerung kommen funktionelle Körperbeschwerden mit etwa 10 % häufig vor (e1). In medizinischen Kontexten werden Häufigkeiten zwischen 20 % und 50 % in Hausarztpraxen und zwischen 25 % und 66 % in spezielleren Kontexten (zum Beispiel Rheumatologie, Schmerzmedizin, Gynäkologie)

*Alle Herausgeber, Autoren und Bearbeiter der Leitlinie werden im eKasten 1 aufgelistet.

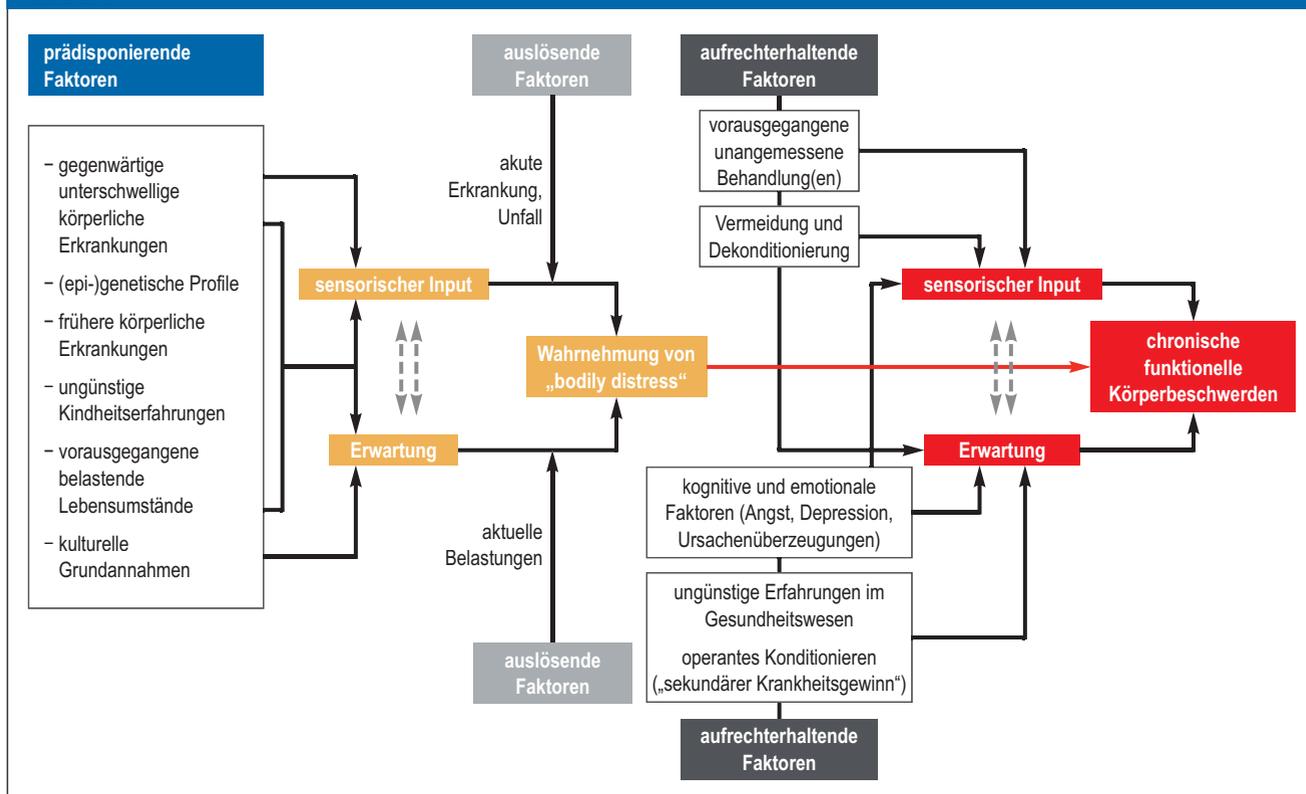
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München: Dr. med. Casper Roenneberg, MHBA; Dipl.-Psych. Heribert Sattel, Prof. Dr. med. Peter Henningsen, Prof. Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle

Klinik für Psychosomatik, Universität und Universitätsspital, Basel: Prof. Dr. med. Rainer Schaefer

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg: Prof. Dr. med. Rainer Schaefer

BG Unfallklinik Murnau, Psychosomatik/Neurozentrum, Murnau: Prof. Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle

GRAFIK 1



Störungsmodell funktioneller Körperbeschwerden (deutsche Übersetzung aus [4], mit freundlicher Genehmigung von Peter Henningsen)

erreicht (e2–e5). Funktionelle Körperbeschwerden sind nicht selten selbstlimitierend (e6, e7). Bei mindestens 20 %, eher 50 % der Patienten, die mehrere Körperbeschwerden aufweisen und die Kriterien einer „(Multi-)Somatoformen Störung“ oder eines „Bodily Distress Syndroms“ erfüllen, sind die Beschwerden anhaltend (e8–e11). Im Verlauf berichten 50–75 % der Patienten über eine Besserung, bei 10–30 % kommt es zu einer Verschlechterung (e10–e12). Die Lebenserwartung erscheint unbeeinträchtigt, abgesehen von einem erhöhten Suizidrisiko (e13–e17): Passive Todeswünsche kommen bei etwa der Hälfte (56 %), konkrete Suizidgedanken bei bis zu einem Drittel (24–34 %) der Patienten mit funktionellen Störungen vor; 13–18 % haben in ihrem bisherigen Leben schon einen Suizidversuch unternommen (e13, e14). Die Komorbidität mit psychischen Erkrankungen (vor allem Angst, Depression) ist mit rund 50 % ebenso hoch wie die Überlappung funktioneller Syndrome untereinander (e18–e28). Zudem können Menschen mit funktionellen Körperbeschwerden durchaus organische Befunde aufweisen, zum Beispiel als Normvarianten, Bagatellbefunde, Ausdruck zugrunde liegender funktioneller Organstörungen oder bei behandlungsbedürftigen komorbiden Erkrankungen beziehungsweise Differenzialdiagnosen (4–6, e29, e30). Eine schnelle und eindeutige Zuordnung von Beschwerden als „funktionell“ ist daher selten möglich. Aktuelle Störungsmodelle gehen

von einer multifaktoriellen Genese aus, bei der biologische, psychologische und soziokulturelle Faktoren prädisponierend, auslösend und aufrechterhaltend ineinandergreifen (Grafik 1) (4–6). Funktionelle Körperbeschwerden sind mit hohen Gesundheitskosten verbunden (e31–e33).

Methodik

Die Revision wurde durch eine umfangreiche, repräsentative Leitliniengruppe (Beteiligung von 32 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften und zwei Patientenvertretungen) (eKasten 1) vorgenommen. Die Evidenzbasierung erfolgte auf der Grundlage einer aktualisierten systematischen Literaturrecherche, welche 3 795 klinische Studien, 3 345 systematische Reviews und alle relevanten Quell-Leitlinien identifizierte (eGrafik 1, eTabelle 1). Die Tabelle zeigt exemplarisch Ergebnisse ausgewählter Reviews zu Interventionen bei funktionellen Körperbeschwerden. Eine Steuerungsgruppe formulierte anschließend entlang der Vorgaben der AWMF und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (e37, e38) 109 Empfehlungen, welche in einer Online-Delphirunde und einer Konsensuskonferenz unter Moderation der AWMF von den Mandatsträgern diskutiert, gegebenenfalls modifiziert und mit fast durchweg starkem Konsens verabschiedet wurden. Wegen des hohen Stellenwerts des bei dieser Leitlinie besonders breiten und hohen Expertenkonsens

TABELLE

Ergebnisse exemplarischer systematischer Reviews zu Interventionen bei funktionellen Körperbeschwerden

Syndrom	Anzahl systematischer Reviews (insgesamt)	Intervention	systematisches Review (exemplarische Quellen)	Zielvariable/ Symptomschwere (Haupt-Studienergebnis im exemplarischen Review [95%-Konfidenzintervall])	Grad der Evidenz	Hinweise auf mangelnde Akzeptanz oder Verträglichkeit
funktionelle Körperbeschwerden allgemein	1	Selbsthilfe-Interventionen	(7)	SMD 0,58 [0,32; 0,84]	gering	keine Angaben
	3	Kurzzeit-Psychotherapie	(8)	SMD -0,34 [-0,53; -0,16]	gering	nein
chronisches Müdigkeitssyndrom	2	Bewegungstherapie („Exercise“) ^{*1}	(9)	SMD -0,73 [-1,10; -0,37]^{*8}	moderat	nein
Fibromyalgiesyndrom	6	aerobes Training	(10)	SMD -0,40 [-0,55; -0,26]	moderat	nein
	1	multimodale Therapie ^{*2}	(11)	SMD -0,42 [-0,58; 0,25]	keine Angabe	nein
	1	trizyklische Antidepressiva ^{*3}	(12)	SMD -0,53 [-0,78; -0,29]	keine Angabe	nein
	3	selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer ^{*4}	(13)	RD 0,10 [0,01; 0,20]	sehr gering	nein
	2	Milnacipran	(14)	<i>RR 1,38 [1,22; 1,57]^{*9}</i>	hoch	ja ^{*9}
	2	Pregabalin	(15)	<i>RR 1,8 [1,4; 2,1]</i>	hoch	ja ^{*3}
	5	passive Therapien (Massage, transkutane elektrische Nervenstimulation, transkraniale magnetische Stimulation)	(16)	SMD 0,37 [-0,19; 0,93]	keine Angabe	nein
	2	Akupunktur	(17)	SMD 0,01 [-0,37; 0,35] ^{*10}	hoch	keine Angaben
	2	Balneo-/Hydro-/Spathherapie	(10)	SMD -1,36 [-2,27; -0,44]	moderat	nein
	2	kognitive Verhaltenstherapie, Hypnotherapie	(18)	SMD -0,29 [-0,47; -0,11]	gering	nein
	1	achtsamkeitsbasierte Therapien	(19)	SMD -0,23 [-0,46; -0,01]	keine Angabe	keine Angaben
Reizdarmsyndrom	2	Akupunktur	(20) (21)	RR 1,29 [1,10; 1,51] SMD -0,11 [-0,35; 0,13]	hoch moderat	nein
	4	niedrigschwellige psychologische Interventionen ^{*5}	(22)	SMD 0,60 [0,33; 0,86]	gering	keine Angaben
	4	Psychotherapie (im weiteren Sinne)	(23)	SMD 0,69 [0,52; 0,86]	keine Angabe	keine Angaben
	2	kognitive Verhaltenstherapie	(24)	RR 0,60 [0,44; 0,83]	gering	keine Angaben
	3	Hypnotherapie/Hypnose	(25)	RR 1,69 [1,14; 2,51]	hoch	nein
	2	trizyklische Antidepressiva ^{*6}	(24)	<i>RR 0,66 [0,56; 0,79]</i>	gering	ja ^{*9}
	2	selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer ^{*7}	(26)	<i>RR 0,74 [0,52; 1,06]</i>	gering	keine Angaben
	2	Spasmolytika	(26)	RR 0,67 [0,55; 0,80]	gering	keine Angaben
	3	Rifaximin	(27)	OR 1,19 [1,08; 1,32]	keine Angabe	nein
	3	Linaclotid bei obstipationsdominantem Reizdarmsyndrom	(26)	RR 0,73 [0,65; 0,82]	hoch	nein

Erläuterungen zu den untersuchten Interventionen:

- *1 geplante, strukturierte und wiederholte körperliche Bewegung
- *2 Kombination von mindestens einem aktivierenden Verfahren (Ausdauer-, Kraft-, Flexibilitätstraining) mit mindestens einem psychologischen Verfahren (Patientenschulung, Verhaltenstherapie)
- *3 Imipramin, Amitriptylin, Clomipramin, Desipramin, Dothiepin, Ortriptylin, Amoxapin, Doxepin, Protriptylin, Trimipramin, Maprotilin
- *4 Citalopram, Fluoxetin, Escitalopram, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin
- *5 Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Selbstwirksamkeits- oder Entspannungstraining
- *6 Amitriptylin, Desipramin, Doxepin, Trimipramin
- *7 Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram
- *8 Tagesdosis 100 mg, vergleichbare Effekte für Tagesdosis 200 mg
- *9 führt zur Abwertung
- *10 Vergleiche mit Sham-Akupunktur

OR Odds-Ratio; RD, Risiko-Differenz; RR Relatives Risiko; SMD standardisierte Mittelwertsdifferenz; Zielvariable/Hauptstudienresultat: fett gedruckt; statistisch signifikante Effektstärke; kursiv gedruckt; keine Empfehlung bei statistisch signifikanter Effektstärke, Gründe für Abwertung werden in Fußnoten aufgeführt.

KASTEN 1

Was ist neu im Vergleich zur Vorgänger-Leitlinie?

- Bei etwas verbesserter Evidenz wird der Empfehlungsgrad für eine reflektierte Gesprächsführung und Diagnostik (Anamneseerhebung, Information und Rückversicherung), eine bewältigungsorientierte Therapie (Aktivierung, Selbsthilfe/Selbstwirksamkeit) und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (Konsile und Absprachen, multimodale Behandlung) aufgrund ihrer präventiven und prognostischen Relevanz und vergleichsweise geringen Risiken, niedrigen Kosten und eher anhaltenden Effekten angehoben.
- Im Sinne der Risikoarmut, Nachhaltigkeit, Kosteneffizienz und Patientenpräferenz sowie aufgrund erster Daten werden neue „Body-Mind“-Behandlungsansätze (wie Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion [MBSR]) aufgegriffen und nun zu den Therapie-Ergänzungen gezählt, die erwogen werden können.
- Die Datenlage für verschiedene Formen der Psychotherapie bei schwerer verlaufenden funktionellen Körperbeschwerden hat sich verbessert. Kognitive Verhaltenstherapie bei verschiedensten funktionellen Körperbeschwerden, aber auch Hypnose beim Reizdarmsyndrom sind nach wie vor als nachweislich wirksam anzusehen. Als Bestandteil multimodaler Behandlungen oder gemeinsam mit der hausärztlichen Betreuung ist sie bei schwereren Formen der Erkrankung eine wichtige, aber nicht mehr vorrangig notwendige Behandlungskomponente. Dies kommt der immer noch niedrigen Patientenpräferenz und der beschränkten Verfügbarkeit dieser Verfahren entgegen.
- Im Aktualisierungszeitraum ließen sich weiterhin nur wenige empfehlenswerte passive Therapien identifizieren. Lediglich Balneo-/Hydrotherapie bei schmerzdominanten Syndromen wie vor allem dem Fibromyalgie-Syndrom wird als sinnvolle Therapie-Ergänzung empfohlen.
- Medikamentöse Therapien, vor allem Psychopharmaka, und darunter vor allem Antidepressiva, werden bei in etwa unveränderter Evidenz aufgrund ihrer Risiken, Nebenwirkungen und nur geringen Patientenpräferenz nur mehr zur vorübergehenden symptomatischen Therapie (zum Beispiel von Schlafstörungen oder Nervosität), bei bestimmten Schmerzsyndromen (zum Beispiel Fibromyalgiesyndrom) oder bei psychischer Komorbidität empfohlen. Zur medikamentösen Therapie der Einzelsyndrome (zum Beispiel Fibromyalgiesyndrom, Reizdarmsyndrom, Spannungskopfschmerzen) ist auf die jeweiligen Empfehlungen der spezifischen Leitlinien zu achten.

einerseits und der heterogenen Evidenzlage andererseits wurden alle Empfehlungen als „Klinische Konsenspunkte (KKP)“ ausgeführt, durchgängig mit der Empfehlungsstärke „Empfehlung“ (e34–e36) (eGrafik 2). Eine ausführliche Darstellung der angewandten Methoden findet sich in eKasten 2.

Diagnostik und Behandlung funktioneller Körperbeschwerden

Aufgrund des sehr unterschiedlichen Verlaufs und Schweregrads funktioneller Körperbeschwerden sind die Empfehlungen in drei Behandlungsphasen unterteilt (Grafik 2). Empfehlungen für die früheren Phasen behalten für schwerere Verläufe ihre Gültigkeit, werden bei diesen aber durch weitere Maßnahmen ergänzt (e39). Die Schweregradbeurteilung orientiert sich an Schutz- beziehungsweise Risikofaktoren für einen schwereren Verlauf („green/yellow/red flags“) (eKasten 3, Grafik 2) (1, 2, 4–6, e40, e41). Die Grundversorgung erfolgt durch den Hausarzt oder den somatischen Facharzt, der gegebenenfalls später die multimodale Behandlung koordiniert.

Die Leitlinie empfiehlt von Anfang an eine „Sowohl-als-auch-Perspektive“, in der systematisch sowohl auf somatische als auch auf psychosoziale Beschwerdeaspekte geachtet wird und die Grenzen zwischen allgemein- und fachärztlicher Versorgung sowie

zwischen Organ- und Psychosozialer Medizin relativiert werden (4–6, e42–e44). Unzweckmäßige, überflüssige oder obsoletere medikamentöse und invasive Maßnahmen zeigt eKasten 4.

Initiale Grundversorgung

Die Empfehlungen der „initialen Grundversorgung“ (Grafik 2) raten zum frühzeitigen Inbetrachtziehen der Möglichkeit funktioneller Körperbeschwerden durch sorgfältiges Befragen und Untersuchen der Patienten (starker Konsens, Evidenzstärke: gering) (e45–e53). Denn schon in dieser frühen Phase ermöglichen diagnostische Wachsamkeit und Zurückhaltung sowie empathisches Erklären und Beruhigen eine breite Differenzialdiagnose ohne Fixierung auf eine somatische Ursache, einen informierten und beruhigteren Umgang mit den Beschwerden, eine höhere Behandlungszufriedenheit – und haben positive Auswirkungen auf Verlauf und Prognose in Form einer Verbesserung der Beschwerden und einer geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Konsens) (e54).

Patienten werden nach ihren Hauptbeschwerden, aber auch nach weiteren Beschwerden oder Problemen befragt, außerdem danach, wie es ihnen mit ihren Beschwerden geht, wie sich die Beschwerden im Alltag auswirken und wie sie damit umgehen (starker Konsens) (4–6, 28, 29, e43, e55). Es wird eine sorgfältige,

Schweregradgestufte Versorgung:
 initiale Grundversorgung, erweiterte Grundversorgung, multimodale Behandlung/ Psychotherapie/ Rehabilitation



allgemeine körperliche Untersuchung durchgeführt, um gegebenenfalls Hinweise auf weitere Befunde und Einschränkungen zu erfassen (Konsens) (4–6, 28, 29, e52, e53). Sowohl während des Gesprächs als auch während der körperlichen Untersuchung wird auf das Patientenverhalten geachtet (zum Beispiel ängstliche Bewegungsvermeidung, dramatisierender Beschwerdeausdruck) (starker Konsens) (e56, e57). Weitere Diagnostik wird nach entängstigender Besprechung der (Vor-)Befunde systematisch, aber zurückhaltend durchgeführt (starker Konsens) (4–6, 28, 29, e58–e60). Auf Basis aller erhobenen Informationen und Befunde werden Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“) oder Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf („yellow flags“) bewertet (starker Konsens) (eKasten 3).

Sind keine Warnsignale feststellbar, werden die Patienten beruhigt, ohne die Beschwerden zu verharmlosen oder zu negieren (starker Konsens) (4–6, 28, 29, e44, e47, e54, e61–e64). Die Glaubwürdigkeit der Beschwerden und die Sorgfalt und Sicherheit der ärztlichen Einschätzung werden vermittelt, ohne dabei notwendigerweise bereits auf eine Diagnose zurückzugreifen (starker Konsens). Therapeutische Interventionen im Rahmen der initialen Grundversorgung beschränken sich in der Regel auf ermutigende Beratung zu allgemeinen Verhaltensweisen im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven Lebensstils (starker Konsens) (4–7, 28, 29, e65) – idealerweise solche, mit denen die Betroffenen früher in vergleichbaren Situationen positive Erfahrungen gemacht haben. Zusätzlich wird bei Bedarf ein Wiedervorstellungstermin in zwei bis vier Wochen angeboten (starker Konsens) (e66–e69), wobei betont wird, dass sich die Beschwerden wahrscheinlich bessern beziehungsweise zunächst kein Grund zur Sorge besteht, falls sie persistieren (abwartendes Offenhalten) (starker Konsens) (e70).

Erweiterte Grundversorgung

Die erweiterte Grundversorgung greift, wenn sich Patienten erneut vorstellen, weil ihre Beschwerden persistieren bzw. Lebensqualität und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Sie findet überwiegend im Haus- oder somatischen Facharztsetting statt und wird in zwei Phasen unterteilt (Grafik 2):

- Simultandiagnostik: gleichzeitige und gleichwertige Erweiterung der körperlichen und psychosozialen Diagnostik (die bereits therapeutisch wirken kann);
- vom Erklärungsmodell zur Bewältigung: Zusammenführen der identifizierten Krankheitsfaktoren in ein individuelles Erklärungsmodell, von dem bewältigungsorientierte Therapiemaßnahmen abgeleitet werden.

Die erweiterte Grundversorgung braucht etwas Zeit, die angesichts der prognostischen Relevanz eines reflektierten Umgangs gut investiert ist (e47).

Simultandiagnostik

Ein etwas entschleunigtes, angepasstes Behandlungs-Setting kann erreicht werden durch eine Überprüfung von Praxisorganisation und Abrechnung auf Möglichkeiten, den Patienten mehr Zeit zu widmen; ein klares Setting mit festen, regelmäßigen, beschwerdeunabhängigen Terminen in ruhiger Atmosphäre – die Möglichkeiten der „Psychosomatischen Grundversorgung“ – und anderer spezieller Schulungen; ein bewusster Umgang mit diesen Patienten im ganzen Behandlungsteam (starker Konsens, Evidenzstärke: gering) (4–6, 28, 29, e71–e80).

Aufmerksames Zuhören und Nachfragen, auch während körperlicher Untersuchungen, führen zu einer Festigung der Arzt-Patient-Beziehung und ermöglichen wertvolle anamnestiche Informationen (starker Konsens) (e44, e66, e81, e82). Klinisch-körperliche

KASTEN 2

Anwenderorientierte Empfehlungen mit starkem Konsens am Beispiel „Erklären und benennen“*

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

*leicht gekürzt aus (3)

Untersuchungen werden gegebenenfalls in regelmäßigen Abständen wiederholt, auch um Warnzeichen für körperliche Erkrankungen oder eventuelle Folgeschäden vorausgegangener Passivierung oder Fehlbehandlungen zu erkennen (starker Konsens) (4–6, 28, 29, e46). Wohlüberlegtes Untersuchen und Anordnen, Vorbesprechen von Untersuchungen (erwartbare Normalbefunde) und Besprechen von Befunden sind zentrale Aspekte einer systematischen, gestuften, nicht redundanten Diagnostik. Ziel ist, abwendbar gefährliche Verläufe auszuschließen und Handlungsbedarf zu erkennen – nicht aber unbedingt, für alle Beschwerden eindeutige Ursachen zu benennen (Konsens). Wiederholte, vor allem invasive technische Zusatzuntersuchungen sollen vermieden werden, wenn sie hauptsächlich der Beruhigung von Patient und/oder Arzt dienen (starker Konsens) (4–6, 28, 29, e83–e85). Wenn Untersuchungen nicht notwendig sind, wird

das den Patienten nachvollziehbar erklärt; notwendige Untersuchungen werden beruhigend angekündigt, gegebenenfalls mit einem Verweis auf die hohe Wahrscheinlichkeit eines altersentsprechenden Normalbefunds (starker Konsens) (4–6, 28, 29, e86, e87). Mitgebrachte frühere Befunde, Zufalls- oder Bagatellbefunde ohne weitere diagnostische oder therapeutische Bedeutung werden normalisierend, in laiengerechter, nicht-ängstigender Sprache und mithilfe von Informationsmaterial eingeordnet, gegebenenfalls mit zwischenzeitlichen „Bilanzierungsgesprächen“, die bisherige Untersuchungen zusammenfassen und bewerten (starker Konsens) (e88–e90).

Die Simultandiagnostik endet mit einer Beurteilung von (Verdachts-)Diagnose(n) und Krankheitswert und dient der Ableitung eventuellen Handlungsbedarfs (starker Konsens). Falls keine eindeutige Diagnose besteht, sind Symptom („R“- oder Inanspruchnahme („Z“-)Verschlüsselungen Verlegenheitsdiagnosen vorzuziehen (starker Konsens).

Vom Erklärungsmodell zur Bewältigung

Im Rahmen der erweiterten Grundversorgung stellt das Benennen und Erklären der Beschwerden (*Kasten 2*) eine zentrale Therapiemaßnahme dar: Selbst wenn die von den Patienten angegebenen Auslöser einseitig oder unplausibel erscheinen, wird Schritt für Schritt ein nachvollziehbares, biopsychosoziales Erklärungsmodell entwickelt, das die subjektive Krankheitstheorie aufgreift und um in der Anamnese erfragte individuelle „Auslöser“, „Verstärker“ und „zusätzliche Baustellen“ (wie psychische Komorbidität) erweitert. Bezogen darauf werden einerseits konkrete, realistische, möglichst kleinschrittige Therapieziele, andererseits auch übergeordnete Werte und Motivatoren erarbeitet (starker Konsens) (4–6, e43, e65–e69, e87). Um Beschwerden und Symptome zu lindern werden die Patienten – unter Hinweis auf ihren in der Regel vorübergehenden und begleitenden Charakter – hinsichtlich folgender passiver symptomatischer Maßnahmen beraten: Analgetika, Psychopharmaka, überwiegend peripher wirksame Medikation, passive physikalische und physiotherapeutische Anwendungen, passive komplementärmedizinische Begleittherapien wie zum Beispiel Akupunktur und Phytotherapie (starker Konsens; Empfehlung, Evidenzstärke: hoch) (*eTabelle 1*) (4, 10, 12–17, 21, 24, 26, 27, e91–e105). Nachhaltiger wirksam ist die Stärkung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit durch aktive Bewältigungsstrategien. Hierzu zählen die (Wieder-)Aufnahme sozialer und vor allem körperlicher Aktivitäten (Eigeninitiative, genussvolle Bewegung bis hin zu systematischen Aktivierungsprogrammen; zeitlich begrenzt auch Physio- und Ergotherapie), (Re-)Exposition bei Schonung und Vermeidung, Selbsthilfeliteratur und gegebenenfalls Selbsthilfegruppen sowie Angebote außerhalb des Medizinsystems, zum Beispiel an der Volkshochschule, die man nicht in einer Patientenrolle wahrnimmt (starker Konsens; Empfehlung, Evidenzstärke: hoch) (*eTabelle 1*) (4–7, 9, 10, 19, 22, 24, e100, e106–e108).

Multimodale Behandlung, Psychotherapie und Rehabilitation

Die dritte Behandlungsstufe greift bei schwereren Verläufen mit starker Beeinträchtigung und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (*Grafik 2*). Sie bezieht weitere, auch psychotherapeutische beziehungsweise (teil)stationäre Behandlungsformen sowie gegebenenfalls rehabilitative Maßnahmen ein (starker Konsens; Empfehlung, Evidenzstärke: hoch) (*eTabelle 2*) (4–6, 10, 11, e104, e109, e110). Zur Vorbereitung einer multimodalen Behandlung wird zunächst der Aufbau eines ambulanten BehandlerNetzwerks empfohlen, wobei der behandelnde Haus- oder somatische Facharzt der Hauptansprechpartner bleibt („Gatekeeper-Funktion“) (starker Konsens; Empfehlung, Evidenzstärke: hoch) (e111, e112). Eventuelle Überweisungen, insbesondere zum Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten sollen behutsam vorbereitet werden (4–6).

Insbesondere bei relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder psychischer Komorbidität, relevanten dysfunktionalen Krankheitsannahmen, starker funktioneller Beeinträchtigung oder anhaltend schwierigen Behandler-Patient-Beziehungen wird eine störungsorientierte Psychotherapie empfohlen (Konsens). Wissenschaftlich gut fundiert sind (kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie und Hypnotherapie (starker Konsens, Empfehlung, Evidenzstärke: hoch) (*eTabelle 2*) (4–6, 8, 18, 23–25, 30, e113, e114). Zusätzliche Behandlungselemente, die sich im Rahmen multimodaler Behandlungsansätze bewährt haben, sind zum Beispiel körper- und/oder achtsamkeitsorientierte Verfahren. Psychotherapien und psychiatrische Behandlungen verlassen übliche Behandlungsschemata, sodass die Therapiemotivation ein wichtiges erstes Therapieziel ist (starker Konsens, Empfehlung, Evidenzstärke: gering) (4–6, 30, e115).

In einer erweiterten Psychodiagnostik werden folgende Aspekte erfasst (4–6, 30):

- das veränderte „Körperselbst“, das heißt die körperbeschwerdebezogenen Wahrnehmungen, Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen;
- dysfunktionale Erfahrungen mit eigener Krankheit, Rollenmodelle, (vermeintlich) schwere Erkrankungen im Umfeld, mögliche Traumata, Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen;
- mögliche krankheitsaufrechterhaltende Faktoren (wie aktuelle Konfliktsituationen, Wünsche nach Berentung oder Kompensations-Leistungen);
- psychische Komorbiditäten (Angst, Depression, Traumafolgestörungen, Sucht, Persönlichkeitsstörungen) (e116).

In der störungsorientierten Psychotherapie wird dann primär mit den Körperbeschwerden, dem bisherigen Erklärungsmodell sowie beschwerdebezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen gearbeitet (4–6, 30). Die Therapie fokussiert auf positives Selbst- und Körpererleben, Selbstregulationstechniken, Beziehungsgestaltung, Förderung von Kreativität und Ver-

Kernaussagen

- Funktionelle Körperbeschwerden sind häufig und beeinträchtigen in vielen Fällen Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Ihr Verlauf wird stark von ärztlichen Verhaltensweisen beeinflusst.
- Funktionelle Körperbeschwerden sollen frühzeitig mitbedacht werden.
- Eine gut geplante, gleichzeitige und gleichwertige körperliche und psychosoziale Diagnostik erlaubt die Identifikation und Behandlung körperlicher und psychischer Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen, ohne die Patienten unnötig zu belasten oder zu fixieren.
- Die wichtigsten therapeutischen Interventionen sind einfach und risikoarm: Wertschätzung, beruhigende psychophysiologische Informationen, die gemeinsame Entwicklung eines individuellen biopsychosozialen Erklärungsmodells sowie Motivation zu mehr Selbstwirksamkeit, Aktivität und einem gesünderen Lebensstil.
- Bei schwereren Verläufen mit starker Funktionsbeeinträchtigung und/oder psychischer Komorbidität ist eine multimodale Behandlung unter Einbeziehung weiterer therapeutischer Komponenten indiziert.

änderungsbereitschaft (starker Konsens, Empfehlung, Evidenzstärke: gering) (4–6, 30, e43, e117). Psychologische Zusammenhänge der Beschwerdeentstehung und -aufrechterhaltung sowie individuelle Vulnerabilitätsfaktoren (Kontext, Persönlichkeit, Biografie) werden eher indirekt beziehungsweise im Behandlungsverlauf thematisiert.

Sollte keine ambulante Behandlung möglich sein oder sich als unzureichend erweisen, ist die multimodale Behandlung in einer geeigneten (teil-)stationären Einrichtung angezeigt. Liegt der Fokus auf Verbesserung der Teilhabe einschließlich Erhalt/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit auf dem Verhindern von (weiterer) Chronifizierung, sollten eine fachübergreifende Rehabilitations-Behandlung mit einem ausreichenden Anteil an Beratung, Psychodiagnostik und Psychotherapie beziehungsweise ein psychosomatisches Heilverfahren erwogen werden (starker Konsens, Empfehlung, Evidenzstärke: gering) (4–6, e118, e119).

Diskussion

Weil funktionelle Körperbeschwerden nicht in gleicher Weise wie Krankheiten mit umschriebener Organpathologie definiert werden, sind Beschwerdeerleben, individuelle Bewältigungsstrategien und die Arzt-Patient-Interaktion für den Verlauf oft entscheidend. Viele Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie beziehen sich daher auf den Umgang mit betroffenen Patienten, das heißt die Erfassung und Modifikation des individuellen Beschwerdekontexts und Erklärungsmodells. Mit wenigen Ausnahmen sind aktive und auf Selbstwirksamkeit abzielende therapeutische Interventionen (insbesondere Psychoedukation, Entspannung und Achtsamkeit, Selbsthilfe, körperliche Aktivierung) nachhaltiger und risikoärmer wirksam als passive und organbezogene Maßnahmen. Bei

schwereren Verläufen gibt es gute Wirknachweise für multimodale Behandlung und Psychotherapie. Medikamente sollten nur zur vorübergehenden Beschwerdelinderung und bei Komorbidität eingesetzt werden. Es gibt weiterhin erheblichen Forschungsbedarf im Hinblick auf die Prävention, die Psychophysiologie und die differenzielle Behandlung von Patienten mit unterschiedlichen Manifestationsformen funktioneller Körperbeschwerden.

Danksagungen

Die Autoren danken der AWMF sowie allen Kolleginnen und Kollegen, Fachgesellschaften und Patientenorganisationen (eKasten 1), die zur Erstellung dieser Leitlinie beigetragen haben.

Interessenkonflikt

Dr. Roenneberg, MHBA, und Dipl.-Psych. Sattel erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Prof. Schäfer wurde für eine Autorenschaft honoriert vom Springer Verlag und von der Zeitschrift Psychotherapeut.

Prof. Hausteiner-Wiehle und Prof. Henningsen erhielten von Schattauer und Elsevier Autoren-Honorare für Lehrbuch-Beiträge zum Thema „funktionelle Körperbeschwerden“.

Manuskriptdaten

eingereicht: 18. 3. 2019, revidierte Fassung angenommen: 12. 6. 2019

Klinische Leitlinien unterliegen im Deutschen Ärzteblatt, wie auch in vielen anderen Fachzeitschriften, nicht dem Peer-Review-Verfahren, weil es sich bei S3-Leitlinien bereits um vielfach durch Experten (Peers) bewertete, diskutierte und auf breiter Basis konsenterte Texte handelt.

Literatur

1. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, et al.: Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Stuttgart: Klett-Cotta (vormals Schattauer) 2013 1 ff.
2. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Hauser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P: Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 803–13.
3. S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html (last accessed on 4 March 2019).
4. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F: Management of functional somatic syndromes and bodily distress. Psychother Psychosom 2018; 87: 12–31.
5. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P: Kein Befund und trotzdem krank? Stuttgart: Klett-Cotta (vormals Schattauer) 2015 .
6. Henningsen P, Martin A: Somatoforme Störungen, somatische Belastungsstörung. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb K, eds.: Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München: Elsevier 2016.
7. van Gils A, Schoevers RA, Bonvanie IJ, Gelauff JM, Roest AM, Rosmalen JG: Self-help for medically unexplained symptoms: a systematic review and meta-analysis. Psychosom Med 2016; 78: 728–39.
8. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, et al.: Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014; (11): CD011142.
9. Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR: Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2016; (2): CD003200.
10. Winkelmann A, Häuser W, Friedel E, et al.: Physiotherapy and physical therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. Schmerz 2012; 26: 276–86.
11. Arnold B, Häuser W, Arnold M, et al.: Multimodale Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht, Metaanalyse und Leitlinie. Schmerz 2012; 26: 287–90.
12. Häuser W, Wolfe F, Tölle T, Uçeyler N, Sommer C: The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. CNS Drugs 2012; 26: 297–307.
13. Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, Cantrell SE, Häuser W: Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2015; (6): CD011735.
14. Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen PJ: Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; (10): CD008244.
15. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA: Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016; 9: CD011790.
16. Li YH, Wang FY, Feng CQ, Yang XF, Sun YH: Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One 2014; 9: e89304.

17. Yuan QL, Wang P, Liu L, et al.: Acupuncture for musculoskeletal pain: a meta-analysis and meta-regression of sham-controlled randomized clinical trials. Sci Rep 2016; 6: 30675.
18. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W: Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2013; (9): CD009796.
19. Lauche R, Cramer H, Dobos G, Langhorst J, Schmidt S: A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. J Psychosom Res 2013, 75: 500–10.
20. Chao GQ, Zhang S: Effectiveness of acupuncture to treat irritable bowel syndrome: a meta-analysis. World J Gastroenterol 2014; 20: 1871–7.
21. Manheimer E, Cheng K, Wieland LS, et al.: Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2012; (5): CD005111.
22. Aucoin M, Lalonde-Parsi MJ, Cooley K: Mindfulness-based therapies in the treatment of functional gastrointestinal disorders: a meta-analysis. Evid Based Complement Alternat Med 2014; 2014: 140724.
23. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS: Short-term and long-term efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2016; 14: 937–47.
24. Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, et al.: Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol 2014; 109: 1350–65.
25. Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W: Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Psychosom Med 2014; 76: 389–98.
26. Chang L, Lembo A, Sultan S: American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2014; 147: 1149–72.e2.
27. Li J, Zhu W, Liu W, Wu Y, Wu B: Rifaximin for irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Medicine (Baltimore) 2016; 95: e2534.
28. Deutsche Schmerzgesellschaft. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html (last accessed on 22 February 2019).
29. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2nd edition. Version 1. 2017 (last accessed on 22 February 2019).
30. Martin A, Härter M, Henningsen P, Hiller W, Kröner-Herwig B, Rief W: Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen und assoziierter Syndrome (Vol. 4). Göttingen: Hogrefe Verlag 2013.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Casper J. Roenneberg, MHBA
 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
 Ismaninger Straße 22, 81675 München
 Casper.Roenneberg@mri.tum.de

Zitierweise

Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C: Clinical practice guideline: Functional somatic symptoms. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 553–60. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0553

► Die englische Version des Artikels ist online abrufbar unter:
www.aerzteblatt-international.de

Zusatzmaterial
 Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit3319 oder über QR-Code

eKästen, eGrafiken und eTabellen:
www.aerzteblatt.de/19m0553 oder über QR-Code



Die Reichweite des Deutschen Ärzteblattes

- Das Deutsche Ärzteblatt ist mit einer Auflage von mehr als 350 000 Exemplaren die mit Abstand größte medizinische Zeitschrift in Deutschland.
- Einen cme-Artikel im Deutschen Ärzteblatt bearbeiten im Durchschnitt mehr als 24 000 Teilnehmer.
- Der wissenschaftliche Teil des Deutschen Ärzteblattes wird auch in der meinungsführenden Publikumspressen mehr als andere deutschsprachige medizinische Journale als wichtige Quelle wahrgenommen.