

S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden"

AWMF-Reg.-Nr. 051-001

KURZFASSUNG - SCHLÜSSELEMPFEHLUNGEN

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

Vorbemerkung

In dieser Kurzfassung sind praxisnahe Empfehlungen für den Umgang mit Erwachsenen mit funktionellen Körperbeschwerden in übersichtlicher Weise auf 17 Seiten gebündelt; Quellentexte, Referenzen, Evidenztabelle, Klinische Entscheidungshilfen und auch eine ausführliche Vorbemerkung über Hintergrund und Ziele der Leitlinie sind hier nicht enthalten. Weil nur für einige funktionelle Krankheitsbilder und nicht für alle relevanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen umfangreiche Evidenz vorliegt, sind die Empfehlungen ebenso wie in der Langfassung als "Klinische Konsenspunkte (KKP)" dargestellt, mit breitem klinischem Konsens der 34 teilnehmenden Fachgesellschaften und Verbände. Der interessierte Leser findet Verweise, die zur jeweiligen Evidenzbasierung in der Langfassung führen.

Weil funktionelle Körperbeschwerden in allen Versorgungsstufen und allen medizinischen Fachrichtungen sehr häufig sind und hinsichtlich ihres Schweregrads sehr heterogen verlaufen, sind die Empfehlungen auch in der Kurzfassung in drei Behandlungsphasen unterteilt:

1. initiale Grundversorgung,
2. erweiterte Grundversorgung (unterteilt in „Simultandiagnostik“ und „Vom Erklärungsmodell zur Bewältigung“) und schließlich
3. multimodale Behandlung / Psychotherapie einschließlich sozialmedizinischer Aspekte.

Dabei bauen die Empfehlungen aufeinander auf, d.h. die Empfehlungen für die Initialphase gelten auch für schwerere Verläufe, werden bei diesen aber durch weitere, ggf. kooperative Maßnahmen ergänzt. Weil oft lange offen bleibt, welche Beschwerdeanteile als „organisch“, „psychisch“ oder „funktionell“ einzuordnen sind bzw. eine solche Zuordnung im Einzelfall oft gar nicht möglich ist, gilt über alle Behandlungsphasen hinweg die Empfehlung einer „Sowohl-als-auch-Perspektive“, die die verschiedenen Ebenen und ihr Ineinandergreifen von Anfang an berücksichtigt.

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

Leser-Anregungen bitte an redaktion@funktionell.net.

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



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

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 9-15)

KKP Funktionelle Körperbeschwerden sind häufig und vielgestaltig. Erwägen Sie daher frühzeitig die Möglichkeit, dass die von den Patienten vorgetragenen Beschwerden funktioneller Natur sind (**starker Konsens**).

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

2. Sorgfältig befragen und untersuchen („get in touch 1“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 15-20)

KKP Fragen Sie die Patienten nach ihren Hauptbeschwerden, aber auch nach weiteren Beschwerden oder Problemen (**starker Konsens**).

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

KKP Führen Sie nach Ankündigung eine sorgfältige, allgemeine körperliche Untersuchung durch, um ggf. Hinweise auf weitere Beschwerden, Befunde und Einschränkungen zu erfassen (**Konsens**).

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

dramatisierender Beschwerdeausdruck) (**starker Konsens**).

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

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

3. Beruhigen (“reassure”):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 21-23)

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

KKP Vermitteln Sie den Patienten dabei das Gefühl von Ernstgenommen-Werden, Sorgfalt und Sicherheit (**starker Konsens**).

KKP Vermitteln Sie insbesondere die Glaubwürdigkeit der Beschwerden, ohne dabei notwendigerweise bereits auf eine Diagnose zurückzugreifen, aber auch ohne die Beschwerden zu verharmlosen oder zu negieren (**starker Konsens**).

4. Beraten (“advise”):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 24-28)

KKP Erfragen Sie / Erinnern Sie die Patienten an allgemeine Maßnahmen, welche geeignet sind, die Symptome günstig zu beeinflussen (im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven Lebensstils) (**starker Konsens**).

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

5. Abwartendes Offenhalten („watchful waiting“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 29-31)

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

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

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



6. Entschleunigen und Behandlungssetting anpassen („slow down and customize“):
(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 32-39)

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

KKP Etablieren Sie ein klares Setting mit festen, regelmäßigen, beschwerdeunabhängigen Terminen in ruhiger Atmosphäre (**starker Konsens**).

KKP Nutzen Sie die Möglichkeiten der „Psychosomatischen Grundversorgung“ und anderer spezieller fachlicher Schulungen, z. B. Kommunikationstrainings, Hausarzt-orientierte Kurzinterventionen (**starker Konsens**).

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

7. Aufmerksam zuhören und nachfragen („pay attention and broaden the lens“):
(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 39-61)

KKP Betrachten Sie die ersten Gesprächsphasen als „Bühne des Patienten“: Unterbrechen Sie nicht zu früh, stellen Sie zunächst offene, neutrale Fragen (z. B. "Wie fühlen Sie sich (mit ihren Beschwerden)? Wie kommen Sie damit zurecht?"); hören Sie vor allem aktiv und aufmerksam zu (**starker Konsens**).

- KKP** Achten Sie bei der Beschwerdepräsentation auch auf Stimmung, Körpersprache, Zwischentöne, Betontes, Verharmlostes, Ursachenannahmen sowie auf weitere Beschwerden und Belastungen, auch wenn sich diese außerhalb Ihres Fachgebiets befinden. Nutzen Sie dazu auch die Zeit während körperlicher Untersuchungen (Auskultation, Palpation, Ultraschall etc.) **(starker Konsens)**.
- KKP** Beobachten Sie auch Ihr eigenes Empfinden, Verhalten sowie ihre Beweggründe in der Arzt-Patient-Interaktion (z. B. Hilflosigkeit, Ärger, übereifriges Anordnen, wiederholte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) **(starker Konsens)**.
- KKP** Zeigen Sie, dass Sie den Leidensdruck der Betroffenen bemerken und die Beschwerden ernst nehmen, z. B. durch eine empathische Mimik und Gestik **(starker Konsens)**.
- KKP** Ergänzen Sie danach (auch bereits im Hinblick auf mögliche therapeutische Anknüpfungspunkte) Ihre Anamnese durch *gezieltes Nachfragen* **(starker Konsens)**:
- zu der/den Hauptbeschwerde(n), körperlichen und psychischen Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen, zu subjektivem Erklärungsmodell und Bedeutungszuschreibungen (z. B. „Was denken Sie, woher die Beschwerden kommen?“),
 - zu früheren und weiteren Beschwerden, Begleiterkrankungen und Behandlungen,
 - zu problematischen Denk- und Verhaltensweisen (z. B. unangemessene Krankheitsbefürchtungen oder körperliche Schonung), aber auch zu Ressourcen und
 - zum psychosozialen Beschwerdekontext einschließlich besonderer psychosozialer Herausforderungen und Belastungen (z. B. Kommunikationsprobleme, Einsamkeit/Fremdheit, Traumata)
- KKP** Machen Sie sich (und ggf. Ihrem Team) individuelle Besonderheiten und Therapiebedürfnisse aufgrund von Persönlichkeit, Geschlecht, Alter oder Herkunft/Kultur der Patienten bewusst **(starker Konsens)**.
- KKP** Nutzen Sie auch kürzere Gesprächszeiten effizient, indem Sie bewährte Gesprächstechniken einsetzen. Bringen Sie beispielsweise psychosoziale Kontextfaktoren beiläufig und einfühlsam ins Gespräch und kommen Sie immer wieder auf die Körperbeschwerden zurück („tangentialer Gesprächsführung“) **(starker Konsens)**.
- 8. Wohlüberlegt untersuchen und anordnen („choose wisely“):**
(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ⤴; Langfassung S. 61-65)
- KKP** Gehen Sie bei der weiteren apparativen und laborchemischen Diagnostik systematisch (im Hinblick auf Indikation, Nutzen und Risiken wohlüberlegt und gezielt), gestuft und nicht redundant vor. Ziel ist nicht, für alle Beschwerden eindeutige Ursachen zu benennen (das kann auch die moderne Medizin nicht immer), sondern abwendbar gefährliche Verläufe (z. B. Karzinom, Suizidalität) auszuschließen und Handlungsbedarf zu erkennen **(Konsens)**.
- KKP** Wiederholen Sie klinisch-körperliche Untersuchungen ggf. in regelmäßigen Abständen, auch um Warnzeichen für körperliche Erkrankungen oder evtl. Folgeschäden vorausgegangener Passivierung oder Fehlbehandlungen zu erkennen **(starker Konsens)**.
- KKP** Vermeiden Sie wiederholte, vor allem invasive technische Zusatzuntersuchungen, wenn sie hauptsächlich dazu dienen sollen, den Patienten oder auch Sie selbst zu beruhigen **(starker Konsens)**.

9. Untersuchungen besprechen („frame investigations“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 65-67)

- KKP** Kündigen Sie ggf. notwendige Untersuchungen beruhigend an. Verweisen Sie, wenn angebracht, schon im Vorfeld auf die hohe Wahrscheinlichkeit eines altersentsprechenden Normalbefundes (**starker Konsens**).
- KKP** Erklären Sie ggf., warum bestimmte Untersuchungen NICHT notwendig sind (**starker Konsens**).
- KKP** Ordnen Sie (auch von auswärts mitgebrachte) frühere Befunde, Zufalls- oder Bagatellbefunde ohne weitere diagnostische oder therapeutische Bedeutung normalisierend ein (**starker Konsens**).
- KKP** Bei mehreren Untersuchungen, die sich über längere Zeit erstrecken, können zwischenzeitliche „Bilanzierungsgespräche“ sinnvoll sein, die die bisherigen Untersuchungen zusammenfassen und bewerten (**starker Konsens**).
- KKP** Besprechen Sie erhaltene Befunde (Laborwerte, Röntgenbilder etc.) in laiengerechter Sprache, mit Formulierungen, die die Patienten beruhigen, informieren und motivieren, anstatt zu riskieren, sie zu verwirren und zu ängstigen. Stellen Sie durch Rückfragen sicher, dass die Informationen korrekt verstanden wurden (**starker Konsens**).
- KKP** Nutzen Sie sowohl bei der Ankündigung als auch bei der Besprechung von Untersuchungen geeignetes Informationsmaterial, mit dem z. B. ein EKG oder eine Darmspiegelung in Bildern, in einfacher Sprache, ggf. auch in einer Fremdsprache erklärt werden (**starker Konsens**).

10. Krankheitswert und diagnostische Zuordnung(en) klären („clarify severity and diagnosis“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 67-75)

- KKP** Dokumentieren Sie – auch zur Verlaufsbeobachtung für sich selbst und andere Behandler – wichtige Befunde für ein möglichst klares Bild relevanter Problembereiche einschließlich psychosozialer Kontextfaktoren (**starker Konsens**).
- KKP** Achten Sie dabei insbesondere auf (neue) Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe oder ein Chronifizierungsrisiko und leiten Sie daraus eventuellen Handlungsbedarf ab (**starker Konsens**).
- KKP** Achten Sie auch auf günstige Prognosefaktoren und leiten Sie daraus geeignete therapeutische Anknüpfungspunkte ab (**starker Konsens**).
- KKP** Prüfen Sie Ihr eigenes Erklärungsmodell für die Beschwerden, z. B. in Form einer Verdachtsdiagnose (**starker Konsens**).
- KKP** Beobachten Sie, wo Sie selbst noch diagnostische Bedenken oder Ängste haben, und wie begründet diese sind; denken Sie dabei an die hohe Wahrscheinlichkeit funktioneller Beschwerden und an die Möglichkeit des abwartenden Offenhaltens, ohne dass sofort Gefahr droht (**starker Konsens**).
- KKP** Prüfen Sie, inwiefern die Kriterien einer spezifischen funktionellen oder somatoformen Störung erfüllt sind, Krankheitswert und Handlungsbedarf bestehen (**starker Konsens**).
- KKP** Achten Sie dabei auf mögliche körperliche und psychische Komorbiditäten und vergeben Sie ggf. mehrere Diagnosen (**starker Konsens**).
- KKP** Falls keine eindeutige Diagnose besteht, wählen Sie Symptom („R“)- oder Inanspruchnahme („Z“)- Verschlüsselungen (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, psychosoziale Umstände) anstatt Verlegenheitsdiagnosen (**starker Konsens**).

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

<p>SCHUTZFAKTOREN FÜR EINEN GÜNSTIGEN VERLAUF („GREEN FLAGS“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionale Gedanken und Einstellungen, z. B. positive Lebenseinstellung, Humor, Selbstbewusstsein • Aktive Bewältigungsstrategien, z. B. sportliche Betätigung, aber auch Genuss- und Entspannungsfähigkeit • Individuelle Ressourcen, z. B. Hobbies, soziales Engagement, berufliche Pläne • Keine oder geringe psychosoziale Belastung, z. B. stabile Bindungen, gute soziale Unterstützung, gute Lebens- und Arbeitsbedingungen • Keine psychische Komorbidität • Weitgehend erhaltene Funktionsfähigkeit, z. B. Berufstätigkeit oder Sozialkontakte • Tragfähige Arzt-Patient-Beziehung • Biopsychosozialer Behandlungsansatz mit Vermittlung von Zuversicht und positiven Bewältigungsstrategien, unter Vermeidung unnötiger Diagnostik und Therapie
<p>INDIKATOREN/ RISIKOFAKTOREN FÜR EINEN SCHWEREREN VERLAUF („YELLOW FLAGS“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf) • Häufige bzw. anhaltende Beschwerden (ohne oder nur mit seltenen beschwerdefreien Intervallen) • Dysfunktionale Gedanken und Einstellungen z. B. Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Angst-Vermeidungs- Überzeugungen, hohe gesundheitsbezogene Angst • Passives, überaktives oder suppressives Verhalten, z. B. ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, beharrliche Arbeitsamkeit/ Durchhalte-Verhalten, hohes Inanspruchnahmeverhalten • Mäßige bis hohe psychosoziale Belastung, z. B. Distress (negativer Stress, vor allem berufs-/arbeitsplatzbezogen), Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, Einsamkeit • Psychische Komorbidität (v.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Traumafolgestörungen) • Deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit, z. B. Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung • Behandler-Patient-Beziehung wird von beiden Seiten als „schwierig“ erlebt • „Iatrogene Somatisierung“ bzw. „Chronifizierung“ durch Noceboeffekten, Passivierung, unnötige Diagnostik und Therapie
<p>WARNHINWEISE („RED FLAGS“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstgefährdung bis hin zu Suizidalität (z. B. massive Mangelernährung/Untergewicht, schwere körperliche Folgeschäden von Schonung wie Kontrakturen, Selbstmordgedanken und –pläne) • Gefährdung durch Andere, z. B. durch Ärzte, meist durch fehlende oder ungeeignete Behandlungen (z. B. Vorenthaltung notwendiger Therapien körperlicher Begleiterkrankungen, Mangelsyndrome durch Ausleittherapien, hochriskante invasive Therapien wie nicht indizierte Operationen) • Besonders schwere psychische Komorbidität (z. B. völliger Rückzug bei Angsterkrankungen oder Depressionen) • Warnsignale bekannter körperlicher Erkrankungen (z. B. Blut im Stuhl bei Magen-Darm-Beschwerden, B-Symptomatik bei Erschöpfung, Probleme mit Stuhlgang oder Wasserlassen bei Rückenschmerzen)

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

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

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

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



11. Erklären und benennen („making sense of symptoms“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 83-88)

KKP

Weisen Sie die Patienten darauf hin, dass Beschwerden auch ohne körperliche Erkrankungen *häufig* sind, sie also mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind (**starker Konsens**).

KKP

Erklären Sie psychophysiologische Zusammenhänge, z. B. mithilfe von „Teufelskreismodellen“ („Je mehr Schmerzen, desto weniger Bewegung – je

weniger Bewegung, desto mehr Schmerzen“), anatomischen Abbildungen und modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen (**starker Konsens**).

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

KKP Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Patienten ganz persönliche, für sie gut nachvollziehbare, vorwurfsfreie, multifaktorielle Erklärungsmodelle („biopsychosozial“, „sowohl-als-auch“), die an die bisherigen Annahmen anknüpfen und gleichzeitig mögliche Lösungen aufzeigen, vor allem Veränderungsmöglichkeiten durch die Patienten *selbst* (z. B. Abbau von Vermeidungs-, Schon- oder Überforderungsverhalten, Lösung von Arbeitsplatzkonflikten) (**starker Konsens**).

KKP Bewerten Sie belastende Kontextfaktoren ebenso wie körperliche (Vor-) Erkrankungen oder Befunde als „Bedingungen“, „Auslöser“, „Verstärker“ bzw. als „zusätzliche Baustellen“ – aber nicht als „Ursachen“. Vermeiden Sie dabei monokausale, einseitig psychosoziale oder einseitig somatische Ursachenzuschreibungen (**starker Konsens**).

KKP Wenn Diagnosen (einschl. Komorbiditäten) bestehen, erläutern Sie diese angemessen. Nutzen Sie dabei auch Möglichkeiten zur psychischen Entlastung des Patienten durch die Mitteilung der Diagnose und sich daraus ergebender (Be-) Handlungsmöglichkeiten (**starker Konsens**).

KKP Grenzen Sie dabei funktionelle und somatoforme Diagnosen von bekannten bzw. von den Patienten befürchteten anderen Erkrankungen ab und erklären Sie deren beschreibenden Charakter, die normale Lebenserwartung sowie weitere, bewährte Informations-, Therapie- und Selbsthilfemöglichkeiten (**starker Konsens**).

12. An Erwartungen und Zielen arbeiten („*frame expectations and goals*“): (Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 89-93)

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

KKP Relativieren Sie unrealistische Erwartungen. Erklären Sie, dass man auch mit Beschwerden ein gutes Leben haben kann. Das Finden einer eindeutigen „Ursache“, ein schnelles „Wegmachen“ oder „Loswerden“ der Beschwerden oder andere Heilsversprechen sind nicht zielführend (**starker Konsens**).

KKP Erarbeiten Sie *gemeinsam* mehrere konkrete, möglichst kleinschrittige Zwischenziele im Hinblick auf mehr Selbstwirksamkeit, verbessertes Körpererleben, körperliche und soziale Aktivierung, Regeneration und Entspannung (**starker Konsens**).

KKP Erarbeiten Sie *gemeinsam* übergeordnete Werte, Motivationen und Therapieziele („Leuchtturm“, „Vision“), z. B. in Bezug auf eine Vergrößerung des Bewegungsradius, einen Lebenstraum, gesellschaftliches Engagement, den Erhalt der Partnerschaft oder der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (**starker Konsens**).

- KKP** Achten Sie dabei auf Patientenpräferenzen, aber auch mögliche widersprüchliche Ziele (z. B. zwischen Gesundungs- und Rentenwunsch) sowie innere (z. B. Ängste, Konfliktvermeidung) und äußere Behandlungshindernisse (z. B. Dagegenarbeiten des Partners, laufende Schmerzensgeldverhandlungen) (**starker Konsens**).
- KKP** Begleiten und motivieren Sie Patienten bei der Umsetzung ihrer Ziele, loben Sie sie für schon erreichte Fortschritte (**starker Konsens**).
- KKP** Stimmen Sie Erwartungen an die Rollen von Arzt und Patient in der weiteren Behandlung ab. Angestrebt werden sollte eine partizipative Entscheidungsfindung mit einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit (**starker Konsens**).

13. Beschwerden und Symptome lindern (“ease symptoms“):

(Evidenzstärke: hoch, Empfehlung: ↗; Langfassung S. 94-125; Evidenztabelle S. 106 ff.)

- KKP** Erklären Sie den in der Regel vorübergehenden und begleitenden Charakter von passiven, beschwerdelindernden Maßnahmen im Vergleich zu nachhaltigeren aktiven Selbstwirksamkeitsstrategien. Erklären Sie Vor- und Nachteile dieser Maßnahmen und wägen Sie mit dem Patienten ab (**starker Konsens**).
- KKP** Beraten Sie Patienten hinsichtlich folgender passiver symptomatischer Maßnahmen zur Beschwerdelinderung (**starker Konsens**):
Analgetika, Psychopharmaka, überwiegend peripher wirksame Medikation, passive physikalische und physiotherapeutische Anwendungen, passive komplementärmedizinische Begleittherapien wie z. B. Akupunktur, Phytotherapie.

14. Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit stärken (“enable“):

(Evidenzstärke: hoch, Empfehlung: ↗; Langfassung S. 133-139; Evidenztabelle S. 137 f.)

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

15. Zur körperlichen Aktivität ermutigen („move“):

(Evidenzstärke: hoch; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 140-147; Evidenztabelle S. 145 ff.)

- KKP** Körperliche Aktivierung ist eine zentrale Therapiemaßnahme bei funktionellen Körperbeschwerden. Aktivierung kann in Form kleiner Verhaltensveränderungen beginnen, die individuell angepasst sein sollten (**starker Konsens**).

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

16. Zusammenarbeiten und Rat einholen („*network and consult*“):

(Evidenzstärke: hoch; Empfehlung: 7; Langfassung S. 148-152; Evidenztabelle S. 152)

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

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

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



17. Multimodale Behandlung vorbereiten („prepare multimodal“):

(Evidenzstärke: hoch; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 153-168; Evidenztabelle S. 168)

KKP

Streben Sie zunächst ein ambulantes Behandlernetzwerk an. Gegenseitige Kenntnis und Wertschätzung der Behandler und regelmäßige Kommunikation ist für eine gelingende multimodale Behandlung notwendig (**starker Konsens**).

KKP

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

KKP

Erwägen Sie je nach diagnostischer Einschätzung, Motivation der Betroffenen und lokalen Gegebenheiten auch eine andere somatisch-fachärztliche oder eine ambulante psychiatrische Mitbehandlung, eine begleitende Krankengymnastik, oder weitere Therapieelemente (**starker Konsens**).

KKP

Psychotherapie ist eine wichtige und bei einem breiten Spektrum funktioneller Körperbeschwerden nachweislich wirksame Behandlungsform, wenngleich nicht die einzige Option bei der Einbeziehung weiterer Behandlungskomponenten. Erwägen Sie die Vermittlung in ambulante Psychotherapie insbesondere bei

relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren und/oder psychischer Komorbidität, bei relevanten dysfunktionalen Krankheitsannahmen, starker funktioneller Beeinträchtigung oder bei anhaltend schwierigen Behandler-Patient-Beziehungen (**Konsens**).

KKP Bereiten Sie evtl. indizierte Über- oder Einweisungen behutsam vor, insbesondere zum Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten. Erläutern Sie die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens und sprechen Sie auch mögliche diesbezügliche Vorbehalte der Patienten offen an (**starker Konsens**).

KKP Empfehlen Sie ein wissenschaftlich gut fundiertes psychotherapeutisches Verfahren, dessen Wirksamkeit durch qualitativ hochwertige Studien gesichert ist, wie beispielsweise eine (kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie oder Hypnotherapie (**starker Konsens**).

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

KKP Vereinbaren Sie eine möglichst zeitnahe Wiedervorstellung Ihres Patienten bei Ihnen, wenn eine Konsultation bei anderen Kollegen geplant oder bereits erfolgt ist (**starker Konsens**).

18. Psychotherapie beginnen („get in touch 2“):

(Evidenzstärke: hoch; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 169-172; Evidenztabelle S. 180 ff.)

KKP Psychotherapien und psychiatrische Behandlungen verlassen das übliche, für viele Patienten vertraute Schema ärztlicher Konsultationen. Rechnen Sie damit, dass Patienten dieser ungewohnten Therapieform gegenüber zumindest ambivalent eingestellt sind (**starker Konsens**).

KKP Erklären Sie Psychotherapie als wissenschaftlich begründete „Therapie mit psychologischen Mitteln“, die auch bei körperlich definierten Beschwerden und Erkrankungen helfen. Psychotherapeuten werden hierfür „mit ins Boot“ geholt, Patienten werden NICHT an diese abgegeben (**starker Konsens**).

KKP Motivation zur Psychotherapie kann ein erstes Therapieziel in der Psychotherapie sein („Motivationsaufbau“). Erfragen Sie Vorerfahrungen, Erwartungen, Ängste und Vorbehalte des Patienten in Bezug auf das Medizinsystem, speziell auf Psychotherapie (**starker Konsens**).

KKP Fokussieren Sie auf die in der Initialphase wichtigsten Behandlungselemente: Vertrauensaufbau, Psychoedukation und Verbesserung konkreter Bewältigungs-Strategien wie z. B. Stress- und Schmerzbewältigung oder Akzeptanz. Nutzen Sie zum Aufbau einer stabilen therapeutischen Arbeitsbeziehung auch die in der Grundversorgung empfohlenen Maßnahmen, z. B. zu Gesprächsführung, Formulierung von Zielen, Selbstwirksamkeit und Aktivierung (**starker Konsens**).

KKP Arbeiten Sie zunächst mit den Beschwerden, beschwerdebezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen, sowie mit dem bisherigen Erklärungsmodell des Patienten (**starker Konsens**).

KKP Bringen Sie psychologische Zusammenhänge der Beschwerdeentstehung und Aufrechterhaltung initial eher „tangential“, also nicht zu direkt, ein (**starker Konsens**).

19. Körperselbst diagnostizieren („*diagnose embodied self*“):
(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 173-176)

KKP Nutzen Sie die Initialphase der Psychotherapie für eine umfassendere Diagnostik des Erlebens und Verhaltens von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, parallel zum Aufbau der therapeutischen Arbeitsbeziehung (s.o.) (**starker Konsens**).

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

KKP Prüfen Sie das Vorliegen weiterer möglicher krankheitsaufrechterhaltender Faktoren, wie z. B. aktuelle Belastungen und Konflikte, Berentungswunsch oder in Aussicht stehende Kompensationsleistungen (**starker Konsens**).

KKP Beachten Sie darüber hinaus psychische Komorbiditäten, insbesondere aus dem Bereich der Angst- und affektiven Erkrankungen, der Traumafolgestörungen, der Suchterkrankungen und der Persönlichkeitsstörungen (**starker Konsens**).

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

20. Psychotherapie – störungsorientiert („*core psychotherapy*“):
(Evidenzstärke: hoch; Empfehlung: 7; Langfassung S. 177-182; Evidenztabelle S. 180 ff.)

KKP Wenden Sie ein störungsorientiertes und wissenschaftlich gut fundiertes psychotherapeutisches Verfahren an, dessen Wirksamkeit für die infrage stehende Symptomatik möglichst durch qualitativ hochwertige Studien gesichert ist (**starker Konsens**).

KKP Beachten Sie als einen wichtigen Grundsatz der Störungsorientierung: an individuellen Vulnerabilitätsfaktoren (Kontext, Persönlichkeit, Biographie) sollte erst gearbeitet werden, wenn eine stabile therapeutischen Beziehung besteht, welche gegebenenfalls erst geschaffen werden muss. Vulnerable Themen können angesprochen werden, wenn der Patient selbst Interesse für psychosoziale Themen zeigt, oder im Therapieverlauf *erlebt*, dass seine Beschwerden durch kleine Änderungen von Erwartungen und Verhalten beeinflussbar sind (**starker Konsens**).

KKP Legen Sie in der Hauptphase der Therapie mögliche Schwerpunkte auf positives Selbst- und Körpererleben, Selbstregulationstechniken, Beziehungsgestaltung, Förderung von Kreativität und Veränderungsbereitschaft (**starker Konsens**).

21. (Teil-) Stationäre Behandlung erwägen („consider inpatient“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 183-184)

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

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

22. Rehabilitation („back to life, back to work“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: ↗; Langfassung S. 185-189)

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

KKP Rehabilitationsbehandlungen sind fachübergreifend anzulegen, mit einem ausreichenden Anteil an Beratung, Psychodiagnostik und Psychotherapie (**starker Konsens**).

KKP Wählen Sie die Reha-Einrichtung (evtl. auch in Kooperation von Haus- bzw. somatischem Facharzt und Psychotherapeut) nach individuell geeignetem Setting aus (stationäre und ganztägig ambulante bzw. somatische und psychosomatische Einrichtungen) (**starker Konsens**).

KKP Streben Sie dabei vor allem bei relevanten psychosozialen Belastungen ein psychosomatisches Heilverfahren an - auch bei somatischer Ko-Morbidität (**starker Konsens**).

Unzweckmäßige, überflüssige oder obsoleete Maßnahmen in der Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden

- Überprüfen Sie diagnostische und therapeutische Maßnahmen kontinuierlich bezüglich ihres Nutzens und ihrer Risiken. Passive, medikamentöse und invasive Maßnahmen sollten nur nach besonders kritischer Abwägung von Nutzen (z. B. vorübergehende Beschwerdelinderung) und Risiken (z. B. iatrogene Chronifizierung) eingesetzt werden. Präparate mit erhöhten Risiken für (schwere) unerwünschte Nebenwirkungen sollen nur in strikter Übereinstimmung mit den Richtlinien der jeweiligen Leitlinien zur Anwendung kommen (z. B. Pregabalin bei der Fibromyalgie ist indiziert nur bei Komorbidität mit generalisierter Angststörung, Wirksamkeitsüberprüfung nach 2 und 4 Wochen, Abbruch bei fehlender Wirksamkeit nach 4 Wochen).

Wichtige Beispiele:

- Opiate, Cannabis-Präparate und Benzodiazepine sind bei rein funktionellen Körperbeschwerden nicht indiziert, können aber zu Medikamentenabhängigkeiten führen.
- Langzeit-Medikation mit Antibiotika oder Chelatbildnern sowie einseitige Diäten können schädliche Einflüsse auf Darmflora, Vitamin-, Metall- und Mineralstoffhaushalt haben.
- Karenz- oder Abschirmungsmaßnahmen (z. B. Vermeidung von öffentlichen Verkehrs- oder Kommunikationsmitteln) können sich nachteilig auf Bewegungsradius und soziale Beziehungen auswirken.
- Antipsychotika (Fluspirilen-Spritze!), Anxiolytika und Tranquilizer sind nur in Krisensituationen oder bei entsprechender Komorbidität gerechtfertigt.
- Die Indikationen für invasive Diagnostik- und Therapiemaßnahmen (z. B. Katheter, Spritzen, Schmerzpumpen, Stimulationssonden, Neurolysen, Kieferausräsungen, Verlegenheits-Operationen wie Appendektomien, Cholezystektomien, Amputationen) sollten aufgrund der teilweise hohen Risiken besonders kritisch gestellt, auf Patientenwünsche nach solchen Eingriffen äußerst zurückhaltend eingegangen werden.
- Überprüfen Sie Ihre (v.a. negativen) Impulse (z. B. aggressive Diagnostik, Loswerden-Wollen, Deutungen von Patientenverhalten als „Widerstand“, mangelnde Motivation bzw. Einsicht) und Ihre Anordnungen (z. B. IGEL) kritisch, vor allem im Hinblick auf die Gefahr einer iatrogenen Chronifizierung.
- Warten Sie nicht die „vollständige“ somatische Ausschlussdiagnostik ab, bevor Sie erstmals (auch nur geringfügige) Hinweise auf psychosoziale Belastungen aufgreifen. Sie signalisieren sonst eine Nachrangigkeit psychosozialer Aspekte und erhöhen das Risiko einer „iatrogenen Chronifizierung“ und Stigmatisierung.
- Vermeiden Sie dualistische („Entweder-Oder-Modell“) oder hierarchische Erklärungsmodelle („körperliche Erkrankungen sind wichtiger/ gefährlicher als psychische“, „jetzt, wo organische Ursachen ausgeschlossen sind, muss es doch ein psychisches Problem sein“). Die Erklärungsmodelle der beteiligten Behandler sollten miteinander kompatibel sein.
- Vermeiden Sie einseitige „Psychologisierung“ (mangelndes Einbeziehen des Körpers, mangelnde Flexibilität im Umgang mit somatischen Behandlungswünschen) ebenso wie eine einseitige „Somatisierung“ (Nicht-Einbeziehung psychosozialer Umstände und Beschwerden).
- Vermeiden Sie Formulierungen, die die Beschwerden verharmlosen, ihre Legitimität bezweifeln, unbewiesene Ätiologieannahmen suggerieren oder den Betroffenen stigmatisieren.
- Auch wenn funktionelle Körperbeschwerden in bestimmten Konstellationen häufiger auftreten und daher individuelle Unterschiede bzgl. Erkrankungsrisiko, Prognose und Therapiebedürfnisse beachtet werden müssen: Umkehrschlüsse - dass etwa bei ängstlich-anklammernden Personen, bei Frauen oder Migranten vorschnell von einer funktionellen Genese ausgegangen wird, dagegen bei souveränen Personen, Männern, oder Nicht-Migranten nicht - sind nicht gerechtfertigt und können potenziell gefährlich sein.
- Sprechen Sie eventuell traumatisierte Personen wegen der Gefahr einer Re-Traumatisierung und eines Behandlungsabbruchs nur dann direkt auf ihre belastenden Erlebnisse an, wenn bereits eine tragfähige Beziehung besteht, z. B. innerhalb einer Psychotherapie. Achten Sie aber frühzeitig auf indirekte Hinweise für Vortraumatisierungen (z. B. Zusammenzucken bei Berührungen, bei akustischen oder visuellen Triggern) und fragen Sie ggf. nach typischen Traumafolgebeschwerden (gestörter Nachtschlaf aufgrund von Alpträumen, Schreckhaftigkeit, fehlendes Sicherheitsgefühl, Rückzug- und Vermeidungsverhalten).
- Vermeiden Sie ungeklärte „Zuständigkeiten“ und mangelnde Zusammenarbeit mit Kollegen (sowohl der Somatiker mit den Psychosomatikern/ Psychiatern /Psychologen als auch umgekehrt).

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

23. Begutachtung („pass an expert opinion“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 192-196)

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

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

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

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

24. Prävention („prevent“):

(Evidenzstärke: gering; Empfehlung: 7; Langfassung S. 199-203)

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

KKP Als eine zentrale ärztliche und psychotherapeutische Aufgabe sollen Risikopatienten (z. B. Patienten mit häufigen Arztwechseln, Befürchtungen, Schonverhalten und beginnenden Beeinträchtigungen im Alltag) frühzeitig identifiziert werden und einen adäquaten Umgang erfahren, um eine Verschlimmerung der Beschwerden bzw. des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens und damit eine Chronifizierung zu verhindern (Sekundär-, aber auch Quartärprävention) (**starker Konsens**).

KKP Manifest Erkrankte (z. B. Patienten mit relevanten Komorbiditäten oder Behinderungen, längerfristigen Arbeits- oder Berufsunfähigkeiten) sollen stufenadaptiert begleitet werden, um den Umgang mit bestehenden Einschränkungen zu verbessern und weitere zu verhindern (Tertiär-, aber auch Quartärprävention) (**starker Konsens**).

Erstveröffentlichung: 12/1998

Überarbeitung von: 07/2018

Nächste Überprüfung: 07/2023

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**