

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.

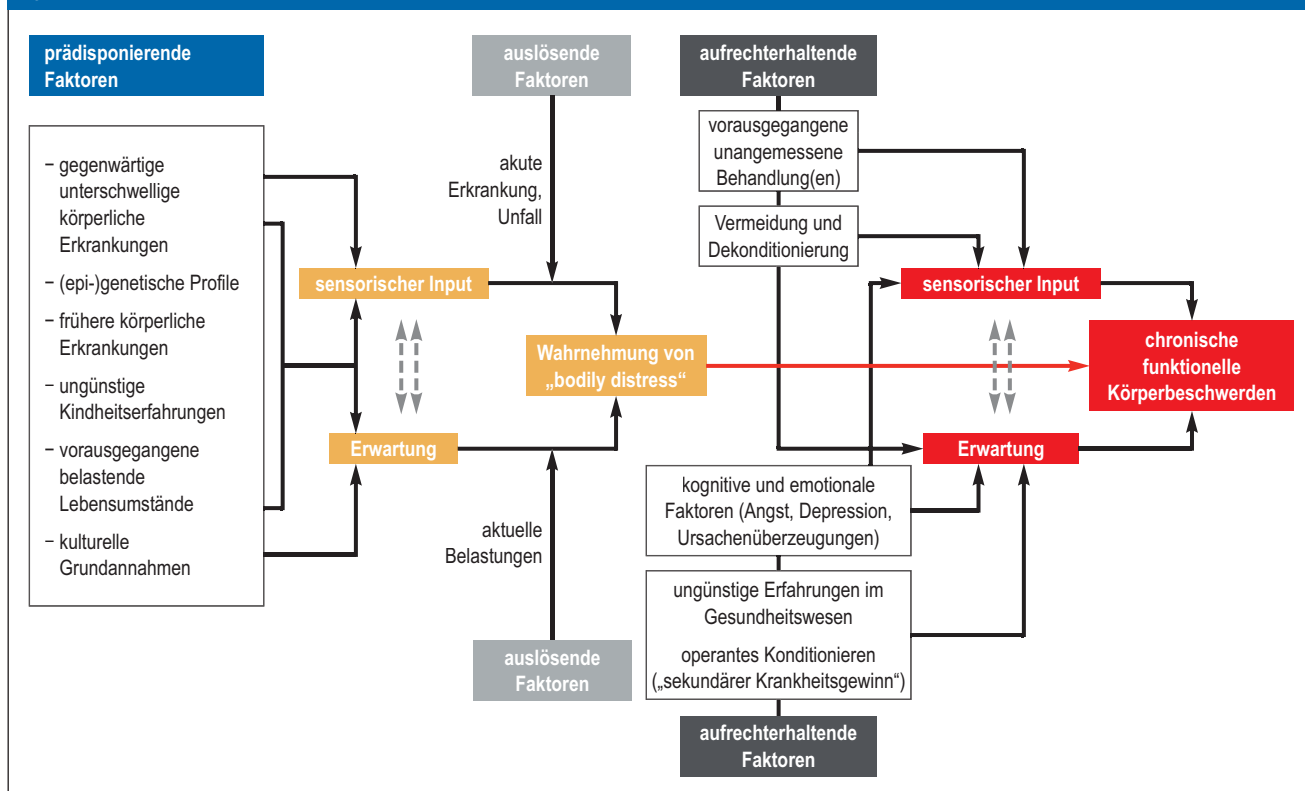
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München: Dr. med. Casper Roenneberg, MHBA; Dipl.-Psych. Heribert Sattel, Prof. Dr. med. Peter Henningsen, Prof. Dr. med. Constanze Hausteiner-Wiehle

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, Bagatelbefunde, 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

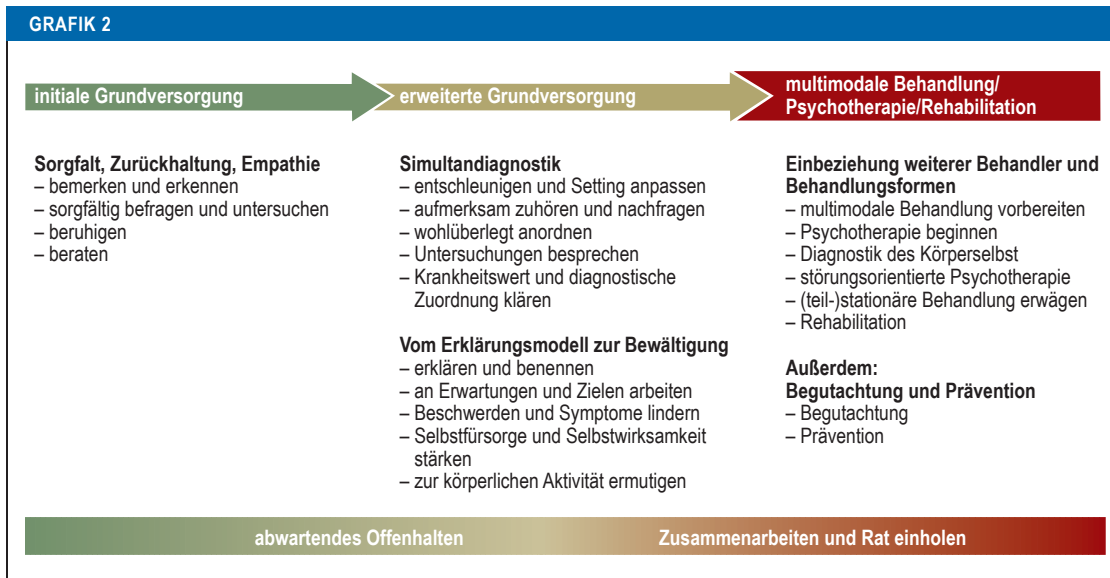
zwischen Organ- und Psychosozialer Medizin relativiert werden (4–6, e42–e44). Unzweckmäßige, überflüssige oder obsoletere medikamentöse und invasive Maßnahmen zeigt eKasten 4.

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 2*) (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 3*) (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-Wiehe 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-Wiehe 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/ll/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-Wiehe 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/ll/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-Wiehe 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/leit3319 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.

Zusatzmaterial zu:

Funktionelle Körperbeschwerden

Casper Roenneberg, Heribert Sattel, Rainer Schaefer, Peter Henningsen, Constanze Hausteiner-Wiehle

Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 553–60. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0553

eLiteratur

- e1. Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC: Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 151–6.
- e2. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S: Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361–7.
- e3. Maiden NL, Hurst NP, Lochhead A, Carson AJ, Sharpe M: Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: prevalence and associations. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 108–12.
- e4. Snijders TJ, de Leeuw FE, Klumpers UM, Kappelle LJ, van Gijn J: Prevalence and predictors of unexplained neurological symptoms in an academic neurology outpatient clinic—an observational study. *J Neurol* 2004; 251: 66–71.
- e5. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM: Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470–6.
- e6. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G: Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006; 23: 414–20.
- e7. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, et al.: „Medically unexplained“ symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis based recognition and classification. *BMC Fam Pract* 2017; 18: 18.
- e8. Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Höfler M, Tholen S, Wittchen HU: The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 321–31.
- e9. Jackson JL, Kroenke K: Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow up study. *Psychosom Med* 2008; 70: 430–4.
- e10. Steinbrecher N, Hiller W: Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 318–26.
- e11. Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C: Medically unexplained symptoms, somatization disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66: 363–77.
- e12. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M: The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 560–6.
- e13. Wiborg JF, Gieseler D, Fabisch AB, Voigt K, Lautenbach A, Löwe B: Suicidality in primary care patients with somatoform disorders. *Psychosom Med* 2013; 75: 800–6.
- e14. Kämpfer N, Staufenbiel S, Wegener I, et al.: Suicidality in patients with somatoform disorder—the speechless expression of anger? *Psychiatry Res* 2016; 246: 485–91.
- e15. Lan CC, Tseng CH, Chen JH, et al.: Increased risk of a suicide event in patients with primary fibromyalgia and in fibromyalgia patients with concomitant comorbidities: a nationwide population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e5187.
- e16. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P: The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: meta-analyses. *J Psychiatr Res* 2015; 71: 16–32.
- e17. Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B: Systematic review: the prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 183–93.
- e18. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M: Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936–9.
- e19. Olde Hartman TC, Lucassen PL, van de Lisdonk EH, Bor HH, van Weel C: Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54: 922–7.
- e20. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H: Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65: 528–33.
- e21. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F: Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 2007; 69: 30–9.
- e22. Kanaan RA, Lepine JP, Wessely SC: The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosom Med* 2007; 69: 855–9.
- e23. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, et al.: Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* 2008; 64: 573–82.
- e24. Fink P, Schröder A: One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010; 68: 415–26.
- e25. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R: Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 2007; 69: 860–3.
- e26. Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K: Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 191–9.
- e27. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, et al.: Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009; 67: 189–97.
- e28. Kohlmann S, Gierk B, Hilbert A, Braher E, Lowe B: The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: a population-based analysis. *J Psychosom Res* 2016; 90: 51–6.
- e29. Hatcher S, Gilmore K, Pinchen K: A follow-up study of patients with medically unexplained symptoms referred to a liaison psychiatry service. *Int J Psychiatry Med* 2011; 41: 217–27.
- e30. Stone J, Carson A, Duncan R, et al.: Symptoms unexplained by organic disease in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009; 132: 2878–88.
- e31. Eikelboom EM, Tak LM, Roest AM, Rosmalen JGM: A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *J Psychosom Res* 2016; 88: 60–7.
- e32. Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, et al.: Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 265–75.
- e33. Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P: Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: a follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med* 2017; 79: 345–57.
- e34. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2009) Levels of evidence. www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/ (last accessed on 10 August 2018).
- e35. Puhan MA, Schünemann HJ, Murad MH, et al.: A GRADE Working Group approach for rating the quality of treatment effect estimates from network meta-analysis. *BMJ* 2014; 349: g5630.
- e36. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press 2013.
- e37. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): AWMF-Regelwerk Leitlinien. www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html (last accessed on 31 August 2018).
- e38. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eds: Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) – Fassung 2005/2006 + Domäne 8. www.leitlinien.de/mb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-do-maene-8-2008.pdf (last accessed on 10 August 2018).

- e39. Berens S, Hausteiner-Wiehle C, Sattel H, et al.: Schweregradgestuftes, kooperatives und koordiniertes Versorgungsmodell für Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. *Psychologische Medizin: Österreichische Fachzeitschrift für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2016; 4: 13–22.
- e40. Almqvist E, Toernblom H, Simreim M: Practical management of irritable bowel syndrome: a clinical review. *Minerva gastroenterologica e dietologica* 2016; 62: 30–48.
- e41. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA: Presentation of the multidisciplinary guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and somatoform disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *J Psychosom Res* 2012; 72: 168–9.
- e42. Salmon P, Peters S, Stanley I: Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318: 372–6.
- e43. Arbeitskreis PISO (Hrsg.): *Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie bei somatoformen Störungen (PISO). Eine manualisierte Kurzzeitintervention*. Göttingen: Hogrefe Verlag 2012; 47ff.
- e44. Schaefer R, Bölter R, Faber R, Claudia Kaufmann C: Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 9: 252–9.
- e45. Rask MT, Carlsen AH, Budtz-Lilly A, Rosendal M: Multiple somatic symptoms in primary care patients: a cross-sectional study of consultation content, clinical management strategy and burden of encounter. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 100.
- e46. Olde Hartman TC, Woutersen-Koch H, van der Horst HE: Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 625–6.
- e47. Brownell AK, Atkins C, Whiteley A, Woollard RF, Kornelsen J: Clinical practitioners' views on the management of patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS): a qualitative study. *BMJ Open* 2016; 6: e012379.
- e48. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Lowe B: The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res* 2016; 80: 1–10.
- e49. Deyo RA, Rainville J, Kent DL: What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992; 268: 760–5.
- e50. Pryor DB, Shaw L, McCants CB, et al.: Value of the history and physical in identifying patients at increased risk for coronary artery disease. *Ann Intern Med* 1993; 118: 81–90.
- e51. Kroenke K: A practical and evidence-based approach to common symptoms: a narrative review. *Ann Intern Med* 2014; 161: 579–86.
- e52. Evens A, Vendetta L, Krebs K, Herath P: Medically unexplained neurologic symptoms: a primer for physicians who make the initial encounter. *Am J Med* 2015; 128: 1059–64.
- e53. Kelly M, Tink W, Nixon L, Dornan T: Losing touch? Refining the role of physical examination in family medicine. *Can Fam Physician* 2015; 61: 1041–3.
- e54. Pincus T, Holt N, Vogel S, et al.: Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: a systematic review. *Pain* 2013; 154: 2407–16.
- e55. Mann B, Wilson H: Diagnosing somatisation in adults in the first consultation: moving beyond diagnosis by exclusion. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 607–8.
- e56. Lorenzer A: Interaktion, Sprache und szenisches Verstehen. *Psyche* 1983; 37: 97–115.
- e57. Riess H, Kraft-Todd G: E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med* 2014; 89: 1108–12.
- e58. Axt-Adam P, van der Wouden JC, van der Does E: Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: a literature study. *Med Care* 1993; 31: 784–94.
- e59. van Wijk MA, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bemmel JH: Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. a randomized trial. *Ann Intern Med* 2001; 134: 274–81.
- e60. Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, et al.: Ordering blood tests for patients with unexplained fatigue in general practice: what does it yield? Results of the VAMPIRE trial. *Br J Gen Pract* 2009; 59: e93–100.
- e61. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG: "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1731–9.
- e62. Anderson M, Hartz A, Nordin T, et al.: Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med* 2008; 40: 111–8.
- e63. Girolodi E, Veldhuijzen W, Leijten C, et al.: 'No need to worry': an exploration of general practitioners' reassuring strategies. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 133.
- e64. Hasenbring MI, Pincus T: Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? *Clin J Pain* 2015; 31: 133–6.
- e65. Musekamp G, Gerlich C, Ehlebracht-König I, Faller H, Reusch A: Evaluation of a self-management patient education program for patients with fibromyalgia syndrome: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2016; 17: 55.
- e66. Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, et al.: Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 671–7.
- e67. Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Schooley S, Lamerato L, Rost K: Primary care physicians treat somatization. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 829–32.
- e68. Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sanchez A, Arino J: A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med* 2007; 37: 283–94.
- e69. Pols RG, Battersby MW: Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. *Med J Aust* 2008; 188(12 Suppl): 133–7.
- e70. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant GJ, van Hasselt CM, Grol R: Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003; 23: 226–31.
- e71. Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van Weel C: Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28: 444–55.
- e72. Fink P, Rosendal M, Toft T: Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model—an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43: 93–131.
- e73. Larisch A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K: Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2004; 57: 507–14.
- e74. Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A: Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47: 304–11.
- e75. Rosendal M, Olesen F, Fink P, Toft T, Sokolowski I, Bro F: A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization in primary care: effects on patient outcome. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 364–73.
- e76. Smith RC, Gardiner JC, Luo Z, Schooley S, Lamerato L, Rost K: Primary care physicians treat somatization. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 829–32.
- e77. Weiland A, Blankenstein AH, van Saase JL, et al.: Training medical specialists to communicate better with patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. *PLoS One* 2015; 10: e0138342.
- e78. Warner A, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M: How do hospital doctors manage patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study of physicians. *J R Soc Med* 2017; 110: 65–72.
- e79. Yon K, Habermann S, Rosenthal J, et al.: Improving teaching about medically unexplained symptoms for newly qualified doctors in the UK: findings from a questionnaire survey and expert workshop. *BMJ Open* 2017; 7: e014720.
- e80. Schaefer R, Benedikt G, Sauer N, et al.: Früherkennung und Behandlung funktioneller/somatoformer Beschwerden in der Allgemeinärztpraxis – das FUNKTIONAL-Forschungsprojekt. *Notfall & Hausarztmedizin* 2005; 31: 527–36.
- e81. Rudolf G, Henningsen P: Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 3–19.
- e82. Langewitz W: Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, et al.: *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. München: Elsevier, Urban & Fischer 2011: 338–47.

- e83. Rolfe A, Burton C: Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 407–16.
- e84. Kroenke K: Diagnostic testing and the illusory reassurance of normal results: comment on „Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease“. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 416–7.
- e85. Petrie KJ, Sherriff R: Normal diagnostic test results do not reassure patients. *Evid Based Med* 2014; 19: 14.
- e86. Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf M: Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. *Psychotherapeut* 2007; 52: 334–46.
- e87. Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman T: Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. *J R Soc Med* 2015; 108: 84–8.
- e88. Vedsted P, Christensen MB, Sørensen HT, Fink P, Olesen F: Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? *J Public Health Med* 2002; 24: 53–7.
- e89. Fink P, Rosendal M, Toft T: Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model—an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002; 43: 93–131.
- e90. Bahrs O: Der Bilanzierungsdialog. *Der Mensch* 2007; 38: 29–32.
- e91. Stephens G, Derry S, Moore RA: Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (6): CD011889.
- e92. Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, et al.: Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3: CD012332.
- e93. Soares A, Andriolo RB, Atallah AN, da Silva EM: Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (7): CD007533.
- e94. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ: Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (11): CD010628.
- e95. Walitt B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T, Häuser W: Antipsychotics for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (6): CD011804.
- e96. Ford AC, Luthra P, Tack J, Boeckstaens GE, Moayyedi P, Talley NJ: Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2017; 66: 411–20.
- e97. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, et al.: The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1367.
- e98. Tiequn B, Guanqun C, Shuo Z: Therapeutic effects of lactobacillus in treating irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Intern Med* 2015; 54: 243–9.
- e99. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M: Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (9): CD001929.
- e100. Naumann J, Sadaghiani C: Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2014; 16: R141.
- e101. Salazar AP, Stein C, Marchese RR, Plentz RD, Pagnussat AS: Electric stimulation for pain relief in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Physician* 2017; 20: 15–25.
- e102. Müller A, Franke H, Resch KL, Fryer G: Effectiveness of osteopathic manipulative therapy for managing symptoms of irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Am Osteopath Assoc* 2014; 114: 470–9.
- e103. Martins WR, Blasczyk JC, Aparecida Furlan de Oliveira M, Lagoa Goncalves KF, Bonini-Rocha AC, Dugailly PM: Efficacy of musculoskeletal manual approach in the treatment of temporomandibular joint disorder: a systematic review with meta-analysis. *Man Ther* 2016; 21: 10–7.
- e104. Mesa-Jiménez JA, Lozano-López C, Angulo-Díaz-Parreño S, Rodríguez-Fernández AL, De-la-Hoz-Aizpurua JL, Fernández-de-Las-Peñas C: Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: a meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia* 2015; 35: 1323–32.
- e105. Lam M, Galvin R, Curry P: Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine (Phila Pa1976)* 2013; 38: 2124–38.
- e106. Ainpradub K, Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P, van der Beek AJ: Effect of education on non-specific neck and low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Man Ther* 2016; 22: 31–41.
- e107. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H: Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2017; 166: 799–807.
- e108. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V: Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil* 2015; 29: 1155–67.
- e109. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al.: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (9): CD000963.
- e110. Waterschoot FP, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JH, Reneman MF: Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain* 2014; 155: 179–89.
- e111. van der Feltz-Cornelis CM, van Os TW, van Marwijk HW, Leentjens AF: Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010; 68: 521–33.
- e112. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW: Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD006524.
- e113. Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, et al.: Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 12–9.
- e114. Zech N, Hansen E, Bernardy K, Häuser W: Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia—a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain* 2017; 21: 217–27.
- e115. van den Bergh O, Witthöft M, Petersen S, Brown RJ: Symptoms and the body: taking the inferential leap. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 74(Pt A): 185–203.
- e116. Varinen A, Kosunen E, Mattila K, Koskela T, Sumanen M: The relationship between childhood adversities and fibromyalgia in the general population. *J Psychosom Res* 2017; 99: 137–42.
- e117. Guthrie E: Adaptation of the psychodynamic-interpersonal model to work with medically unexplained symptoms. In: Barkham M, Guthrie E, Hardy GE, Margison F, eds.: *Psychodynamic interpersonal therapy: a conversational model*. London: Sage 2017.
- e118. Probst T, von Heymann F, Zaudig M, et al.: Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie. *Z Psychosom Med Psychother* 2009; 55: 409–20.
- e119. Beutel ME, von Heymann F, Bleichner F, Tritt K, Hardt J: Wie wirksam ist psychosomatische Therapie bei somatoformen Störungen? Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 2014; 60: 17–24.

eKASTEN 1

Beteiligte Fachgesellschaften und Patientenorganisationen (gegebenenfalls mit Mandatsträgern) (aus [3])

- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (federführend): Prof. Dr. Peter Henningsen
 - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (federführend): Prof. Dr. Peter Henningsen
 - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Prof. Dr. Markus Herrmann
 - Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin: Dr. Timo Specht
 - Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf
 - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie: Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf
 - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Prof. Dr. Kapfhammer
 - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Dr. Friederike Siedentopf
 - Deutsche Schmerzgesellschaft: Prof. Dr. Winfried Häuser
 - Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Prof. Dr. Marianne Dieterich
 - Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie: Dr. Astrid Marek, Prof. Dr. Birgit Mazurek
 - Deutsche Gesellschaft für Urologie/Arbeitskreis Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin: Dr. Ulrike Hohenfellner
 - Gesellschaft für Phytotherapie: Prof. Dr. Jost Langhorst
 - Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig
 - Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie: Prof. Dr. Wolfgang Eich
 - Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten: Prof. Dr. Hubert Mönnikes
 - Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: Prof. Dr. Anne Wolowski
 - Deutsche Dermatologische Gesellschaft: Prof. Dr. Uwe Gieler
 - Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie: Prof. Dr. Uwe Gieler
 - Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin: Prof. Dr. Dennis Nowak
 - Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation: Prof. Dr. Winfried Rief
 - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie: PD Dr. Heide Glaesmer
 - Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie: Prof. Dr. Alexandra Martin
 - Deutsche Psychoanalytische Vereinigung: Prof. Dr. Ulrich Schultz-Venrath
 - Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation: Dipl.-Psych. Stefan Schmäddeke
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin/Arbeitskreis Pädiatrische Psychosomatik: Dr. Torsten Lucas
 - Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.: Jürgen Matzat
 - Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten (UVSD) SchmerzLOS e. V.: Heike Norda
 - Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: Prof. Dr. Hans-Peter Kapfhammer
 - Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie: Kein Mandatsträger
 - Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin: Kein Mandatsträger
 - Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention: kein Mandatsträger
 - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: kein Mandatsträger
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie: kein Mandatsträger
- Steuerungsgruppe: Prof. Dr. Constanze Hausteiner-Wiehle, Dr. Casper Roenneberg, MHBA; Dipl.-Psych. Heribert Sattel, Prof. Dr. Peter Henningsen, Prof. Dr. Rainer Schäfer
- Vertreter der AWMF: Dr. Monika Nothacker
- Externe Experten: Prof. Dr. Antonius Schneider, Prof. Dr. Bernd Löwe

eKASTEN 2

Methodik der Erstellung dieser Leitlinienrevision

Um die Leitliniengruppe im deutschsprachigen Raum noch repräsentativer zusammensetzen, wurden neben allen bisher beteiligten acht neue Organisationen angesprochen, sodass schließlich Vertreter von 32 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften (einschließlich fünf Gesellschaften ohne eigenen Mandatsträger) und zwei Patientenvertretungen die Leitlinie ausarbeiteten und verabschiedeten. Zwei externe Experten kommentierten die Leitlinie; die AWMF führte die Schlussredaktion aus (eKasten 1).

Die Literaturrecherche in Medline und der Cochrane Library für den Zeitraum 1. 1. 2012–3. 11. 2017 basierte auf der bereits bei der Vorgänger-Leitlinie verwendeten Suchstrategie (eKasten 5). Die Steuerungsgruppe führte nach dem Stichtag zur Aktualisierung eine abschließende Handsuche durch (Stichtag der Handsuche 1. 7. 2018). Identifiziert wurden 3 795 klinische Studien und 3 345 systematische Reviews (eGrafik 1). Aufgrund der schwer überschaubaren Zahl der Therapiestudien für Einzel-Syndrome wurden für diesen Bereich ausschließlich qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeiten analysiert („Umbrella Review“; Einschluss-/Güte-/Qualitätskriterien) (eKasten 6).

Für Empfehlungen zu Haltung/Gesprächsführung, Diagnostik und sozialmedizinischen Aspekten wurden nur wenige randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs) identifiziert, die Evidenzstärke dieser Empfehlungen ist daher als gering einzuschätzen (Evidenzklasse III, IV, V) und wurde nicht weiter im Detail differenziert. Die Aussagen zu spezifischen Therapien beruhen hingegen auf systematischen Reviews aus dem Aktualisierungszeitraum (sofern in diesem Zeitraum Reviews zu den jeweiligen Beschwerden publiziert worden waren), in welche jeweils die Ergebnisse von mindestens drei eingeschlossenen RCTs einfließen. Die Ergebnisse wurden detailliert in Evidenztabellen dargestellt. Angegeben wurden unter anderem Effektstärken für beschwerdespezifische Zielvariablen, Anzahl der Quellstudien und eingeschlossenen Patienten sowie Aussagen zu Verträglichkeit und Akzeptanz. Die *Tabelle 1* zeigt exemplarische systematische Reviews zu Interventionen für „medically unexplained symptoms“, somatoforme Störungen, Fibromyalgie-Syndrom, Reizdarm-Syndrom sowie chronisches Müdigkeits-Syndrom (7–27); eine umfassendere Auswahl der Therapie-Evidenz bieten die *eTabellen 2 und 3*. Alle Therapieempfehlungen sind von einer hohen Evidenzstärke gekennzeichnet (Klasse I) (eGrafik 2).

Die meisten Therapiestudien untersuchen Interventionen bei bestimmten funktionellen Syndromen, was deren Vergleichbarkeit untereinander deutlich einschränkt. Wegen dieser „Indirektheit der Vergleiche“ erfolgte daher in vielen Fällen eine Abstufung des Empfehlungsgrades um einen Grad (e34, e35). Waren mehrere versorgungsrelevante Kriterien (geringe Risiken, hohe Patientenakzeptanz, leichte Umsetzbarkeit, ethische Verpflichtung) gegeben, wurde der Empfehlungsgrad um einen Grad erhöht (e36) (eGrafik 2). Wegen des hohen Stellenwerts des bei dieser Leitlinie besonders breiten und starken Expertenkonsens und der heterogenen Evidenzlage wurden alle Empfehlungen als „Klinische Konsenspunkte (KKP)“ ausgeführt.

Die Steuerungsgruppe formulierte entlang der Vorgaben der AWMF und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (e37, e38) auf Basis der gesammelten und bewerteten Evidenz sowie relevanter Quelleitlinien (eTabelle 1) (28–30) 109 Empfehlungen, gegliedert in 24 Schlüsselthemen, jeweils mit Quellentexten, Hintergrundinformationen („Exkurse“), Praxistipps („Klinische Entscheidungshilfen“) und Referenzen. Die Empfehlungen wurden in einer Online-Delphirunde und einer Konsensuskonferenz unter Moderation der AWMF von den Mandatsträgern diskutiert, gegebenenfalls modifiziert und mit fast durchweg starkem Konsens verabschiedet: Bei 104 Empfehlungen (95 %) stimmten mehr als 95 % der Mandatsträger zu (starker Konsens); bei fünf Empfehlungen (5 %) stimmten mehr als 75 bis zu 95 % der Mandatsträger zu (Konsens) (eTabelle 4).

eKASTEN 3

Schutz- und Risikofaktoren sowie Warnhinweise (gekürzt aus [3])

● **Schutzfaktoren für einen günstigen Verlauf („green flags“)**

- funktionale Gedanken und Einstellungen, z. B. Humor, Selbstbewusstsein
- aktive Bewältigungsstrategien, z. B. sportliche Betätigung, Genuss- und Entspannungsfähigkeit
- individuelle Ressourcen, z. B. Hobbies, Engagement, berufliche Pläne
- keine oder geringe psychosoziale Belastung, z. B. gute soziale Unterstützung und Arbeitsbedingungen
- keine psychische Komorbidität
- weitgehend erhaltene Funktionsfähigkeit, z. B. Berufstätigkeit
- tragfähige Arzt-Patient-Beziehung
- biopsychosozialer Behandlungsansatz unter Vermeidung unnötiger Diagnostik und Therapie



● **Indikatoren/Risikofaktoren für einen schwereren Verlauf („yellow flags“)**

- mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf)
- häufige bzw. anhaltende Beschwerden
- dysfunktionale Gedanken und Einstellungen z. B. Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, gesundheitsbezogene Angst
- passives, überaktives oder suppressives Verhalten, z. B. Schon- und Vermeidungsverhalten, beharrliche Arbeitsamkeit/Durchhalteverhalten, sicherheitssuchendes Verhalten
- mäßige bis hohe psychosoziale Belastung, z. B. arbeitsplatzbezogener Stress, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit
- psychische Komorbidität (vor allem Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Traumafolgestörungen)
- deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit, z. B. Arbeitsunfähigkeit, körperliche Dekonditionierung
- Behandler-Patient-Beziehung wird von beiden Seiten als „schwierig“ erlebt
- „iatrogene Somatisierung“ beziehungsweise „Chronifizierung“ durch Nocebo-Botschaften, Passivierung, unnötige Diagnostik und Therapie



● **Warnhinweise („red flags“)**

- Selbstgefährdung bis hin zu Suizidalität (z. B. Mangelernährung/Untergewicht, körperliche Folgeschäden von Schonung, Suizidgedanken und -pläne)
- Gefährdung durch Andere, z. B. durch Ärzte, meist durch fehlende oder ungeeignete Behandlungen (z. B. riskante, nicht indizierte, invasive Operationen)
- schwere psychische Komorbidität, Warnsignale körperlicher Erkrankungen (z. B. Blut im Stuhl bei Magen-Darmbeschwerden, B-Symptomatik bei Erschöpfung)



eKASTEN 4

Unzweckmäßige, überflüssige und obsoletere medikamentöse beziehungsweise invasive Maßnahmen in der Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden (Auswahl aus [3])

Passive, medikamentöse und invasive Maßnahmen sollen nur nach besonders kritischer Abwägung von Nutzen (zum Beispiel vorübergehende Beschwerdelinderung) und Risiken (zum Beispiel iatrogene Chronifizierung) eingesetzt werden. Präparate mit erhöhten Risiken für (schwere) unerwünschte Ereignisse sollen nur in strikter Übereinstimmung mit den Richtlinien der jeweiligen Leitlinien zur Anwendung kommen (zum Beispiel Pregabalin bei der Fibromyalgie ist indiziert nur bei Komorbidität mit generalisierter Angststörung, Wirksamkeitsüberprüfung nach zwei und vier Wochen, Abbruch bei fehlender Wirksamkeit nach vier Wochen). Wichtige Beispiele:

- Opiate, Cannabispräparate und Benzodiazepine sind bei rein funktionellen Körperbeschwerden nicht indiziert.
- Antipsychotika (Fluspirilen-Spritze!), Anxiolytika und Tranquilizer sind nur in Krisensituationen oder bei entsprechender Komorbidität gerechtfertigt.
- Langzeitmedikation mit Antibiotika oder Chelatbildnern sowie einseitige Diäten können schädliche Einflüsse auf Darmflora, Vitamin-, Metall- und Mineralstoffhaushalt haben.
- Karenz- oder Abschirmungsmaßnahmen (zum Beispiel Vermeidung von öffentlichen Verkehrs- oder Kommunikationsmitteln) können sich nachteilig auf Bewegungsradius und soziale Beziehungen auswirken.
- Indikationen für invasive Diagnostik- und Therapiemaßnahmen (zum Beispiel Katheter, Spritzen, Schmerzpumpen, Stimulationssonden, Neurolysen, Kieferausfräsungen, Verlegenheitsoperationen) sollten besonders kritisch gestellt werden.

eKASTEN 5

Suchbegriffe (aus [3])● **Ebene 1: funktionelle Körperbeschwerden**

(somatoform disorder OR somatiz* OR somatis* OR conversion disorder* OR multisomatoform OR medically unexplained* OR organically unexplained* OR psychogenic OR nonorganic OR psychosomatic syndrom* OR bodily distress OR somatic symptom disorder) OR (functional somatic syndrom* OR functional syndrom* OR functional disorder* OR functional illness* OR functional symptom*) OR (bodily distress) OR (fibromyalgia* OR chronic widespread pain* OR widespread musculoskeletal pain* OR myofascial pain) OR (irritable bowel* OR functional bowel* OR functional gastrointestinal*) OR fatigue/*psychology OR chronic fatigue syndrome* OR Fatigue Syndrome, Chronic*) OR (functional dyspepsia* OR nonulcer dyspepsia*) OR (chronic pelvic pain*) OR (functional micturition disorder* OR functional urinary disorder* OR urethral syndrome* OR micturition dysfunction* OR (urinary retention* AND (psychogen* OR psychology)) OR irritable bladder* OR painful bladder syndrome*) OR (interstitial cystitis*) OR (food intolerance* OR food allergy) OR ((chronic low back pain* OR back pain*) AND nonspecific) OR (tension-type headache* OR tension headache*) OR (atypical chest pain* OR nonspecific chest pain* OR non-specific chest pain) OR (atypical face pain* OR facial pain* OR myofascial pain syndrome*) OR (panalges* OR (psychogen* AND pain) OR idiopathic pain* OR idiopathic pain disorder*) OR (myalgic encephalomyelitis* OR myalgic encephalopathy* OR chronic epstein barr virus* OR chronic mononucleosis* OR chronic infectious mononucleosis like syndrome* OR chronic fatigue and immune dysfunction syndrome* OR effort syndrome* OR low natural killer cell syndrome* OR neuromyasthenia OR post viral fatigue syndrome* OR post-viral fatigue syndrome* OR post viral syndrome* OR postviral syndrome* OR post infectious fatigue* OR postinfectious fatigue*) OR (chronic lyme disease*) OR (candida hypersensitivity* OR candida syndrome* OR candidiasis hypersensitivity) OR (mitral valve prolapse* AND psychology) OR (hypoglycaemia/*psychology) OR (sleep disorder/*psychology OR nonorganic insomnia*) OR (Multiple chemical sensitiv* OR idiopathic environmental intolerance*) OR (electromagnetic hypersensitivity OR electro-hypersensitivity OR electrosensitiv* OR IEI-EMF OR environmental illness*) OR (Sick Building Syndrome*) OR (Persian gulf syndrome OR gulf war syndrome) OR (Amalgam hypersensitivity* OR Dental Amalgam/*toxicity OR dental amalgam/*adverse effects) OR (silicone breast implant* OR implant intolerance*) OR (temporomandibular joint disorder* OR temporomandibular disorder* OR temporomandibular joint dysfunction* OR temporomandibular joint dysfunction* OR craniomandibular disorder*) OR (atypical odontalgia* OR prosthesis intolerance* OR (psychogen* AND gagging) OR chronic rhinopharyngitis*) OR (burning mouth* OR glossalg* OR glossodyn* OR glossopyr* OR bruxism) OR (globus syndrome* OR globus hystericus*) OR (hyperventilation syndrome*) OR (dysphonia OR aphonia) OR (tinnitus) OR (Vertigo OR Dizziness) OR (repetitive strain injury) OR (chronic whiplash syndrome*) OR (pseudo-seizures OR hysterical seizures*) OR (psychogen* AND dystonia) OR (psychogen* AND dysphagia) OR (skin disease* AND (psychology OR psychogen*)) OR (pruritus AND (psychology OR psychogen* OR somatoform)) OR (culture-bound disorder*) OR (aerotoxic syndrome OR sick airplane syndrome)

Wegen der zwischenzeitlich erfolgten beziehungsweise absehbaren Revisionen der großen diagnostischen Klassifikationssysteme DSM-V und ICD-11 und auf Anregung der beteiligten Fachgesellschaften wurden die Suchbegriffe „somatic symptom disorder“ und „bodily distress“, sowie die Begriffe „myofascial pain“ und „aerotoxic syndrome OR sick airplane syndrome“ neu eingefügt.

● **Ebene 2: Setting und Inhalte**– **Hausarzt- oder somatische Fachmedizin**

(Ambulatory Care* OR Primary Health Care* OR Physicians, Family* OR (Specialties, Medical* NOT Psychiatry*) OR general pract* OR family pract* OR family doctor* OR family physician* OR family medicine* OR primary care*)

– **psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychologie**

(Mental Health Services* OR Psychosomatic Medicine OR Psychiatry OR Psychology)

– **Inhalte: Beziehung/Eigene Haltung**

(Attitude of Health Personnel* OR Communication OR Empathy OR Professional-Patient Relations* OR Physician's Practice Patterns* OR Role OR Medical History Taking* OR Decision Making* OR Countertransference OR Disease Attributes* OR Emotions OR interact* OR encounter* OR disposition* OR setting* OR approach* OR engag* OR deal* OR exposure* OR experience* OR hand* OR function* OR attitud* OR declin* OR prejud* OR reject* OR rigid* OR belie* OR concept* OR critic* OR legitim* OR motivat* OR stigma*)

– **sonstige Inhalte**

Keiner der unter „Inhalte: Beziehung/eigene Haltung“ aufgeführten Inhalte

● **Ebene 3: Behandlungsformen**

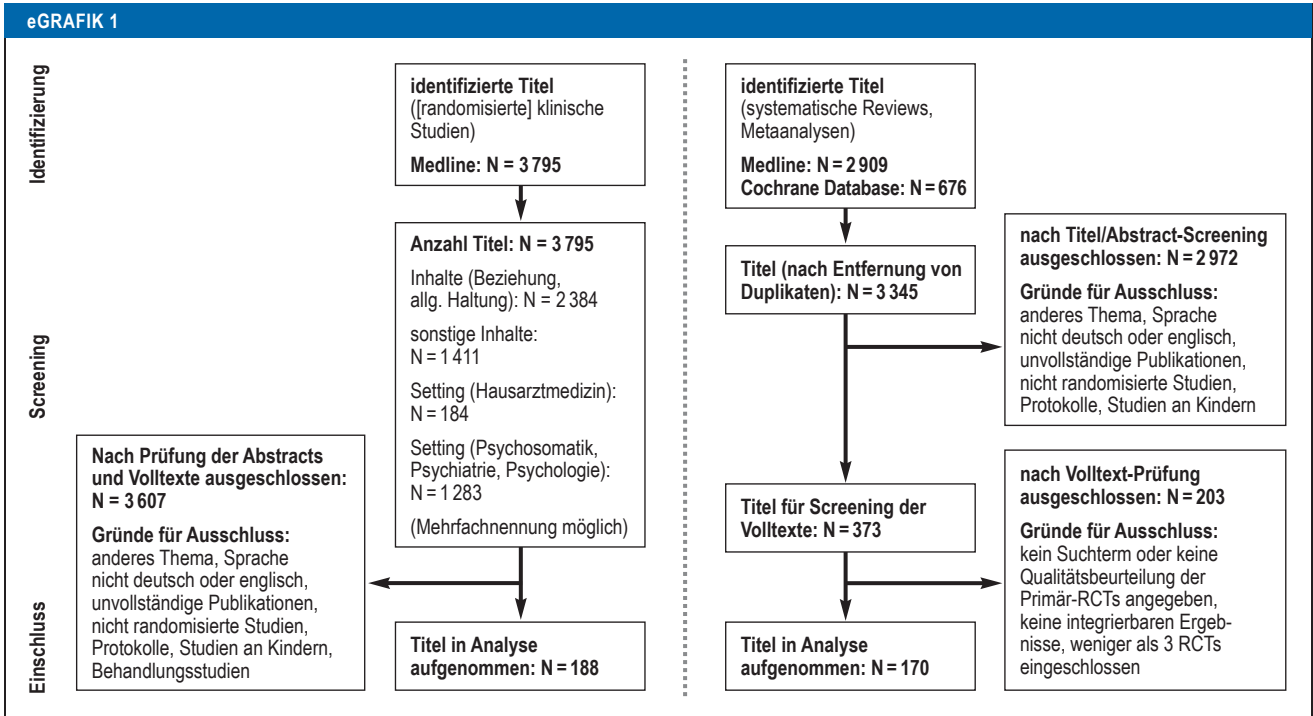
Für die Behandlungsformen wurde in PubMed der Suchbegriff für die funktionellen Körperbeschwerden kombiniert mit (treatment OR intervention OR therapy)

eKASTEN 6

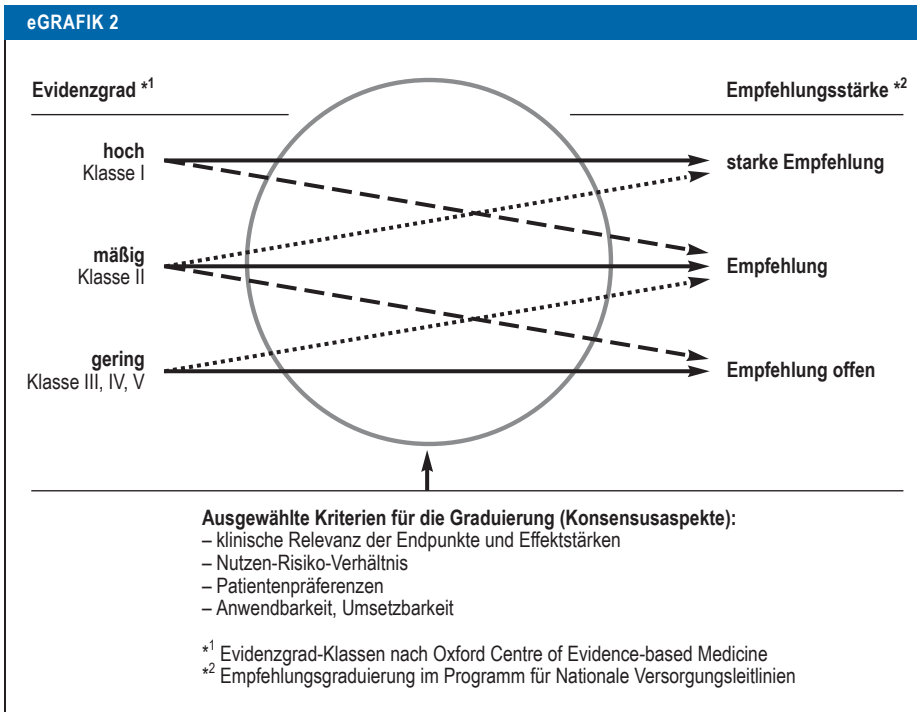
Systematische Recherche zu Evidenz und aggregierter Evidenz zu funktionellen Körperbeschwerden

● Generelle Ein- und Ausschlusskriterien

- Funktionelle Körperbeschwerden mussten in der klinischen Studie beziehungsweise dem Review zentral thematisiert werden und nicht beispielsweise als Nebenwirkungen von Medikamenten oder im Zusammenhang von nicht-funktionellen Beschwerden und Erkrankungen aufgetreten sein.
- Ausgeschlossen wurden Studien unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen sowie Publikationen, die in anderen Sprachen als Deutsch oder Englisch verfasst waren.
- Empfehlungen zur Diagnostik, zur Gesprächsführung und grundlegenden Beratung beziehungsweise der Einstellung gegenüber funktionellen Körperbeschwerden sowie Empfehlungen zu sozialmedizinischen Aspekten erfolgten auf der Grundlage von klinischen Studien. Für den Studieneinschluss notwendig war die Passung der in den identifizierten empirischen Studien untersuchten Fragestellungen zu den in Frage stehenden thematischen Bereichen. Nach Sichtung der gesamten aktualisierten Studienlage wurden zur Begründung der jeweiligen Empfehlungen einzelne geeignete Studien herangezogen.
- Empfehlungen zu Behandlungsformen beruhen auf systematischen Reviews und Metaanalysen zu den identifizierten Therapieverfahren („Umbrella Review“). Die systematischen Übersichtsarbeiten mussten die folgenden Kriterien erfüllen:
 - Jedes Review musste eine nachvollziehbare Suchstrategie offenlegen, eine systematische Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Primärstudien vorgenommen haben sowie die Auswahl und Anwendung diagnostischer Kriterien der untersuchten Körperbeschwerden in den Primärstudien berichten. Falls dies mangels etablierter Kriterien nicht möglich war, musste dies im Review thematisiert werden.
 - Die Ergebnisse mussten in einer strukturierten und hinreichend differenzierten Weise zur Darstellung kommen, welche die Ableitung von Empfehlungen für die in Frage stehenden funktionellen Körperbeschwerden erlaubte. Falls Reviews vorlagen, welche die Extraktion von Effektstärken erlaubten, wurden diese bevorzugt ausgewertet.
 - Bei Vorliegen mehrerer systematischer Übersichtsarbeiten zu einem Verfahren für die Behandlung eines bestimmten Bereichs funktioneller Körperbeschwerden wurde die Anzahl von Primär-RCTs bestimmt, welche gegebenenfalls mehrfach integriert worden waren. Falls solche Arbeiten in der Überzahl waren, wurde das Review ausgeschlossen.
 - Die Untersuchung der jeweiligen Intervention mit den beschriebenen Bereichen funktioneller Körperbeschwerden musste auf drei oder mehr primären RCTs mit unterschiedlichem Patientengut beruhen. Im Zweifelsfall wurden Studienpopulationen über verschiedene Publikationen hinweg auf Überlappung geprüft.



Grundlage der aktualisierten systematischen Literaturrecherche; RCT randomisierte kontrollierte Studie



Auf-/Abwertung der Empfehlungsstärke (aus [3])

eTABELLE 1

Nationale und internationale Quell-Leitlinien (aus [3])

Nationale Leitlinien (Auswahl): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)				
Titel	Klassifikation	Registernummer	Link/Verweis	Gültigkeit
Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz	S3	nvl-007	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-007.html	gültig bis 30. 12. 2021
Fibromyalgiesyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie	S3	145-004	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html	gültig bis 16. 03. 2022
Opiode, Langzeitanwendung zur Behandlung bei nicht tumorbedingten Schmerzen	S3	145-003	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-003.html	gültig bis 01. 10. 2019
Chronischer Schmerz	S1	053-036	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-036.html	gültig bis 30. 09. 2018
Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie	S3	021-016	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/021-016.html	abgelaufen (in Überarbeitung)
Schwindel, akut in der Hausarztpraxis	S3	053-018	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-018.html	gültig bis 31. 08. 2018
Brustschmerz	S3	053-023	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-023.html	abgelaufen
Chronischer Unterbauchschmerz der Frau	S2k	016-001	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-001.html	gültig bis 29. 11. 2020
Müdigkeit	S3	053-002	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-002.html	abgelaufen
Chronischer Tinnitus	S3	017-064	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-064.html	gültig bis 27. 02. 2020
Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus	S2k	013-048	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-048.html	gültig bis 30. 05. 2021
Psychosomatische Dermatologie (Psychodermatologie)	S2	013-024	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-024.html	abgelaufen
Akuter und chronischer Husten, Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten	S3	020-003	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-003.html	abgelaufen
Chronische Schmerzen: Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen	S2k	094-003	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/094-003.html	gültig bis 6. 11. 2022
Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	S2k	051-029	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-029.html	abgelaufen
Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung	S2k	094-001	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/094-001.html	abgelaufen
Unipolare Depression – nationale Versorgungsleitlinie	S3	nvl-005	/www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html	gültig bis 15. 11. 2020
Angststörungen	S3	051-028	www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-028.html	gültig bis 15. 04. 2019
Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie somatoformer Störungen	–	–	Martin et al., 2013	–
internationale Leitlinien (Auswahl)				
NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS)	–	–	https://guidelines.nhg.org/product/medically-unexplained-symptoms	seit Mai 2013
Medically Unexplained Symptoms	–	–	www.nhs.uk/conditions/medically-unexplained-symptoms/Pages/Somatisation.aspx	gültig bis 24. 11. 2019

eTABELLE 2

Passive Therapiemaßnahmen (Auswahl), Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematische Reviews

	Intervention	systematischer Review	Haupt-Studienergebnis [95%-Konfidenzintervall]	Anzahl Studien (Patienten)	Grad der Evidenz (GdE)/ Studienqualität (StQ)	Hinweise auf mangelnde Akzeptanz oder Verträglichkeit
Analgetika			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
Spannungskopfschmerz	Paracetamol	(e91)* ⁹	RR 1,3 [1,1; 1,4] (Schmerzfreiheit nach 2 h)	23 (8 079)	GdE: hoch	nein
Fibromyalgiesyndrom	nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	(e92)* ⁹	RD -0,04 [-0,16; 0,08]	6 (292)	GdE: sehr gering	ja
myofasziales Schmerzsyndrom	Botulinum-Toxin-A	(e93)* ⁹	SMD -0,36 [-0,86; 0,15]* ¹	4 (233)	StQ: hoch	ja
Psychopharmaka			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
funktionelle Körperbeschwerden allgemein	trizyklische Antidepressiva	(e94)* ⁹	SMD -0,13 [-0,39; 0,13] (Reduktion der Symptomschwere)	2 (239)	GdE: gering	keine Angaben
Fibromyalgiesyndrom	selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	(13)* ⁹	RD 0,10 [0,01; 0,20]	6 (343)	GdE: sehr gering	ja; CAVE* ²
	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; (Milnacipran)	(14)* ⁹	RR 1,38 [1,22; 1,57]* ^{3, *4}	3 (1 925)	GdE: hoch	ja
	Pregabalin	(15)* ⁹	RR 1,8 [1,4; 2,1]* ⁴	5 (1 874)	GdE: hoch	ja
	antipsychotische Medikation (Quetiapin)	(e95)* ⁹	RD 0,04 [-0,02; 0,10]	2 (155)	GdE: sehr gering	nein
Reizdarmsyndrom	trizyklische Antidepressiva	(26)	RR 0,67 [0,54; 0,82] („adäquate globale Verbesserung“)* ⁵	23 (1 438)	StQ: unklar	ja
	selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	(26)	RR 0,74 [0,52; 1,06] („adäquate globale Verbesserung“)	5 (281)	GdE: gering	keine Angaben
funktionelle Dyspepsie	trizyklische Antidepressiva	(e96)	RR 0,74 [0,61; 0,91] („Symptom-Verbesserung“)* ⁶	3 (339)	StQ: hoch	ja
peripher wirksame Medikation			verschiedene Ergebnisse			
Reizdarmsyndrom	Spasmolytika	(26)	RR 0,67 [0,55; 0,80] („adäquate globale Verbesserung“)	22 (2 983)	GdE: gering	keine Angaben
	Rifaximin	(27)	OR 1,19 [1,08; 1,32] (Reduktion der Symptomschwere)	4 (1 803)	StQ: unklar	nein
	lösliche Ballaststoffe	(e97)	RR 0,83 [0,73; 0,94] („globale Verbesserung“)	14 (907)	keine Angaben	nein
	Lactobacillus	(e98)	RR 17,6 [5,1; 60,7] (klinische Verbesserung)* ⁷	3 (273)	StQ: moderat	keine Angaben
	Linaclo tid (obstipationsdominantes Reizdarmsyndrom)	(26)	RR 0,73 [0,65; 0,82] („adäquate globale Verbesserung“)	3 (1 773)	GdE: hoch	ja
passive physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
chronischer nichtspezifischer Kreuzschmerz	Massage	(e99)* ⁹	SMD -0,75 [-0,90; -0,60]	7 (761)	GdE: gering	nein
Fibromyalgiesyndrom	Balneo therapie	(e100)	SMD -0,84 [-1,36; -0,31]	5 (177)	StQ: gering	nein
	Massage	(16)	SMD 0,37 [-0,19; 0,93]	9 (404)	StQ: unklar	nein
	transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	(e101)	SMD -1,34 [-3,27; 0,59]	9 (301)	GdE: gering bis moderat	keine Angaben
Reizdarmsyndrom	osteopathische manuelle Therapie	(e102)	SMD 0,81 [0,43; 1,19]*¹	3 (128)	StQ: hoch	keine Angaben

	Intervention	systematischer Review	Haupt-Studienergebnis [95%-Konfidenzintervall]	Anzahl Studien (Patienten)	Grad der Evidenz (GdE)/ Studienqualität (StQ)	Hinweise auf mangelnde Akzeptanz oder Verträglichkeit
kraniomandibuläre Dysfunktion	muskuloskeletale manuelle Ansätze	(e103)	MD 1,69 [1,09; 2,30]	5 (184)	StQ: unklar (PEDro)	keine Angaben
Spannungskopfschmerz	(multimodale) Physiotherapie	(e104)	MD(w) -0,80 [-1,66; -0,44] (Anfallshäufigkeit)	5 (206)	StQ: moderat (PEDro)	keine Angaben
passive alternative und komplementäre Therapien			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
chronischer nichtspezifischer Kreuzschmerz	Akupunktur	(e105)	SMD -0,72 [-0,94; -0,49]	4 (2911)	StQ: unklar	keine Angaben
Fibromyalgiesyndrom	Akupunktur	(17)	SMD 0,01 [-0,37; 0,35] ^{*8}	5 (273)	StQ: hoch	keine Angaben

^{*1}eigene Analyse

^{*2}sicherheitsrelevanter Anwendungshinweis: „Black-Box“-Warnung vor der Anwendung bei jungen Erwachsenen mit der Diagnose einer Major Depression und potenzieller Suizidalität

^{*3}Tagesdosis 100 mg, vergleichbare Effekte für Tagesdosis 200 mg

^{*4}keine Empfehlung wegen des signifikant erhöhten Risikos schwerer unerwünschter Nebenwirkungen; siehe auch Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom (28)

^{*5}keine Empfehlung wegen des signifikant erhöhten Risikos unerwünschter Nebenwirkungen mit Studienabbruch

^{*6}keine Empfehlung wegen des signifikant erhöhten Risikos unerwünschter Nebenwirkungen

^{*7}keine Empfehlung wegen signifikanter Heterogenität der eingeschlossenen Studien

^{*8}Vergleich mit Sham-Akupunktur

^{*9}Cochrane Review

OR, Odds-Ratio; PEDro, Physiotherapy Evidence Database; RR, Relatives Risiko; SMD, standardisierte Mittelwertsdifferenz

Zielvariable/Hauptstudienergebnis: fett gedruckt

statistisch signifikante Effektstärke; kursiv gedruckt

keine Empfehlung bei statistisch signifikanter Effektstärke, Gründe für Abwertung werden in Fußnoten aufgeführt

eTABELLE 3

Aktive Therapiemaßnahmen (Auswahl), Ergebnisse am Therapieende im Vergleich zu Kontrollgruppen, auf der Grundlage aktueller systematische Reviews

	Intervention	Syst. Review	Hauptstudienresultat [95%-Konfidenzintervall]	Anzahl Studien (Patienten)	Grad der Evidenz (GdE)/ Studienqualität (StQ)	Hinweise auf mangelnde Akzeptanz oder Verträglichkeit
(einfache) Interventionen zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit						
funktionelle Körperbeschwerden (allgemein)	Selbsthilfemaßnahmen	(7)	SMD 0,58 [0,32; 0,84] (Reduktion der Symptomschwere)	17 (1894)	StQ: gering	keine Angaben
chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz	Edukation	(e106)	RR 1,02 [0,78; 1,33] (Prävalenz Rückenschmerz)	3 (938)	GdE: hoch	keine Angaben
chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz	achtsamkeitsbasierte Stressreduktion („mindfulness-based stress reduction“ [MBSR])	(e107)	SMD -0,46 [-0,70; -0,22] (Schmerzreduktion)	2 (266)	StQ: unklar	ja* ¹
aktivierende Verfahren			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz	Bewegungstherapie („Exercise“)	(e108)	SMD -0,32 [-0,44; -0,19]	39 (4109)	StQ: unklar	keine Angaben
Fibromyalgiesyndrom	aerobes Training	(10)	SMD -0,40 [-0,55; -0,26]	23 (1085)	StQ: moderat	ja
Fibromyalgiesyndrom	Hydrotherapie	(e100)	SMD -0,42 [-0,61; -0,24]	8 (462)	StQ: unklar	nein
chronisches Müdigkeitssyndrom	Bewegungstherapie („Exercise“)	(9)* ⁵	SMD -0,73 [-1,10; -0,37]*² (Reduktion der Müdigkeit)	8 (1518)	GdE: moderat	nein
(ambulante/stationäre) multimodale Behandlung			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
Fibromyalgiesyndrom	multimodale Therapie	(11)	SMD -0,42 [-0,58; -0,25]	14 (927)	StQ: unklar	nein
chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz	multidisziplinäre biopsychosoziale Rehabilitation	(e110)	SMD 0,54 [0,43; 1,04]*³	18 (3430)	StQ: hoch	keine Angaben

	Intervention	Syst. Review	Hauptstudienresultat [95%-Konfidenzintervall]	Anzahl Studien (Patienten)	Grad der Evidenz (GdE)/ Studienqualität (StQ)	Hinweise auf mangelnde Akzeptanz oder Verträglichkeit
(ambulante) psychotherapeutische Behandlung			Schmerzreduktion (falls nicht anders angegeben)			
funktionelle Körperbeschwerden (allgemein)	Kurzzeit-Psychotherapie	(e113)	SMD 0,49 (keine Angaben; p < 0,05)⁴ (Reduktion körperlicher Symptome)	12 (1019)	StQ: gering/mäßig	keine Angaben
Fibromyalgie-syndrom	kognitive Verhaltenstherapie	(18) ⁵	SMD -0,29 [-0,47; -0,11]	20 (1382)	GdE: gering	nein
	„guided imagery/hypnosis“	(e114)	RD 0,18 [0,02; 0,35]	7 (387)	GdE: gering	keine Angaben
Reizdarmsyndrom	psychologische Therapien	(23)	SMD 0,69 [0,52; 0,86] (Symptomschwere)	41 (2290)	StQ: unklar	keine Angaben

¹überwiegend geringfügige und vorübergehende unerwünschte Nebenwirkungen ohne Therapieabbruch in allen untersuchten Bedingungen

²eigene Analyse

³Median und Interquartils-Bereich der Effektstärken der eingeschlossenen Studien, absolute Effektstärke ohne Vergleich mit einem Komparator

⁴geschätzt anhand der Differenz der Effektstärken auf der Grundlage der Prä-Post-Veränderungen der verglichenen Interventionen

⁵Review aus der „Cochrane Database of Systematic Reviews“

Fett gedruckt: statistisch signifikante Effektstärke

keine Angaben: Das Review berichtet das Datum nicht, oder das Review berichtet, dass die Quell-Trials das Datum nicht berichten.

Die Tabellen stellen eine Auswahl häufiger und gängiger Interventionen für häufige funktionelle Körperbeschwerden dar. Wenn im Aktualisierungszeitraum mehrere Reviews für eine Intervention identifiziert werden konnten, wurde das neueste davon ausgewählt. Im Falle der Publikation mehrerer Reviews im gleichen Jahr wurde dem Review mit der größeren Zahl eingeschlossener Patienten und/oder besserer Studiengüte der Vorrang gegeben. Die vollständige Evidenzbasierung kann der Vollversion der Leitlinie entnommen werden (3).

Hinweise zur tabellarischen Evidenz-Darstellung

- Die in den Tabellen aufgeführten Effektstärken sind von der Studienauswahl und der Durchführung des systematischen Reviews sowie der Operationalisierung des dort ausgewählten Erfolgskriteriums abhängig. Während die Qualität der ersten beiden Punkte durch die Leitliniengruppe geprüft und lediglich hochwertige Studien für diese Leitlinie herangezogen wurden, obliegt der dritte Punkt den Autoren der Quell-Reviews. Die Effektstärken können in diesem Sinne als Beleg für die Wirksamkeit einer Methode gewertet werden, dürfen aber in ihrer numerischen Höhe nicht ohne weiteres zwischen verschiedenen systematischen Reviews, besonders über verschiedene Störungsformen hinweg, verglichen werden.
- Die Richtung des Behandlungseffekts zeigt bei signifikantem Ergebnis stets in Richtung der untersuchten Intervention, falls nicht anders angegeben
- Die diagnostischen Einordnungen der funktionellen Beschwerden folgen den Überlegungen der Autoren der systematischen Reviews, unter Berücksichtigung anerkannter (Forschungs-)Diagnosekriterien.
- für die Beurteilung der Verträglichkeit und Akzeptanz wurden, wenn möglich, folgende Angaben herangezogen: prozentuale Abbruchraten in der aktiven Therapiegruppe und der Kontrollgruppe; prozentuale Raten subjektiv relevanter unerwünschter Nebenwirkungen oder schwerer unerwünschter Nebenwirkungen.

Empirisch signifikante Ergebnisse zur Wirksamkeit, die wegen einer Abwertung nicht mit einer Empfehlung verbunden sind, werden in den Tabellen kursiv dargestellt.

MD/MD(w), Mittelwertsdifferenz/Mittelwertsdifferenz (gewichtet); OR, Odds Ratio; RD, Risiko Differenz; RR, Relatives Risiko; SMD, Standardized mean difference: Effektstärke auf der Basis validierter psychometrischer Instrumente

eTABELLE 4	
Konsensstärke (aus [3])	
Konsensstärke	Zustimmung von ...% der Teilnehmer
starker Konsens	> 95 %
Konsens	> 75–95 %
mehrheitliche Zustimmung	50–75 %
kein Konsens	< 50 %