

## Funktionelle Körperbeschwerden und somatische Belastungsstörungen – leitlinienbasiertes Management

Schäfer Rainer<sup>a</sup>, Roenneberg Casper<sup>b</sup>, Sattel Heribert<sup>b</sup>, Henningsen Peter<sup>b</sup>, Hausteiner-Wiehle Constanze<sup>bc</sup>

<sup>a</sup> Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital Basel und Universität Basel/  
Medizinische Fakultät, Schweiz

<sup>b</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

<sup>c</sup> BG Unfallklinik Murnau, Psychosomatik/ Neurozentrum, Murnau

### Summary

*Functional somatic syndromes and bodily distress – guideline-based management*

Functional somatic symptoms (FSS) result from mostly acquired, potentially reversible disturbances in the organism's various functions, not in structures. They originate from dysfunctions in the complex interplay of biological, psychological and sociocultural factors. They are very common and often mild and transient. In about every third patient, however, they are associated with significant impairment of functioning and quality of life, and thus with high level of suffering and costs. This narrative review is based on a current AWMF-S3 guideline and a selective literature search. It discusses the new FSS conceptualisations and summarises useful management strategies for FSS in adults, in all medical settings and all levels of severity. Due to new scientific insights, our understanding of FSS changed in recent years. As a consequence, the former classification of FSS as somatoform disorders has been largely revised. The new concepts of somatic symptom disorder in DSM-5 and bodily distress disorder in ICD-11 emphasise the stress caused by, and also causing, somatic disorder symptoms, regardless of their aetiology. They abandon the former requirement of excluded organic causes and introduce psychobehavioural criteria that can be addressed in therapy. In a severity-graded, collaborative care model, basic care is about recognising FSS and comorbidities, reassuring and advising in terms of a healthy, active lifestyle, and watchful waiting. Persistent and distressing symptoms need an extension of care, with a clear setting, regular appointments and broader, simultaneous biopsychosocial diagnostics, resulting in an individualised biopsychosocial explanatory model. From this model, appropriate coping strategies such as attentional diversion and graded exercise are derived, which aim to improve well-being and function. In more severe courses, multimodal treatment is recommended, adding disorder-oriented psychotherapy and physiotherapy, and appropriate body-therapeutic and rehabilitative measures.

**Keywords:** *medically unexplained symptoms, functional somatic symptoms, somatic symptom disorder, bodily distress disorder, classification, stepped and collaborative care model*

### Hintergrund und Methodik

Auf dem Gebiet funktioneller Körperbeschwerden und somatischer Belastungsstörungen befinden wir uns gegenwärtig in einer Art «Übergangsphase»: Verschiedene Konzeptualisierungen funktioneller Körperbeschwerden wurden umfassend revidiert, die neuen Klassifikationen für DSM-5 und ICD-11 sind entwickelt, die jahrzehntelange Forschung bezieht sich aber überwiegend auf vorangegangene Konzepte [1]. Zielsetzung dieses Beitrags ist deshalb eine Bestandsaufnahme und inhaltliche Orientierung in der aktuellen Diskussion über Ätiopathogenese, Klassifikation und Management funktioneller Körperbeschwerden und somatischer Belastungsstörungen. Nach Einführung von Begrifflichkeiten und Phänomenologie stellen wir das heute fortgeschrittenen pathophysiologische Verständnis zu diesen Störungsbildern dar. Danach gehen wir kritisch auf die neuen Klassifikationen in DSM-5 und ICD-11 ein. Es folgt ein Abschnitt zur Epidemiologie. Anschliessend geben wir einen Überblick über eine geeignete Haltung, Diagnostik und Therapie bei der grossen und heterogenen Gruppe von Erwachsenen mit funktionellen Körperbeschwerden. Dieser basiert zum einen auf der zuletzt 2018 aktualisierten S3-Leitlinie «Funktionelle Körperbeschwerden» (AWMF-Reg.-Nr. 051-001) [2], die als Kurz- und Langfassung für Experten einerseits sowie Patient\*innen und Angehörige andererseits vorliegt. Das Autorenteam dieses Beitrags ist identisch mit der Steuerungs-/Redaktionsgruppe der genannten S3-Leitlinie. Die aktualisierte Leitlinie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und des Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) von der Leitliniengruppe (32 Fachgesellschaften, zwei Patient\*innen-Vertretungen) entwickelt und verabschiedet, entsprechend der Kriterien der Arbeitsgemeinschaft wis-

### Correspondence:

Prof. Dr. med. Rainer Schäfer, University Hospital Basel, Department of Psychosomatics, Hebelstr. 2, CH-4031 Basel, rainer.schaefert[at]usb.ch

senschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Hierzu analysierte die Leitliniengruppe nach systematischer Literaturrecherche 3795 neue Originalarbeiten und 3345 systematische Reviews, von denen 358 Publikationen in die Aktualisierung Eingang fanden. Im fast durchgehend starken Konsensus wurden evidenzbasierte Empfehlungen, Hintergrundinformationen und klinische Entscheidungshilfen für Diagnostik und Therapie erarbeitet und so eine aktuelle, interdisziplinäre, evidenzbasierte, praxisnahe und anwenderfreundliche klinische Leitlinie erstellt [3, 4]. Zusätzlich wurden für dieses narrative Review, basierend auf einer selektiven Literaturrecherche in PubMed/MEDLINE, einschlägige ältere Arbeiten herausgegriffen und besonders relevante neuere Arbeiten ergänzt, vor allem systematische Reviews und Meta-Analysen. Dabei wurde eine syndromübergreifende Perspektive gewählt, welche die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Einzelsyndrome betont.

### Begrifflichkeiten

«Funktionelle Körperbeschwerden» bezeichnen ein breites Spektrum an Beschwerdebildern unterschiedlicher Schweregrade:

«**Anhaltende unspezifische Beschwerden**» beschreiben Symptome, die zu einem Arztbesuch veranlassen, aber ohne Einordnung als Krankheit bleiben («medically unexplained symptoms», «persistent physical symptoms»). Sie können dennoch die Funktionsfähigkeit erkennbar beeinträchtigen.

«**Funktionelle somatische Syndrome**» sind durch bestimmte Muster von länger bestehenden körperlichen Symptomen gekennzeichnet, bei denen die körperliche Funktion eines oder mehrerer Organsysteme krankhaft gestört ist (z.B. Reizdarmsyndrom, Fibromyalgiesyndrom). Sie sind nicht durch eine einzige konsistente Pathologie, sondern durch komplexe ätiologisch Mechanismen verursacht, die zwischen Individuen mit ähnlichen Symptomen variieren können [5].

Kriteriengemäss ausgeprägte «**(multi-)somatoforme Störungen**» und die neu definierten «**somatischen Belastungsstörungen**» setzen ein erhebliches Belastungserleben und/oder Funktionseinschränkungen voraus und sind mit psychosozialen Distress assoziiert.

Abzugrenzen sind «**vorübergehende Befindlichkeitsstörungen**», die häufig vorkommen, nur gelegentlich zu einem Arztbesuch führen und das Funktionieren im Alltag allenfalls geringfügig und kurzfristig beeinträchtigen; sie haben keinen Krankheitswert.

### Phänomenologie: Leitsymptome und Beschwerde-Cluster

Die Präsentation von Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden ist sehr variabel im Hinblick auf Art, Lokalisation und Schweregrad. Zudem können die Beschwerden wechseln. Nach Leitsymptomatik lassen sich folgende Beschwerde-Cluster unterscheiden [6, 7]:

- **muskuloskelettal** (Überschneidung mit Fibromyalgiesyndrom 93% [7]): Schmerzen in Armen oder Beinen, Muskel-, Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen, Schwächegefühl, Taubheit oder Kribbeln;

- **cardiopulmonal/autonomes Arousal** (Überschneidung mit Nicht-kardialen Brustschmerz 91% [7]): Palpitationen, Atemnot ohne Anstrengung, Hyperventilation, trockener Mund, heisser/kalter Schweiß;
- **gastrointestinal** (Überschneidung mit Reizdarmsyndrom 95% [7]): abdominale Schmerzen, Meteorismus/Blähungen, Durchfall, Übelkeit, Regurgitation, Magenbrennen (Reizmagen/Funktionelle Dyspepsie);
- **Allgemein-Symptome** (Überschneidung mit Chronic Fatigue Syndrome 91% [7]): Erschöpfung, Müdigkeit, (Spannungs-) Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme;
- Daneben kann auch das **Urogenital-System** betroffen sein: Reizblase, sexuelle Funktionsstörungen;
- ebenso der **orofaziale Bereich**: Temporomandibuläre Dysfunktion, atypischer Gesichtsschmerz;
- Weiterhin gibt es funktionelle **neurologische Syndrome**: funktionelle Lähmungen, Missempfindungen, Anfälle, Schwindel.

Dabei gibt es isolierte Einzel-Organotypen (Einzelorgan-Typ), die Symptom-Cluster überlappen aber zu >50% untereinander (Multiorgan-Typ). Zudem besteht in rund 50% eine psychische Komorbidität, v.a. mit Ängsten und Depressionen, jedoch ebenso z.B. mit Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Das bedeutet aber auch, dass rund 50% der Betroffenen keine psychische Begleiterkrankung haben. Keinesfalls dürfen funktionelle Körperbeschwerden als reine Anzeichen für psychische Erkrankungen angesehen oder mit diesen gleichgesetzt werden.

### Ätiopathogenese

Bezüglich des pathophysiologischen Verständnisses funktioneller Körperbeschwerden wurden in den letzten Jahren wichtige Fortschritte erzielt. Dabei kommt den Folgen von (Di)Stress eine zentrale Rolle zu: Funktionelle Körperbeschwerden können auf der einen Seite durch Stress entstehen, auf der anderen Seite führen sie auch selbst zu Stress. In systembiologischer Betrachtungsweise gelingt es zunehmend herauszuarbeiten, wie verschiedene Vermittlersysteme bei der Modulation des Informationsflusses zwischen Organperipherie und Gehirn zusammenspielen. Zerebrale Bildgebungsstudien bei Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden, insbesondere datenbasierte Mustererkennungsmethoden mit «Machine learning»-Algorithmen belegen veränderte Gehirn-Körper-Interaktionen, z.B. bei Patient\*innen mit Reizdarmsyndrom [8]. Bidirektional – top-down und bottom-up – sind vielfältige Systeme und Mechanismen daran beteiligt und können zur Entstehung funktioneller Körperbeschwerden beitragen:

*(Epi-)genetisch*: Genetische Faktoren tragen zur Anfälligkeit für funktionelle Körperbeschwerden und chronische Schmerzen bei in einem Umfang, der bis zu 30% der Varianz erklärt [9] – epigenetische Mechanismen sind hier wahrscheinlich mindestens ebenso wichtig [10, 11]. Dabei ist die genetische Disposition zur Entwicklung von funktionellen Körperbeschwerden unabhängig von der Tendenz zu Ängstlichkeit und Depressivität [12, 13].

*Neuroendokrin*: Stress – das bedeutet: der Zustand einer bedrohten Homöostase – führt zu einer Aktivierung der

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse. Chronischer Stress, insbesondere während der Fetalzeit, in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz, kann zu einer anhaltenden Hyper- oder Hyposekretion von Mediatoren des Stresssystems führen. Dieser chronische Zustand ist langfristig mit erhöhter psychischer und physischer Morbidität und vermehrten funktionellen somatischen Beschwerden verbunden [14].

*Neurovegetativ:* Auf vegetativer Ebene finden sich stressinduzierte Regulationsstörungen, die eine vegetative Dysregulation und Sympathikotonie zur Folge haben. Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden weisen gegenüber gesunden Kontrollen eine signifikant niedrigere Herzratenvariabilität auf, welche Ausdruck einer geringeren Parasympathikus-Aktivität ist [15].

*Neuroimmunologisch/neuroinflammatorisch:* Es gibt Hinweise, dass als Reaktion auf sowohl physische als auch psychische Bedrohungen das immunologisch-inflammatorische System aktiviert wird; es kommt zu einer systemischen niedrig gradigen Entzündung [16]. Dabei kommt *neuroinflammatorischen* Prozessen eine wichtige Rolle zu, die als Folge von Stress entstehen können [17]. Ein charakteristisches Merkmal der Neuroinflammation ist die Aktivierung von Gliazellen, wie z. B. Mikroglia und Astrozyten, im Rückenmark und im Gehirn, die zur Freisetzung von proinflammatorischen Zytokinen und Chemokinen führt. Es gibt konsistente Hinweise darauf, dass eine Reihe von psychosozialen Stressoren zu erhöhter mikroglialer Aktivität im Hippocampus führen und es gibt bedeutsame Hinweise, dass dies auch in anderen Hirnregionen der Fall ist. Diese Effekte wurden bei pränatalem/frühkindlichem Stress gesehen, aber auch als Folge von Stress im Erwachsenenalter [17]. Zunehmende Hinweise deuten darauf hin, dass durch Neuroinflammation im peripheren und zentralen Nervensystem Prozesse der zentralen Sensitivierung angetrieben werden [18]: Die von den aktivierten Gliazellen freigesetzten proinflammatorischen Zytokine und Chemokine sind starke Neuromodulatoren und spielen eine signifikante Rolle bei der Induktion von Hyperalgesie und Allodynie. Auf diese Weise treibt die Neuroinflammation chronische Schmerzen u.a. über eine zentrale Sensitivierung an.

*Hyperperzeption:* Bei funktionellen Körperbeschwerden spielt Sensitivierung, ein Phänomen der synaptischen Plastizität mit erhöhter neuronaler Reagibilität in zentralen Schmerzbahnen eine wichtige Rolle. So kann es z.B. durch Senkung von Reizschwellen und Erhöhen von Übertragungsraten zu perzeptiver, durch überfokussierte Aufmerksamkeit und katastrophisierende Bewertung zu kognitiver Sensitivierung kommen, also zu dysfunktionalem Lernen ohne Habituation [19–23]. Der Aspekt der Hypersensitivierung als Krankheitsfaktor bei diversen Körpersymptomstörungen wurde unter dem Begriff des «Central Sensitivity Syndromes» herausgearbeitet [18, 24]. Vorangegangener Dauerstress oder Traumata können die Sensitivierung des Organismus' begünstigen. Bei Schmerzkrankungen in Folge von anhaltenden oder schweren Stressbelastungen hat dies zum Arbeitsbegriff der «stressinduzierten Hyperalgesie» geführt [25]. Die International Association for the Study of Pain (IASP) hat vor diesem Hintergrund kürzlich als dritten Mechanismus für die Ätiopathogenese von Schmerzen neben «nozizep-

tiven» (Gewebeschäden führen zu Nozizeptoraktivierung) und «neuropathischen Schmerzen» (durch Läsion des somatosensorischen Nervensystems) das Konzept des «noziplastischen Schmerzes» eingeführt, der primär durch Veränderungen der neuronalen Verarbeitung entsteht [26]. Er ist gekennzeichnet durch Hyperalgesie und Allodynie, Inkonsistenz und Reversibilität sowie dynamische systemübergreifende Interaktionen mit biologischen und psychobehavioralen Faktoren. Die noziplastischen Veränderungen hängen mit dem Fortbestehen von Schmerzen zusammen, lange nachdem der ursprüngliche nozizeptive Input verschwunden ist.

*Predictive Coding:* Neuere Modelle betrachten dabei das Gehirn als eine aktive Vorhersagemaschine («predictive coding») und betonen die Rolle ungünstiger Vorerwartung/Antizipation bei Reizwahrnehmung wie auch bei Bewegungsplanung [27].

*Biographischer und aktueller psychosozialer bzw. soziokultureller Kontext:* Die veränderten Regulations- und Verarbeitungsprozesse stehen regelhaft in Bezug zu körperlichen Vorerfahrungen sowie psychobiographischen Prägungen, insbesondere denjenigen übermässigen Stresserlebens [28]. Empirische Evidenz liegt für verschiedene psychosoziale Risikofaktoren für funktionelle Körperbeschwerden vor [29]: Vernachlässigung in der Kindheit, sexueller Missbrauch, chaotischer Lebensstil, Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Vorgeschichte – aber längst nicht bei allen Betroffenen [30, 31]. Psychosoziale Stressoren wie Arbeitslosigkeit oder beeinträchtigte berufliche Funktion scheinen ebenfalls eine Rolle zu spielen [32]. Auch kulturspezifische Normen und Belastungen sind bei der Entstehung funktioneller Körperbeschwerden beteiligt, bis hin zu typischen «kulturgebundenen Syndromen»; in den meisten Kulturen sind körperliche Beschwerden eine akzeptierte Form, Stress zu erfahren und auszudrücken [33].

*Schwierigkeiten der Emotionsregulation,* verbunden mit einem überreaktiven Muster entsprechender körperlicher Konstituenten stellen einen weiteren ätiopathogenetisch wirksamen Faktor dar [34].

*Iatrogene und medizinsystemische Faktoren* können ebenfalls zur Entstehung funktioneller Körperbeschwerden beitragen [2, 35]: Hierzu gehört ungünstiges Arztverhalten, das zu einer «iatrogenen Somatisierung» bzw. «iatrogenen Chronifizierung» führen kann, z.B. durch mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und psychischer Komorbiditäten, durch Nocebo-Botschaften und Nähren von Krankheitsbefürchtungen sowie durch Fördern passiver Therapiekonzepte. Von medizinsystemischer Seite wirkt ein Gesundheitssystem beschwerdeunterhaltend, das mehr auf Reparatur und Versorgung als auf Selbstverantwortung und Prävention ausgerichtet ist und kontraproduktive finanzielle Anreize für krankheitsbezogenes Verhalten und apparative Massnahmen setzt statt für gesundes Verhalten, Gesprächsleistungen und Vermeidung unnötiger Massnahmen.

Im Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren kommt es zu einer Verkettung äusserer Einflüsse (vulnerable Zeitpunkte, Qualität und Quantität von Stressoren bis hin zu Traumata) und innerer Prozesse der Reiz-Perzeption und -Regulation [23]. Didaktisch lassen sich Disposition, Aus-

lösung und Chronifizierung der Beschwerden einiger-massen differenzieren [3]:

- **prädisponierende Faktoren:** belastende Lebensumstände, ungünstige Kindheitserfahrungen, psychische Traumatisierung [36], (unterschwellige) körperliche Erkrankungen, (epi-)genetische Faktoren, kulturelle Grundannahmen;
- auslösende Faktoren:
  - «somatisches Entgegenkommen» (Infektion, Trauma nach Unfall; beeinflusst Organwahl);
  - kritische Lebensereignisse, akute Belastungen (Konflikte, Kränkung, Verlust);
- **aufrechterhaltende Faktoren:** Katastrophisieren, Vermeidung und Dekonditionierung, ständiges Überprüfen des Körpers, organische Überdiagnostik, Ignorieren psychosozialer Belastungen.

Insgesamt entstehen funktionelle Körperbeschwerden multifaktoriell bzw. mehrdimensional durch sehr unterschiedliche Störeinflüsse und Funktionsstörungen, weshalb der Begriff «(Di)Stress» für ihre Beschreibung gut passt. Die Störung liegt primär im Zusammenwirken verschiedener biopsychosozialer Funktionen unter Beteiligung unterschiedlicher Ebenen bzw. Systeme, weniger auf struktureller Ebene einzelner Organe, weshalb auch der Begriff «funktionell» gut gewählt erscheint. Er beinhaltet auch, warum sich die Symptomatik jeweils hochindividuell und hochsituativ darstellt. Zudem veranschaulicht er, dass die jeweiligen Funktionen gestört werden, aber auch wieder in Balance kommen können, also potenziell reversibel sind. Und schliesslich betont er eine mögliche

(teilweise irreführende oder maladaptive) Warnfunktion der Beschwerden für den Organismus und den Betroffenen sowie für seine Umgebung, die zu Krankheit – einschliesslich Hilfesuchverhalten – führt, somit also auch eine Funktion für die Betroffenen hat.

## Klassifikation und differenzialdiagnostische Einordnung

Konzeptualisierung und Klassifikation der oben beschriebenen Phänomene, Leitsymptome und Beschwerde-Cluster erfuhren ausgehend vom ICD-10 im Rahmen der Ausarbeitung von DSM-5 und ICD-11 eine weitgehende Revision.

### ICD-10: Somatoforme Störungen und verwandte Krankheitsbilder

**Somatoforme Störungen** im engeren Sinne: Im aktuell noch gültigen ICD-10 finden sich die Somatoformen Störungen in Kapitel F45 [37]. Sie sind definiert als nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden, die länger als ein halbes Jahr persistieren und die Funktionsfähigkeit im Alltag relevant beeinträchtigen. Soweit somatische Störungen vorliegen, erklären sie weder Art und Ausmass der Symptome noch Leiden und innerliche Beteiligung der Patient\*in. Es werden spezifische Somatoforme Störungen beschrieben, deren Kernmerkmale in [Tabelle 1](#) zusammengestellt sind.

Erwähnt seien noch zwei verwandte Krankheitsbilder der somatoformen Störungen:

### Dissoziative Störungen motorischer bzw. sensorischer Funktionen/Konversionsstörungen (F44.4-7):

**Tabelle 1:** Subtypen der somatoformen Störungen nach ICD-10 [37, 38]

| ICD-10-Code, Subtyp  | Charakteristika   |
|--|---|
| <b>F45.0: Somatisierungsstörung</b>  | ≥2-jährige Vorgeschichte multipler und wechselnder körperlicher Symptome (≥6 Beschwerden aus ≥2 Bereichen)  |
| <b>F45.1: undifferenzierte Somatisierungsstörung</b>   | ≥6-monatige Vorgeschichte zahlreicher, unterschiedlicher und hartnäckiger körperlicher Symptome; Kriterien für F45.0 nicht erfüllt.   |
| <b>F45.2 hypochondrische Störung</b>   | Krankheitsängste dominieren: ≥6 Monate anhaltende Überzeugung, an einer oder zwei schweren körperlichen Krankheiten zu leiden.  |
| <b>F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung</b>   | Funktionsstörungen autonom innervierter Organe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herz- und Kreislaufsystem (F45.30)</li> <li>• oberes (F45.31)/unteres (F45.32) Verdauungssystem</li> <li>• Atmungssystem (F45.33)</li> <li>• Urogenitalsystem (F45.34)</li> </ul>  |
| <b>F45.4: anhaltende Schmerzstörung</b>  | ≥6 Monate anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil   |
| <b>.40: anhaltende somatoforme Schmerzstörung</b>  | • Schmerz durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt; psychosozialen Belastungen kommt Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zu (F45.40).  |
| <b>.41: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren</b>   | • Schmerzen haben ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung; psychosozialen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. (F45.41).   |
| <b>Verwandte Krankheitsbilder</b>  |   |
| <b>F44.4-7 Dissoziative Störungen motorischer bzw. sensorischer Funktionen/Konversionsstörungen:</b><br>F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen<br>F44.5 Dissoziative Krampfanfälle<br>F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen<br>F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt | «Pseudo-neurologische Symptomatik» mit teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen;<br>als ursächlich psychogen angesehen: Auftreten oft plötzlich in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen;<br>kein Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. |
| <b>F48.0 Neurasthenie</b>  | Müdigkeit/Erschöpfung dominiert;<br>zusätzlich weitere unangenehme körperliche Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit;<br>Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen.   |

«werden nur Störungen der körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Verlust der sinnlichen Wahrnehmung eingeschlossen. Störungen mit Schmerz und anderen komplexen körperlichen Empfindungen, die durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, sind unter den somatoformen Störungen im engeren Sinne (F45) zu klassifizieren.» [37, 38]

**Neurasthenie (F48.0):** Es lassen sich zwei Hauptformen unterscheiden, die sich jedoch beträchtlich überschneiden: «Bei der einen Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede.» [37, 38]

#### DSM-5: Somatic Symptom Disorder (SSD) / Somatische Belastungsstörung

Die ICD-10-Kriterien wurden u.a. wegen begrenzter Validität, Inkonsistenzen und Nichterfassens des Schweregradspektrums kritisiert. Insbesondere erwies sich die Dichotomisierung körperlicher Beschwerden in medizinisch hinreichend versus nicht hinreichend erklärte Symptome empirisch als ungeeignet [39, 40]. Im DSM-5, welches seit Mai 2013 gültig ist, erfolgte daher eine weitgehende Revision der Kategorie als «Somatic Symptom Disorder (SSD)» [41]: Das problematische Kriterium der medizinischen Unerklärtheit wurde abgeschafft, psychobehaviorale Positivkriterien und eine Einteilung nach Schweregraden eingeführt (s. Tabelle 2). Die revidierte Begriffsbestimmung betont die mit dem Schweregrad der Körperbeschwerden zunehmende Assoziation mit psychosozialen Belastungen, und zwar unabhängig von ihrer möglichen Entstehung [42]. Indem das DSM-5 zusammen mit dem SSD auch die psychologischen Faktoren, die anderenorts klassifizierte Krankheiten beeinflussen, die Körperdysmophobie, die artifizialen Störungen und die Krankheitsangst unter den «Somatic Symptom and Related

Disorders» subsummiert, betont es zudem neu die Rolle von Symptominterpretation, Körperschema, Krankenrolle und Krankheitsverhalten.

#### ICD-11: Bodily Distress Disorder (BDD)/Somatische Belastungsstörung

Die ICD-11 soll planmässig ab 2022 offiziell gelten und liegt aktuell in einer Beta-Version vor [43]. Als Nachfolgekonzzept für die somatoformen Störungen soll dort die «Bodily Distress Disorder (BDD)» in Kapitel 6C20 eingeführt werden. Kernpunkt des Konzepts der BDD, das sich an der SSD des DSM-5 orientiert, ist die Präsenz von körperlichen Symptomen, die als belastend erlebt werden, d.h. mit übermässigem affektivem Folgestress verbunden sind. Zeitkriterium ist, dass die Beschwerden für mehrere Monate an den meisten Tagen präsent sind. Typischerweise treten multiple körperliche Symptome auf, die über die Zeit variieren, gelegentlich auch nur ein einzelnes Symptom, meist Schmerz. Wenn eine andere Gesundheitsbedingung die Symptome verursacht oder zu ihnen beiträgt, dann übersteigt die Beschäftigung mit den Beschwerden das, was aufgrund der Natur der Störung bzw. ihres Verlaufs zu erwarten wäre. Neu wird auch bei der BDD eine Schweregradeinteilung eingeführt, deren Kriterien Tabelle 3 zu entnehmen sind. Mit dem Einbezug der psychobehavioralen Merkmale in die Diagnosekriterien werden sie erkannt und können in der Therapie adressiert werden. Ebenso wie die SDD soll auch die BDD als «Somatische Belastungsstörung» ins Deutsche übersetzt werden, um die Vielzahl der Begriffe zu vermindern.

#### ICD-11: Chronischer Schmerz

Bezüglich Schmerzsyndromen wurde im ICD-11 durch die International Association for the Study of Pain (IASP) in mangelhafter Abstimmung mit anderen Fachgesellschaften und der Kategorie «Bodily Distress Disorder» die neue Kategorie «Chronischer Schmerz» (MG30) aufgemacht, die zwischen «Chronischem primären Schmerz» und «Chronischem sekundären Schmerz» unterscheidet [44]. Sie wurde in Kapitel 21 «Symptome, Zeichen oder klinische Befunde, nicht anderweitig klassifiziert», d.h. ausserhalb der psychischen Störungen verortet.

Chronischer primärer Schmerz wird definiert als Schmerz in mindestens einer anatomischen Region, der mehr als drei Monate anhält und zu signifikantem emotionalen Dis-

Tabelle 2: Klassifikationskriterien der Somatic Symptom Disorder (SDD) nach DSM-5 [41]

|          | Kriterien  |
|----------|--|
| <b>A</b> | Somatische Symptome: ≥ 1 somatische Symptome, die <ul style="list-style-type: none"> <li>• als belastend erlebt werden und/oder</li> <li>• zu signifikanten Beeinträchtigungen im Alltag führen</li> </ul>   |
| <b>B</b> | ≥ 1 psychobehaviorales Positivkriterium muss zutreffen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unverhältnismässige und beständige Gedanken über die Ernsthaftigkeit der eigenen Symptome</li> <li>• anhaltend hohes Ausmass an Angst bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome</li> <li>• übermässig viel Zeit und Energie, die den Symptomen oder gesundheitlichen Sorgen gewidmet wird</li> </ul> |
| <b>C</b> | <b>Chronifizierung:</b> Gesamtsymptomatik persistiert > 6 Monate   |
|          | <b>Spezifizierungen</b>  |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vornehmlich Schmerzbeschwerden</i> (früher anhaltende Schmerzstörung)</li> <li>• <i>anhaltend:</i> schwere Symptome und starke Beeinträchtigung &gt;6 Monate</li> </ul>  |
|          | <b>Schweregrad</b>   |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>mild:</i> 1 B-Symptom</li> <li>• <i>moderat:</i> ≥ 2 B-Symptome</li> <li>• <i>schwer:</i> ≥ 2 B-Symptome + multiple (oder 1 sehr schweres) somatische(s) Symptom(e)</li> </ul>   |

tress (Angst, Ärger/Frustration, Depression) und/oder zu Beeinträchtigung der Alltagsfunktion führt. Für ihn wird eine multifaktorielle Genese angenommen, indem biologische, psychologische und soziale Faktoren zu dem Schmerzsyndrom beitragen. Als chronischer primärer Schmerz werden u.a. «Chronic widespread pain» inklusive dem Fibromyalgiesyndrom, der chronische Rücken-, Nacken-, Thorax-, Gesichtsschmerz und das Temporomandibular-Syndrom eingeordnet. Ausschlusskriterium ist, dass der Schmerz nicht besser durch eine andere Bedingung erklärt wird.

Wenn das der Fall ist, besteht nach ICD-11 ein «chronischer sekundärer Schmerz» im Rahmen primär organischer Krankheitsfaktoren, z.B. chronische Tumorschmerzen, chronische neuropathischen Schmerzen etc.

### ICD-11: Funktionelle Symptome und Syndrome

Die ICD-11 hält sich zum einen zurück, was eine spezifische Codierung funktioneller Syndrome betrifft: Fibromyalgie-Syndrom und Temporomandibular-Syndrom sind, wie oben erwähnt, nun im Symptom-Kapitel als «chronischer primärer Schmerz» codiert, mehrere funktionelle gastrointestinale Syndrome weiterhin im Kapitel 13 bei den Erkrankungen des Verdauungssystems, aber weder das Chronic Fatigue Syndrom (bzw. die teils synonym verwendete «Myalgische Enzephalitis»), noch die Multiple Chemikaliensensitivität haben eigene Codierungen erhalten und können allenfalls in Restkategorien verschlüsselt werden. Zum anderen gibt es aber nun mehrere eigene Ziffern für funktionelle neurologische Störungen, z.B. funktionellen Tremor, der als solcher entweder bei den neurologischen Erkrankungen oder aber bei den dissoziativen Störungen als «dissoziative neurologische Symptomstörung, mit Tremor» verschlüsselt werden kann. Hier besteht weiterhin eine Parallelklassifikation.

### ICD-11: Dissoziative Störungen

Leider werden im ICD-11 die dissoziativen Störungen nicht näher an die somatischen Belastungsstörungen herangerückt. Dies im Unterschied zum DSM-5, wo die Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen) zu den Somatischen Belastungsstörungen und verwandten Störungen gehören. Im ICD-11 sind die dissoziativen Störungen weiterhin als eigene Störungsgruppe definiert, es sind nun aber noch weitere Subtypen differenziert, und zwar vor allem in der mit der neurologischen Klassifikation überlappenden Gruppe der funktionellen neurologischen Symptome (mit Sehstörung, mit Hörstörung, mit Schwindel, mit Myoklonus, mit Parkinsonismus, mit kognitiven Symptomen u.v.m.). Wichtig ist, dass im ICD-11 *keine* auslösende Belastungs- oder Konfliktsituation mehr gefordert werden,

weil sich dieses Kriterium als wissenschaftlich kaum haltbar und als klinisch schwer überprüfbar erwiesen hat.

### ICD-11: Krankheitsangst bzw. Hypochondrie

Bei einem Teil der Patient\*innen stehen Ängste, unter einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden oder diese zu bekommen, im Vordergrund. Die Betroffenen zeigen eine hohe körper-/krankheitsbezogene Verunsicherung. Durch sicherheitssuchendes Verhalten (Arztbesuche, Internet-Recherchen, Body Scanning und Checking, Vermeidung) versuchen sie, Rückversicherung zu erhalten und Kontrolle zu gewinnen. Kategorial wurden in den verschiedenen Klassifikationssystemen unterschiedliche Zuordnungen gewählt [45]:

- Im ICD-10 ist diese Patient\*innen-Gruppe mit ihrem Kernmerkmal der krankheitsbezogenen Angst als hypochondrische Störung (F45.2) der Kategorie der Somatoformen Störungen zugeordnet.
- Im DSM-5 werden krankheitsbezogene / hypochondrische Ängste, *wenn sie mit körperlichen Beschwerden verbunden sind*, als Somatic Symptom Disorder (SDD) eingeordnet, denn «Angst bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome» erhält dort als eines von drei B-Kriterien eine gewichtige Position. Für krankheitsbezogene Ängste *ohne Körperbeschwerden* (ca. 20% der Betroffenen) steht neu als Subkategorie der «somatischen Belastungsstörung und verwandten Störungen» die Diagnose «Krankheitsangststörung (Illness anxiety disorder)» zur Verfügung [46].
- Auch das ICD-11 kennt die Diagnose «Hypochondrie», ordnet sie aber nicht der Bodily Distress Disorder (BDD) zu, sondern auf Grund überlappender Merkmale (intrusive Präokkupationen, repetitive Gedanken, wiederholte Verhaltensweisen, Dysfunktion frontostriataler Regelkreise) primär den erweiterten Zwangsstörungen, sekundär den Angststörungen.

### Kommentar zur Revision der Klassifikationssysteme

Die Klassifikationsdebatte beschäftigt die Wissenschaftswelt seit mehreren Jahren kontrovers und intensiv. Folgende Kritikpunkte am neuen Konstrukt der somatischen Belastungsstörung gemäss DSM-5 bzw. ICD-11 werden diskutiert:

- Mit der Beschränkung einzig auf den Aspekt der «Präokkupation» werden andere Mechanismen und Anzeichen vernachlässigt, die z.B. eine Beschreibung unterschiedlicher Ätiologien funktioneller Körpersymptome erlauben (z.B. neuroinflammatorisch, vegetativ, hyperperzeptiv, affektiv, psychodynamisch, psychotraumatologisch etc.) [23].
- Das differentielle Diagnose-Spektrum funktioneller Syndrome (siehe [Tabelle 1](#)) erfährt im ICD-11 eine

**Tabelle 3:** Kriterien und Schweregradstufung der Bodily Distress Disorder (BDD) nach ICD-11

| Kriterien und Schweregrad  | mild                     | moderat                         | schwer  |
|--|--------------------------|---------------------------------|---|
| <b>Präokkupation:</b><br>Aufmerksamkeit ↑ für Symptome und ihre Konsequenzen | gering<br>(<1 Std./ Tag) | persistierend<br>(>1 Std./ Tag) | persistierend und beherrschend:<br>Fokus liegt auf Symptomen und ihren Konsequenzen.                                |
| Inanspruchnahme ↑<br>des Gesundheitssystem                                   | +                        | ++                              | +++   |
| Alltags-Funktionen ↓   | gering                   | moderat                         | schwerwiegend<br>(Arbeitsunfähigkeit, Entfremdung von Freunden & Familie, Vernachlässigung der meisten Aktivitäten) |

Einebnung auf die Pauschaldiagnose «Bodily Distress Disorder» als kleinsten gemeinsamen Nenner und wird dadurch der Vielfalt der Störungsbilder nicht gerecht.

- Die neue Kategorie «Chronischer primärer Schmerz» (MG30.0) konkurriert mit der «Bodily Distress Disorder» und wird voraussichtlich zur Abwanderung der Schmerzdiagnosen in die neuen Symptomkapitel führen. Eine solche schmerzorientierte Weltsicht wird aber nicht der Tatsache gerecht, dass die Betroffenen häufig Symptome aus mehreren Organsystemen aufweisen. Die neuen Schmerzkategorien könnten eine Zergliederung und klassifikatorische Verwirrung bezüglich der funktionellen somatischen Syndrome im ICD-11 nach sich ziehen [47].

Um dem Abhilfe zu schaffen wurde von der EURONET-SOMA Group, einer europäischen Initiative zur Verbesserung von Forschung, Behandlung, Kommunikation und Zusammenarbeit bei anhaltenden somatischen Symptomen als neue gemeinsame Klassifikation die Kategorisierung als «Functional somatic disorders (FSD)»/«Funktionelle somatische Störungen» als Oberbegriff für verschiedene Erkrankungen vorgeschlagen, die durch anhaltende und belastende körperliche Symptome aus unterschiedlichen und häufig mehreren Organsystemen gekennzeichnet sind [5]. Der Vorschlag sieht vor, dass FSD innerhalb der Krankheitsklassifikationen einen neutralen Platz einnehmen, der weder eine somatische Ätiologie noch eine psychische Störung bevorzugt. Je nach Symptommuster sollen die FSD in die Subkategorien (a) Multisystem, (b) Einzelsystem oder (c) Einzelsymptom unterteilt werden. Zusätzliche Spezifizierer könnten hinzugefügt werden, um psychologische Merkmale oder gleichzeitig bestehende Krankheiten zu berücksichtigen; es ist aber keine dieser Angaben ausreichend oder notwendig, um die Diagnose zu stellen. Empfohlen wird eine Harmonisierung mit bestehenden Syndromdiagnosen:

Wo derzeit definierte Syndrome in das FSD-Spektrum fallen – auch innerhalb von organsystemspezifischem Kapitel einer Klassifikation, sollen sie eine Doppelzugehörigkeit erhalten (das Reizdarmsyndrom beispielsweise soll sowohl zu den gastrointestinalen Störungen als auch zum FSD gehören). Mit den FSD soll auf diese Weise ein einheitlicher Blick auf funktionelle somatische Syndrome gerichtet werden mit dem Ziel, klinische Versorgung und Forschung weiterzuentwickeln.

### Differenzialdiagnostik und Abgrenzungen im Begutachtungskontext

Die differenzialdiagnostische Einordnung funktioneller Körperbeschwerden und somatischer Belastungsstörungen erfordert sowohl die Identifikation somatischer Krankheitsfaktoren und organischer Erkrankungen als auch die Abgrenzung psychischer Störungen. Sie können jeweils als Differenzialdiagnosen oder Komorbiditäten vorliegen; vergleiche auch «Simultandiagnostik» unten. Wichtige psychische Differenzialdiagnosen sind in [Tabelle 4](#) zusammengestellt.

Im Begutachtungskontext ist darüber hinaus die Abgrenzung von Verdeutlichungstendenz, Aggravation und Simulation vorzunehmen. Die entsprechenden Kennzeichen sind in [Tabelle 5](#) aufgeführt [48, 49].

### Epidemiologie

Funktionelle Körperbeschwerden betreffen mindestens 10% der Allgemeinbevölkerung, treten in allen Lebensaltern auf [50] und werden in allen Altersgruppen häufiger von Frauen berichtet (1,5- bis 3-mal häufiger als bei Männern) [51]. In Hausarztpraxen fand sich eine Prävalenz funktioneller Körperbeschwerden von 15-50% [52, 53], in

**Tabelle 4:** Psychische Differenzialdiagnosen funktioneller Körperbeschwerden und somatischer Belastungsstörungen

| Psychische Differenzialdiagnosen                                 | Abgrenzung   |
|--|--|
| <b>Depressive Störungen</b>                                      | Typische somatische Symptome der Depression (z. B. Schlaf- und Libidostörungen, Appetitminderung, Magen-Darm-Beschwerden) treten ausschliesslich während depressiver Phasen auf.   |
| <b>Krankheitsangststörung / Hypochondrische Störung</b>          | Krankheits-/körperbezogene Ängste stehen im Vordergrund, weniger Körperbeschwerden.  |
| <b>Panikstörung</b>  | Typische somatische Symptome (z.B. Herzklopfen, Brustschmerzen, Schwindel) sind auf die Panikattacke begrenzt.   |
| <b>Generalisierte Angststörung</b>                               | Generalisierte, anhaltende Angst, begleitet von typischen somatischen Symptomen (Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle, Oberbauchbeschwerden). Krankheitsängste sind dabei nur eines von mehreren Sorgenthemen, nicht das Hauptthema.  |
| <b>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</b>                 | Trauma-Kriterium: Erlebnis(se) mit Todes- oder schwerer Verletzungsdrohung; intrusives Wiedererleben in der Gegenwart; Vermeidungsverhalten; ggf. Teil-/Vollamnesie; Hypervigilanz und Hyperarousal. Somatische Symptome können als dissoziative Symptome auftreten (siehe auch dissoziative Störungen): als positive (Plus-Symptome: z.B. Krampfanfälle, Hyperästhesien, körperliche Intrusionen z.B. in Form von Schmerzen) oder negative Symptome (Minus-Symptome betreffend alle Sinne oder die Motorik, z.B. Anästhesie, Seh- und Hörminderung, Aphonie / Dysphonie, Lähmung) |
| <b>Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (nach ICD-11)</b> | Längerfristige multiple Traumata: Erlebnisse extremer und langandauernder/wiederholter Natur; zusätzlich traumabedingte typische Persönlichkeitsveränderungen im Sinne von «Störungen der Selbstorganisation»: Affektregulationsdefizite, einschliesslich Dissoziationsneigung; Selbstkonzept-Beeinträchtigungen: andauerndes negatives Selbstbild; Misstrauen und Beziehungsprobleme; Flashbacks; somatische Symptome wie beim PTBS   |
| <b>Artifizielle Störung</b>                                      | Symptome werden durch Selbstverletzung oder Manipulation erzeugt, vorgetäuscht oder erfunden; in der Regel lässt sich ein objektivierbarer Befund erheben, z. B. das Nichtabheilen einer Wunde. Die Patient*innen wirken durch die Symptome oft relativ wenig beeinträchtigt.  |
| <b>Wahnhaftige Störung</b>                                       | Relativ isolierter, unkorrigierbarer, zeitlich stabiler körper-/krankheitsbezogener Wahn; alle Arten von somatischen Symptomen möglich, aber im Hintergrund.   |
| <b>Hypochondrischer Wahn</b>                                     | Auch durch ärztliche Rückversicherung unkorrigierbare, zeitlich stabile und «hundertprozentige» angstvolle Krankheit-süberzeugung; alle Arten von somatischen Symptomen möglich, aber im Hintergrund.  |
| <b>Zoenästhetische Psychose</b>                                  | Im Rahmen psychotischer Störungen können verschiedene somatische Symptome beklagt werden. Dabei handelt es sich entweder um Wahrnehmungsstörungen/Halluzinationen oder um sonstige wahnhaftige Überzeugungen. Die Symptome haben meistens eine bizarre Ausgestaltung und werden von nicht nachvollziehbaren Annahmen und Erklärungen begleitet.  |

Spezialambulanzen (z.B. rheumatologische, gynäkologische oder schmerzmedizinische) von 25-66% [54–56].

Für somatoforme Störungen beträgt die 12-Monats-Prävalenz in der europäischen Bevölkerung 4,9%, was sie zu den drithäufigsten «psychischen» Störungen macht [57]. In Hausarztpraxen lag die Prävalenz für mindestens eine somatoforme Störung (nach ICD-10 bzw. DSM-IV), je nach angelegten Diagnosekriterien, zwischen 26,2% und 34,8% [53].

Für die SDD wurde in der Deutschen Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz von 4.5% gefunden [58]. Für die ab 2022 geplante BDD gibt es noch keine zuverlässigen Prävalenzdaten.

Im Verlauf berichten 50-70% der Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden über eine Besserung, bei 20-50% sind die Beschwerden anhaltend, bei 10-30% kommt es zu einer Verschlechterung [59].

Funktionelle Körperbeschwerden und somatische Belastungsstörungen zeigen eine mit dem Schweregrad zunehmende Komorbidität mit depressiven, Angst-, posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchterkrankungen (Medikamente, Alkohol); bei hohem Schweregrad (Vollbild Somatisierungsstörung F45.0) bestehen häufig komorbide Persönlichkeitsstörungen [35, 60].

Suizidalität stellt bei Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden ein relevantes Risiko dar. Das Risiko steigt mit der Beschwerdedauer, der Belastung durch die Beschwerden, und der Art und Anzahl von Komorbiditäten. Am gefährdetsten sind Patient\*innen mit kriteriumsgemäss ausgeprägten funktionellen und somatoformen Störungen und mit psychischer, v.a. depressiver Komorbidität [61, 62]. Insbesondere wird Suizidalität vermehrt im Zusammenhang mit Schmerzen [63] und Wut/Ärger [64] beschrieben.

Bei den meisten funktionellen somatischen Syndromen ist die Lebenserwartung normal. Einzelne Arbeiten fanden sogar eine niedrigere Mortalität bei dieser oft besonders gut untersuchten Patient\*innen-Gruppe [65]. Andererseits zeigte sich eine wahrscheinlich erhöhte Mortalität im Zusammenhang mit psychogenen nicht-epileptischen Anfällen (PNES), vermutlich auf Grund der hohen Komorbidität mit Epilepsie, vielleicht auch wegen der häufigen – bei klaren PNES nicht indizierten – Behandlung mit Antikonvulsiva [66, 67].

Funktionelle Körperbeschwerden gehen oft mit einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit einher. Die

Lebensqualität ist stärker beeinträchtigt als bei somatischen Erkrankungen. Ein Grossteil zeigt eine hohe, dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, insbesondere bei psychischer Komorbidität [68, 69]. Es resultieren hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten [70].

## Schweregradgestuftes Versorgungsmodell und Therapie

Entsprechend der sehr unterschiedlichen Manifestationen wird das Management funktioneller Körperbeschwerden als schweregradgestuftes Versorgungsmodell mittels schrittweiser, aufeinander aufbauender Empfehlungen der aktuellen deutschen S3-Leitlinie dargestellt [2-4]. Von Beginn an ist der Aufbau einer partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung mit einer Atmosphäre von Vertrauen und Zusammenarbeit zentral; über alle Stufen hinweg geht es um die Bereitstellung von Unterstützung, Sicherheit und Kontinuität.

### Initiale Grundversorgung

**Bemerken und Erkennen:** «Da funktionelle Körperbeschwerden häufig sind und sich vielgestaltig präsentieren, sollte ihr Vorliegen frühzeitig in Betracht gezogen werden» [3]. Eine frühe und klare Abgrenzung funktioneller Körperbeschwerden ist auf Grund ihrer Unspezifität, Heterogenität und ihrer engen Verbindung mit anderen («körperlichen» wie «psychischen») Erkrankungen oft nicht möglich. Meist ist sie aber auch gar nicht nötig, solange man «simultandiagnostisch» sowohl somatische als auch psychosoziale Einflussfaktoren berücksichtigt, eine «funktionelle Beschwerdedimension» erkennt und ihr Rechnung trägt. Auf diese Weise kann der weitere Verlauf der Beschwerden positiv beeinflusst werden.

**Sorgfältig befragen und untersuchen:** Für die Aufnahme der Arbeit mit den Patient\*innen wird eine Haltung von Wachsamkeit, Zurückhaltung und Empathie empfohlen. Zuerst sollte sich die Behandler\*in die Beschwerden spontan und ausführlich schildern lassen («Annehmen der Beschwerdeklage») und verbal wie nonverbal Aufmerksamkeit, Interesse und Akzeptanz signalisieren («aktives Zuhören») [71]. Essentiell sind dabei die Validierung des Beschwerdeerlebens und die Anerkennung der Realität der Beschwerden. In der Anamnese sollten die Hauptbeschwerden, aber auch darüber hinaus gehende weitere Beschwerden oder Probleme eruiert werden. Dabei sollte man auch nach den Beeinträchtigungen durch die Beschwerden im

Tabelle 5: Abgrenzungen im Begutachtungskontext [48, 49]

| Phänomene                      | Abgrenzung   |
|--------------------------------|--|
| <b>Verdeutlichungsstendenz</b> | Die Diskrepanz aus anhaltendem körperlichem Leiden mit entsprechenden Einschränkungen im Alltag, aber sich widersprechenden Ergebnissen und Zurückweisung oder Ratlosigkeit der Behandler*in führt zu wachsender Verunsicherung seitens der Patient*innen und manchmal auch zur Verdeutlichung der Beschwerden («Verdeutlichungsstendenz»). Eine solche situationsadäquate Verdeutlichung von Beschwerden im Rahmen der gutachtlichen Untersuchung ist von Aggravation oder Simulation klar abzugrenzen: Es handelt sich hierbei um den mehr oder weniger bewussten Versuch, die Gutachter*in durch eine besondere Betonung oder leichte Überhöhung in der Beschwerdedarstellung vom Vorhandensein der bestehenden Beschwerden und den damit einhergehenden Funktions- und Leistungseinschränkungen zu überzeugen. Zunehmende Verdeutlichung kann auch mit einem desinteressierten, oberflächlichen Untersuchungsstil der Gutachter*in zusammenhängen. |
| <b>Aggravation</b>             | Aggravation ist die bewusste verschlimmernde oder überhörende Darstellung oder Ausweitung einer vorhandenen krankhaften Störung zum Zweck der Erreichung externaler (materieller) Vorteile. Im Gegensatz zur Simulation liegt hier ein Kern an authentischen Beschwerden vor, der gutachtlich überzeugend herauszuarbeiten ist.  |
| <b>Simulation</b>              | Bewusste, willentliche und zielgerichtete Vortäuschung von Beschwerden oder Symptomen mit einer externalen Motivation und dem erkennbaren Zweck, konkrete Vorteile zu erreichen. Die Beschwerden werden präsentiert, aber nicht erlebt. Abzugrenzen ist eine Simulation von artifiziellen Störungen, bei denen Beschwerden oder Symptome ebenfalls gezielt vorgetäuscht werden, allerdings mit einer internalen Motivation (Krankenrolle, Operationsindikation u.ä.).  |



Alltag und nach den eventuellen psychosozialen Belastungen (Beruf, Familie) fragen. Ausserdem sollte man sich einen Eindruck über das psychische Befinden und das Krankheitsverhalten der Patient\*in verschaffen. Durch eine anschliessende, angekündigte sorgfältige, allgemeine körperliche Untersuchung sollen körperliche Befunde und Einschränkungen erfasst werden. Dabei sollte auch auf das Verhalten der Patient\*in geachtet werden (z.B. ängstlich oder dramatisierend). Sorgfältig ist auf Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe («red flags»: Warnsignale körperlicher Erkrankungen, schwere psychische Komorbidität, Selbstgefährdung/Suizidalität, Gefährdung durch ungeeignete diagnostische oder therapeutische Massnahmen) zu achten. Die weitere Diagnostik soll nach Schweregrad gestuft, systematisch, aber zurückhaltend erfolgen.

**Beruhigen:** Soweit sich keine Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe bekannter körperlicher oder psychischer Erkrankungen ergeben, sollte dies den Patient\*innen mit dem Ziel von Beruhigung und Rückversicherung mitgeteilt werden.

**Beraten:** Schon frühzeitig im Verlauf der Behandlung sollten allgemeine Massnahmen besprochen werden, die geeignet sind, die Beschwerden günstig zu beeinflussen im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven Lebensstils (Bewegung, Entspannung, Schlaf, Ernährung, soziale Aktivität). «Zunächst sollte den Patient\*innen zu solchen gesundheitsfördernden Massnahmen geraten werden, mit denen sie ggf. früher in vergleichbaren Situationen bereits positive Erfahrungen gemacht haben» [3].

**Abwartendes Offenhalten:** Soweit Warnsymptome fehlen und eine bedrohliche Krankheit unwahrscheinlich ist, empfiehlt sich «abwartendes Offenhalten», was die Angst der Patient\*innen nachweislich nicht steigert [72]. In der Regel sollten die Patient\*innen einen Wiedervorstellungstermin nach 2-4 Wochen erhalten. Explizit soll betont werden, dass sich die Beschwerden wahrscheinlich bessern und auch kein Grund zur Sorge besteht, falls sie persistieren.

#### **Erweiterte Grundversorgung**

Bei persistierenden beeinträchtigenden Beschwerden ist eine erweiterte Grundversorgung angezeigt.

**Entschleunigen und Setting anpassen:** Mit dem Ziel der Entschleunigung soll der weitere Umgang mit Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden in einem klaren Setting mit regelmässigen, Beschwerde-unabhängigen, zeitlich begrenzten Terminen erfolgen.

**Simultandiagnostik:** Unter konsequenter Umsetzung einer «Sowohl-als-auch-Haltung» empfiehlt sich nun eine erweiterte, gleichzeitige und gleichwertige Simultandiagnostik sowohl somatischer als auch psychosozialer Bedingungsfaktoren.

**Aufmerksam zuhören und nachfragen:** Im Rahmen der erweiterten Anamnese sollten – auch im Hinblick auf mögliche therapeutische Anknüpfungspunkte – folgende Aspekte Beachtung finden: Neben den Hauptbeschwerden auch weitere und frühere Beschwerden, Begleiterkrankungen sowie Behandlungen, körperliche und psychische Komorbiditäten sowie Differenzialdiagnosen, subjektives Erklärungsmodell und Bedeutungszuschreibungen, problematische Denk- und Verhaltensweisen, Ressourcen,

Lebenssituation einschliesslich psychosozialer Belastungen, biographischer Kontext. Dabei soll mit psychosozialen Themen zunächst beiläufig und indirekt statt konfrontativ umgegangen werden, z. B. durch das geduldige Begleiten des Wechsels zwischen Andeuten psychosozialer Belastungen und Rückkehr zur Beschwerdeklage («tangente Gesprächsführung») [73]. Hinweise auf psychosoziale Probleme und Bedürfnisse sollen empathisch aufgegriffen und als bedeutsam benannt werden. Daneben sollten auch das eigene Empfinden, Verhalten und die Beweggründe in der Ärzt\*in-Patient\*in-Interaktion (z. B. Hilflosigkeit, übereifriges Anordnen, wiederholte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) beobachtet und reflektiert werden.

**Wohlüberlegt anordnen:** Die weitere Diagnostik sollte gestuft und nicht redundant erfolgen. Wesentliches Ziel ist, abwendbar gefährliche Verläufe auszuschliessen und Handlungsbedarf zu erkennen. Ein sinnvoller Endpunkt der Abklärungen soll festgelegt werden. Wiederholte, vor allem invasive technische Untersuchungen «zur Beruhigung» von Patient\*in und Behandler\*in sollten vermieden werden. Dagegen empfiehlt sich die Wiederholung klinisch-körperlicher Untersuchungen, um Veränderungen zu erfassen und ggf. Warnzeichen für körperliche Erkrankungen oder eventuelle Folgeschäden vorausgegangener Passivierung oder Fehlbehandlungen zu erkennen.

**Untersuchungen besprechen:** Untersuchungen sollen mit der Patient\*in entkatastrophisierend vor- und nachbesprochen werden. Dabei trägt die Vorinformation über erwartbare Normalbefunde zur Beruhigung der Patient\*in bei [74]. Erhaltene (Vor-)Befunde sollten in laiengerechter Sprache besprochen werden; durch Rückfragen ist sicherzustellen, dass die Informationen korrekt verstanden wurden.

**Krankheitswert und diagnostische Zuordnung(en) klären:** Der Krankheitswert der Befunde (auch Vorbefunde) soll beurteilt und erklärt werden. Differenzialdiagnostisch ist zu prüfen, inwiefern die Kriterien eines funktionellen somatischen Syndroms, einer somatoformen Störung oder einer somatischen Belastungsstörung erfüllt sind. Zusätzlich ist darauf zu achten, ob primär somatische Erkrankungen mit/ohne psychologische Faktoren und/oder psychische Störungen als Differenzialdiagnosen oder Komorbiditäten vorliegen (siehe auch [Tabelle 4](#)).

#### **Vom Erklärungsmodell zur Bewältigung**

**Erklären und benennen:** Die vorliegende(n) Diagnose(n) sollte(n) der Patient\*in mitgeteilt und angemessen erläutert werden. Er sollte darüber informiert werden, dass funktionelle Körperbeschwerden viele Menschen betreffen. Die subjektive Krankheitstheorie der Patient\*in sollte erfragt und daran angeknüpft werden. Psychophysiologische Zusammenhänge sollten ausgehend von den Erfahrungen der Patient\*in mit Hilfe von «Teufelskreismodellen» («Je mehr Schmerzen, desto weniger Bewegung – je weniger Bewegung, desto mehr Schmerzen») und Schaubildern anschaulich erläutert werden. Auf diese Weise sollen die beteiligten Krankheitsfaktoren individuell in einem für die Patient\*in nachvollziehbaren biopsychosozialen Erklärungsmodell zusammengeführt werden. Von diesem werden im Weiteren geeignete Bewältigungs- und Behandlungsstrategien abgeleitet. Die Erweiterung des

Erklärungsmodells ist auch aus Sicht von Psychotherapeut\*innen, die dazu interviewt wurden, zentral für die Behandlung funktioneller Körperbeschwerden [75].

**An Erwartungen und Zielen arbeiten:** Vorbestehende Annahmen und Erwartungen von Patient\*innen (teils auch von Angehörigen) beeinflussen Beschwerdeerleben, Körperbild [76], Krankheitsverhalten, Verlauf und Therapierfolg. Deshalb sollte man bestehende Annahmen und Erwartungen besprechen und die Patient\*in ggf. darin unterstützen, sie zu überprüfen und neue Erfahrungen zu machen. Unrealistische Erwartungen sollten relativiert und auf den Rückgewinn von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität auch trotz Beschwerden fokussiert werden. Gemeinsam sollte in kleinen Schritten an konkreten Zielen gearbeitet werden. Daneben sind übergeordnete Ziele, Werte und Motivationen (das «Wozu» jenseits der Beschwerden) hilfreich. Für die Therapieplanung ist eine partizipative Entscheidungsfindung anzustreben. In zwischenzeitlichen Bilanzierungsgesprächen sollten eingeleitete Massnahmen und eine Zielerreichung evaluiert und ggf. adaptiert werden.

**Beschwerden und Symptome lindern:** «Der in der Regel vorübergehende und begleitende Charakter von passiven, beschwerdelindernden Massnahmen soll im Vergleich zu nachhaltigeren aktiven Selbstwirksamkeitsstrategien erläutert werden» [3, 77]. Die Patient\*in sollte hinsichtlich passiver symptomatischer Massnahmen zur Beschwerdelinderung beraten werden, z. B. Analgetika (keine Opiate!), physikalische und physiotherapeutische Anwendungen, Psychopharmaka und passive komplementärmedizinische Begleittherapien wie z. B. Akupunktur [2]. Auf längerfristige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist möglichst zu verzichten. Zu Verbesserung des Stressmanagements und des Umgangs mit Beschwerden soll das Erlernen von Entspannungstechniken empfohlen werden. Dadurch wird wesentlich eine Aktivierung des Nervus vagus/Parasympathikus erreicht, für die anti-inflammatorische Effekte belegt sind [78]. Medikamente werden nur unterstützend und zeitlich befristet im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans empfohlen: Die symptom-orientierte Medikation folgt den Leitlinien der funktionellen Einzelsyndrome (Reizdarm-, Fibromyalgiesyndrom etc.). Psychische Komorbiditäten (Depression, Angst) sollen leitlinienbasiert behandelt werden. Zu bevorzugen sind Antidepressiva der neueren Generation (SNRI, SSRI), die auch für somatoforme Störungen als wirksam eingestuft werden [79]. (Ein Teil ihrer Wirksamkeit lässt sich vermutlich durch anti-inflammatorische Mechanismen erklären [80].) Bei schmerz-dominanter Symptomatik wie dem Fibromyalgiesyndrom kommen (niedrig dosierte) Trizyklika (beste Evidenz für Amitriptylin) oder – bei zusätzlicher psychischer Komorbidität – SNRI/Duloxetin zum Einsatz [81].

**Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit stärken:** Alle Bewältigungsstrategien zielen auf die Verbesserung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, verbunden mit der Bearbeitung der Körperwahrnehmung, dem Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten und generell der Verbesserung des Körpererlebens. Belegt ist dabei auch der Einsatz geeigneter Selbsthilfe-Interventionen [82, 83]. Bei entsprechender Eignung der Patient\*innen scheinen

Computer-basierte Interventionen vergleichbar wirksam wie traditionelle Ansätze [84].

**Zur körperlichen Aktivität ermutigen:** Eine wichtige Therapiemassnahme bei funktionellen Körperbeschwerden ist dosierte körperliche Aktivierung [9]. Dabei ist die Dosierung wichtig: Eine aktuelle Meta-Analyse [85] zeigte, dass der hypoanalgetische Effekt von körperlichem Training bei Patient\*innen mit Fibromyalgiesyndrom im Gegensatz zu gesunden Erwachsenen nur bei Training mit niedriger bis mässiger Intensität erreicht wird, während zu intensives Training eine hyperanalgetische Wirkung hat. Ein aktuelles Cochrane-Review bei Erwachsenen mit Fibromyalgiesyndrom [86] fand, dass gemischtes körperliches Training die Lebensqualität und die Fähigkeit, tägliche Aktivitäten auszuführen, verbessern, Schmerzen, Steifigkeit und Müdigkeit verringern kann und für Personen mit Fibromyalgie akzeptabel ist. Die Qualität der Evidenz wurde allerdings als gering bis mässig eingestuft, da die Anzahl der Teilnehmer\*innen in den Studien gering war und Probleme mit dem Studiendesign auftraten (z.B. Selektionsbias, Probleme mit der Verblindung, Publikationsbias).

Die S3-Leitlinie «Funktionelle Körperbeschwerden» empfiehlt regelmässigen, genussvollen Sport, abwechselnd mit Entspannungsphasen. Vorteilhaft sind Gruppen- und Mannschaftssportarten. Zusätzlich können zeitlich befristet Physiotherapie und Ergotherapie verordnet werden. Eine Meta-Analyse bei Patient\*innen mit Fibromyalgiesyndrom und chronischem Müdigkeitssyndrom [87] fand, dass eine Verbesserung der Körperwahrnehmung eine wichtige Rolle bei Ängstlichkeit, Depressivität und Lebensqualität zu spielen scheint. Allerdings muss die Interpretation der Daten vorsichtig vorgenommen werden, da es an qualitativ hochwertigen Studien mangelt [87].

**Zusammenarbeiten und Rat einholen:** Die Patient\*in sollte nach parallel laufenden Konsultationen und Behandlungen sowie nach deren Wirkung gefragt, und ihr Einverständnis eingeholt werden, dass die Behandler\*in sich mit den Kolleg\*innen der anderen Fachrichtungen austauscht und abstimmt. Bei besonders hartnäckigen Beschwerden und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist an mögliche aufrechterhaltende Faktoren wie Vorteile durch die Krankenrolle, Medikamentenmissbrauch, gravierende Lebensereignisse oder an die Möglichkeit bisher unerkannter, evtl. seltener körperlicher/psychischer Differenzialdiagnosen zu denken und hier entsprechend der Rat von Kolleg\*innen einzuholen.

### Multimodale Behandlung, Psychotherapie, Rehabilitation und Begutachtung

**Multimodale Behandlung vorbereiten:** Bei schwereren Verläufen ist eine multimodale Behandlung angezeigt mit zusätzlichen psychotherapeutischen und ggf. rehabilitativen Elementen [88]. «Je nach diagnostischer Einschätzung, Motivation der Betroffenen und lokalen Gegebenheiten sollten eine somatisch-fachärztliche oder eine ambulante psychiatrische Mitbehandlung, eine begleitende Physiotherapie oder weitere Therapieelemente einbezogen werden. Psychotherapie ist eine wichtige und bei einem breiten Spektrum funktioneller Körperbeschwerden nachweislich wirksame Behandlungsform, wenngleich nicht die einzige Option bei der Einbeziehung weiterer Be-

handlungskomponenten» [3]. Der Einbezug weiterer Behandler\*innen und Behandlungsformen, insbesondere eine Überweisung zur Psychosomatiker\*in/Psychotherapeut\*in/Psychiater\*in soll behutsam vorbereitet werden. Mitbehandler\*innen werden mit einbezogen, und nicht die Patient\*in zu diesen «weggeschickt». «Der primär behandelnde Arzt sollte weiterhin der Hauptansprechpartner für den Patienten und der Zuständige für die Koordination der Behandlung bleiben» [3].

#### Störungsorientierte Psychotherapie:

**Wirksamkeit:** Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei funktionellen Körperbeschwerden ist durch Systematische Reviews, Meta-Analysen und Cochrane-Reviews (z.B. [89, 90]) klar belegt, auch für schwerere Verläufe [91].

**Verfahren:** Insbesondere für nachfolgende Verfahren liegen qualitativ hochwertige empirische Wirksamkeitsbelege für funktionelle Körperbeschwerden auf der Ebene von Cochrane-Reviews oder Meta-Analysen vor, wofür nachfolgend exemplarische Befunde zu den berichteten Effektsstärken angeführt werden:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Das Cochrane-Review von van Dessel et al. [90] für somatoforme Störungen und medizinisch unerklärte Körperbeschwerden berichtet für vier randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) mit 496 Patient\*innen für die Verbesserung somatischer Symptome innerhalb eines Jahres nach Therapie eine Effektstärke von -0.29 (95% Konfidenz-Intervall (KI) -0.37, -0.11). Weitere, qualitativ weniger gute Evidenz liefert z.B. die Meta-Analyse von Menon et al. [92].
- **Psychodynamische Psychotherapie:** Die Meta-Analyse von Abbass et al. [93] von randomisiert-kontrollierten Studien zu psychodynamischen Kurzzeit-Therapien bei funktionellen somatischen Störungen berichtet für 7 RCTs mit 859 Patient\*innen eine Effektstärke von -1.00 (95% KI -1.78, -0.22) für die Verbesserung somatischer Symptome mehr als 6 Monate nach Therapie.
- **Hypnotherapie:** Die Wirksamkeit von Hypnotherapie bei funktionellen Körperbeschwerden wurde z.B. für das Reizdarm-Syndrom gezeigt: Schaefer et al. [94] berichten in ihrer Meta-Analyse von 5 RCTs mit 280 Patient\*innen am Therapieende für die Reduktion der globalen gastrointestinalen Beschwerden eine Effektstärke (Standard-Mittelwertdifferenz) von -0.32 (95% KI -0.56, -0.08). Die Wirksamkeit von Hypnose/geleiteter Imagination ist ausserdem z.B. für Patient\*innen mit Fibromyalgiesyndrom belegt [95].

In der Zusammenschau der vorliegenden Evidenz liegen die Effektstärken von KVT und Hypnotherapie bei funktionellen Körperbeschwerden unterhalb derer bei Angst oder Depression und bewegen sich im niedrigen bis mittleren Bereich. Für psychodynamische Kurzzeittherapie berichtet die Meta-Analyse von Abbass et al. [93] dagegen eine hohe Effektstärke. Allgemein scheint für den Erfolg der Therapie vor allem die «Passung» zwischen Patient\*in und Therapeut\*in und das Einbeziehen des Körpers wesentlich zu sein.

**Indikationen für ambulante Psychotherapie sind:** Starke Belastung durch Körperbeschwerden, stärkere psychosoziale Belastung (z. B. chronische Konflikte in Arbeit/

Familie), relevante psychische Komorbidität (z. B. Depression, Angst, Sucht, Traumafolgestörung), starke emotionale Belastung (z.B. Krankheitsängste, Selbstmordgedanken), relevante dysfunktionale Krankheitsannahmen, maladaptives Krankheitsverhalten, starke funktionelle Beeinträchtigung (z.B. längere Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug), Wunsch der Patient\*in.

**Vorgehen:** Das psychotherapeutische Vorgehen bei schwereren Verläufen funktioneller Körperbeschwerden weist grosse verfahrensübergreifende Übereinstimmungen auf [1, 96, 97]. Es sollte störungs-/beschwerdeorientiert, kontextbezogen (Komorbidität, Soziallage, Arbeitsfähigkeit) und ressourcenorientiert erfolgen und folgt einem Phasenmodell:

1. In der *Therapieeingangphase* stehen Vertrauens- und Motivationsaufbau, Klärung von Patientenerwartungen und Behandlungszielen sowie die Diagnose des «Körperselbst» (d.h. körperbezogene Wahrnehmungen, Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen) im Vordergrund.
2. In der *Mittel-/Arbeitsphase* geht es um Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche, die Erarbeitung eines individualisierten biopsychosozialen Erklärungsmodells, Aufmerksamkeitslenkung, Vermittlung von aktiven Bewältigungsstrategien sowie die Arbeit mit beschwerdebezogenen Einstellungen (z.B. Umgang mit Krankheitsängsten, Attenuierung katastrophisierender Annahmen) und Verhaltensweisen (Schonung, Vermeidung, sicherheitsuchendes Verhalten). Psychodynamisches Vorgehen, für das die höchsten Effektstärken gefunden wurden [93], betont vor allem die Arbeit an der Affektdifferenzierung und -regulation. Eine randomisierte kontrollierte Studie mit 255 Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden verglich die Wirksamkeit konventioneller kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) mit einer Kombination aus KVT und einem Training der Emotionsregulation (ENCERT = enriching cognitive-behavioral therapy with emotion regulation training) [98]. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl KVT als auch ENCERT starke Effekte auf die somatische Symptomschwere wie auch sekundäre Endpunkte bei den Betroffenen erzielen konnten. Die Ergebnisse deuteten nicht darauf hin dass das Hinzufügen eines Trainings in Emotionsregulationsfähigkeit generell die Wirkung von KVT bei allen Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden verbesserte. Moderatoranalysen zeigten allerdings höhere Effekte von ENCERT bei Patient\*innen mit komorbiden psychischen Störungen. Für die längerfristige Wirksamkeit wird postuliert, dass psychodynamische Therapien adaptive Veränderungen in der Beziehungs- und Persönlichkeitsfunktion ermöglichen, wodurch sich das Wachstum nach der Behandlung fortsetzen kann. Gleichwohl gilt diese Beobachtung auch für andere Verfahren.
3. In der *Abschlussphase* geht es um den Transfer in den Alltag, den Umgang mit Rückschlägen und einen rechtzeitig eingeleiteten Beendigungs- und Abschiedsprozess.

**Körper-(psycho-)therapeutische und non-verbale Therapieverfahren:** Der konsequente Einbezug des Körpers ist für die Behandlung von Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden zentral. Auch ergänzend zu einer Psychotherapie oder wenn diese trotz bestehender Indikation nicht zustande kommt, bieten sich daher körper-(psycho-)therapeutische und non-verbale Behandlungsformen an, die sich vor allem im Rahmen multimodaler Behandlungsansätze bewährt haben: Körperorientierte Verfahren (z.B. Physiotherapie), Entspannungsverfahren und Atemtherapie, meditative Bewegungstherapien (Tai Chi, Yoga, Qi Gong) [99, 100], achtsamkeitsbasierte Stressreduktion [101], Biofeedback, körper-(psycho-)therapeutische Verfahren (z. B. funktionelle Entspannung, Feldenkrais, konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie) [102, 103], Kunst- und Musiktherapie. Ein Cochrane-Review bei Erwachsenen mit Fibromyalgiesyndrom [104] fand, dass «Mind and Body»-Therapien zur Verbesserung der körperlichen Funktion, der Schmerzen und der gedrückten Stimmung beitragen, aber die Qualität der Evidenz gering war. Die Wirksamkeit von Biofeedback, Achtsamkeit, Bewegungstherapien und entspannungsbasierten Therapien bleibt unklar, da die Qualität der Evidenz gering oder sehr gering war: Die geringe Anzahl von Studien und die inkonsistente Verwendung von Ergebnismassen schränken die Analysen ein.

**(Teil-)stationäre Behandlung erwägen:** Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung sind: krisenhafte Zuspitzung – vor allem Selbst-/Fremdgefährdung, besondere Schwere der körperlichen/psychischen Symptomatik, Notwendigkeit eines multimodalen Settings mit Verfügbarkeitsproblemen im ambulanten Setting, längerfristige Arbeitsunfähigkeit, grosse Probleme im familiären oder beruflichen Umfeld, hohe biographische Belastung, ausbleibender Erfolg der ambulanten Behandlung nach sechs Monaten, Chronifizierungsgefahr.

**Rehabilitation:** «Als Behandlungsoption für Patient\*innen mit anhaltenden funktionellen Körperbeschwerden kann auch eine medizinische Rehabilitation erwogen werden, insbesondere wenn der Fokus darauf liegt, die Teilhabe zu verbessern – einschliesslich des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit – und damit eine (weitere) Chronifizierung zu verhindern» [3, 105].

Der **Begutachtung** von Patient\*innen mit funktionellen Körperbeschwerden und somatischen Belastungsstörungen kommt aufgrund ihrer Häufigkeit und ihres oft chronischen Verlaufs eine grosse Bedeutung zu. Bezüglich dieser Begutachtungen verwarf das Schweizerische Bundesgericht 2015 in einem wichtigen Paradigmenwechsel das Konstrukt der «willentlichen Überwindbarkeitsvermutung». Stattdessen forderte das Bundesgericht die Formulierung von «Indikatoren» für die Beschreibung der Gesundheitsstörungen und Beeinträchtigungen mit dem Ziel einer «einzelfallgerechten» und «ergebnisoffenen» Beurteilung sämtlicher Erkrankungen, ungeachtet ihrer Ätiologie. Die Schweizerische Akademie für Psychosomatische Medizin (SAPPM) hat gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS) eine Begutachtungsleitlinie erarbeitet mit einer Systematik von geeigneten Indikatoren für die strukturierte Begutachtung funktioneller (Schmerz-)Erkrankungen [28]; diese kann im Internet abgerufen werden [48]. Wichtiger als der psy-

chopathologische Befund ist hierfür die Beurteilung von Funktionseinschränkungen und Leistungsbeeinträchtigungen durch die Körperbeschwerden, daneben ggf. die Abgrenzung von Verdeutlichung, Aggravation und Simulation (siehe [Tabelle 5](#)).

## Zusammenfassung

Funktionelle Körperbeschwerden resultieren aus überwiegend erworbenen, potenziell reversiblen Störungen der vielschichtigen Funktionen des Organismus, weniger seiner Strukturen. Nach allem, was wir heute wissen, entstehen sie aus einem gestörten Zusammenspiel biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren, und bilden damit die vielschichtigen Wechselwirkungen zwischen Gehirn und Körper, Individuum und Umwelt, Erfahrungen und Erwartungen, Wahrnehmungen und Handlungen ab. Zudem haben sie die (potenziell irreführende und maladaptive) Funktion, Individuen und ihr Umfeld zu warnen, wenn etwas (vermeintlich) nicht stimmt oder (vermeintlicher) Handlungsbedarf bzw. Hilfsbedürftigkeit besteht. Sie treten häufig auf, sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in klinischen Settings. Sie können vorübergehend und mild sein und sich meist ohne jedes medizinisches Eingreifen wieder zurückbilden. Bei etwa jeder dritten Patient\*in gehen sie jedoch mit einer signifikanten Beeinträchtigung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität einher, und deshalb auch mit starkem Leiden und hohen direkten und indirekten Kosten. Diese Patient\*innen bedürfen einer klaren Diagnose und einer sinnvollen Behandlung. Das vorliegende narrative Review diskutiert neue Konzeptualisierungen funktioneller Körperbeschwerden und ihr Verhältnis zu Krankheitsangst, dissoziativen Störungen und spezifischen funktionellen somatischen Syndromen. Es fasst sinnvolle Management-Strategien für Erwachsene mit funktionellen Körperbeschwerden aller Schweregrade in allen medizinischen Settings zusammen, basierend auf der 2018 aktualisierten AWMF-S3-Leitlinie «Funktionelle Körperbeschwerden» und einer selektiven Literaturrecherche aktueller Übersichtsarbeiten. Die medizinische Sichtweise auf funktionelle Körperbeschwerden hat sich durch ein besseres Verständnis ihrer hochindividuellen multifaktoriellen Ätiologie in den letzten Jahren verändert, was sich in Anpassungen der Klassifikationssysteme zeigt: Während das Konzept der somatoformen Störungen der ICD-10 noch vorwiegend auf nicht hinreichend erklärten Körperbeschwerden beruhte, wird die Somatische Belastungsstörung nach DSM-5 (Somatic Symptom Disorder) bzw. ICD-11 (Bodily Distress Disorder) nun ätiologisch neutral sowohl als Ursache von Stress, als auch als stressbedingt verstanden; sie integriert verschiedene somatische Beschwerden unterschiedlicher Schweregrade und typische psychobehaviorale Merkmale, die zugleich als therapeutische Anknüpfungspunkte dienen können. Für die Behandlung wird ein Schweregrad-gestuftes, kooperatives Versorgungsmodell empfohlen. Dabei geht es in der initialen Grundversorgung um das Erkennen funktioneller Körperbeschwerden und begleitender psychischer und somatischer Komorbiditäten, Beruhigen und Beraten im Sinne eines gesunden, körperlich aktiven Lebensstils und um abwartendes Offenhalten zur Vermeidung von Überdiagnostik und Passivierung. Die erweiterte Grundver-

sorgung bei persistierenden beeinträchtigenden Beschwerden erfordert ein klares Setting mit regelmässigen Terminen. Durch eine erweiterte, systematische Simultandiagnostik werden sowohl somatische als auch psychosoziale Krankheitsfaktoren genauer identifiziert und in einem individualisierten biopsychosozialen Erklärungsmodell zusammengeführt. Von diesem werden geeignete individuelle Bewältigungsstrategien wie Aufmerksamkeitsumlenkung, dosierte körperliche Aktivierung oder eine vorübergehende Medikation abgeleitet, die auf eine bessere Bewältigung, Wohlbefinden und Funktionalität zielen. Bei schwereren Verläufen erfolgt eine multimodale Behandlung unter Hinzunahme störungs-, auch körperorientierter Psychotherapie und Physiotherapie sowie ggf. weiterer körpertherapeutischer und rehabilitativer Massnahmen.

#### Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

#### Literatur

- Bleichhardt G, Schaefer R. Somatische Belastungsstörung und funktionelle Syndrome. In: Senf W, Broda M, Voos D, Neher M, editors. *Praxis der Psychotherapie - Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 6. überarbeitete Auflage 2020. p. 566-84.
- Roenneberg C, Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R, Sattel H, Henningsen P. (Redaktion). S3-Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden". 2018. [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html) (letzter Zugriff: 27.09.2020).
- Roenneberg C, Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. „Funktionelle Körperbeschwerden“: Klinisch relevante Leitlinien-Empfehlungen. *PSYCH up2date*. 2020;14(01):35-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/a-0901-5103>.
- Roenneberg C, Sattel H, Schaefer R, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C. Klinische Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden [Clinical practice guideline: Functional somatic symptoms]. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(33-34):553-60. doi: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2019.0553>. PubMed.
- Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W; EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med*. 2020;18(1):34. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-020-1505-4>. PubMed.
- Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnboel 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(1):30-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802e46eb>. PubMed.
- Schröder A, Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(3):673-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.008>. PubMed.
- Kano M, Oudenhove LV, Dupont P, Wager TD, Fukudo S. Imaging Brain Mechanisms of Functional Somatic Syndromes: Potential as a Biomarker? *Tohoku J Exp Med*. 2020;250(3):137-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.250.137>. PubMed.
- Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychother Psychosom*. 2018;87(1):12-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000484413>. PubMed.
- Kato K, Sullivan PF, Pedersen NL. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res*. 2010;68(5):447-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.010>. PubMed.
- McEwen BS. Epigenetic Interactions and the Brain-Body Communication. *Psychother Psychosom*. 2017;86(1):1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000449150>. PubMed.
- Gillespie NA, Zhu G, Heath AC, Hickie IB, Martin NG. The genetic aetiology of somatic distress. *Psychol Med*. 2000;30(5):1051-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799002640>. PubMed.
- Lembo AJ, Zaman M, Krueger RF, Tomenson BM, Creed FH. Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome, and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(3):686-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2009.23>. PubMed.
- Pervanidou P, Chrousos GP. Early-Life Stress: From Neuroendocrine Mechanisms to Stress-Related Disorders. *Horm Res Paediatr*. 2018;89(5):372-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000488468>. PubMed.
- Ying-Chih C, Yu-Chen H, Wei-Lieh H. Heart rate variability in patients with somatic symptom disorders and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020;112:336-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.007>. PubMed.
- Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. The Immune-Inflammatory System and Functional Somatic Symptoms. In: Kozłowska K, Scher S, Helgeland H, editors. *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents: A Stress-System Approach to Assessment and Treatment*; Palgrave Texts in Counselling and Psychotherapy. Cham: Palgrave Macmillan; 2020. p. 175-201; link: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3_9). (letzter Zugriff: 17.02.2021).
- Calcia MA, Bonsall DR, Bloomfield PS, Selvaraj S, Barichello T, Howes OD. Stress and neuroinflammation: a systematic review of the effects of stress on microglia and the implications for mental illness. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016;233(9):1637-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-016-4218-9>. PubMed.
- Ji RR, Nackley A, Huh Y, Terrando N, Maixner W. Neuroinflammation and Central Sensitization in Chronic and Widespread Pain. *Anesthesiology*. 2018;129(2):343-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000002130>. PubMed.
- Bourke JH, Langford RM, White PD. The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *J Psychosom Res*. 2015;78(3):228-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.003>. PubMed.
- Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum*. 2008;37(6):339-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2007.09.003>. PubMed.
- Yunus MB. Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):70-85. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/157339711102150702112236>. PubMed.
- Egloff N, Cámara RJ, von Känel R, Klingler N, Marti E, Ferrari ML. Hypersensitivity and hyperalgesia in somatoform pain disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(3):284-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.01.011>. PubMed.
- Egloff N, Schwegler K, Grosse Holtforth M. Funktionelle Körperbeschwerden. *Ther Umsch*. 2019;76(5):267-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/0040-5930/a001093>. PubMed.
- Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*. 2007;36(6):339-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2006.12.009>. PubMed.
- Jennings EM, Okine BN, Roche M, Finn DP. Stress-induced hyperalgesia. *Prog Neurobiol*. 2014;121:1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneurobio.2014.06.003>. PubMed.
- Trouvin AP, Perrot S. New concepts of pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2019;33(3):. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>. PubMed.
- Henningsen P, Gündel H, Kop WJ, Löwe B, Martin A, Rief W, et al.; EURONET-SOMA Group. Persistent Physical Symptoms as Perceptual Dysregulation: A Neuropsychobehavioral Model and Its Clinical Implications. *Psychosom Med*. 2018;80(5):422-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000588>. PubMed.
- Egloff N, Schaefer R, Loeb P, Steiger B, von Känel R. Begutachtungsleitlinien Psychosomatische Medizin. *Schweiz Arzteztg*. 2018;99(1314):425-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4414/saez.2018.06502>.
- D'Souza RS, Hooten WM. Somatic Syndrome Disorders. *StatPearls* 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/> (letzter Zugriff: 17.02.2021).
- Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(1):49-54. PubMed.
- Ludwig L, Pasman JA, Nicholson T, Aybek S, David AS, Tuck S, et al. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):307-20. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30051-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30051-8). PubMed.
- Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med*. 2009;24(2):155-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0845-0>. PubMed.

- 33 Nichter M. Idioms of distress revisited. *Cult Med Psychiatry*. 2010;34(2):401–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6>. PubMed.
- 34 Okur Güney ZE, Sattel H, Withhöft M, Henningsen P. Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(6):. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>. PubMed.
- 35 Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Hauser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Klinische Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(47):803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>. PubMed.
- 36 Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Gholami G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2014;76(1):2–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.000000000000010>. PubMed.
- 37 Dilling H, Freyberger HJ, eds. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 9., aktualisierte Auflage entsprechend ICD-10-GM. Hogrefe; 2019.
- 38 Kröllner B. ICD-Code. TA Developer, Varsity Lakes, Australien 2020; <https://www.icd-code.de/impressum.html> (letzter Zugriff: 13.12.2020).
- 39 Klaus K, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R. The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *Int J Behav Med*. 2013;20(2):161–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-012-9245-2>. PubMed.
- 40 Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res*. 2006;61(2):169–79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.007>. PubMed.
- 41 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. American Psychiatric Publishing; 2013.
- 42 Von Känel R, Georgi A, Egli D, Ackermann D. Die somatische Belastungsstörung: Stress durch Körpersymptome. *Prim Hosp Care*. 2016;16(10):192–5. doi: <http://dx.doi.org/10.4414/phc-d.2016.01274>.
- 43 World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases 11th Revision*. The global standard for diagnostic health information. 2020. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (letzter Zugriff: 29.09.2020).
- 44 Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>. PubMed.
- 45 Bleichhardt G, Weck F. Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019.
- 46 Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):223–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033>. PubMed.
- 47 Henningsen P, Layer P, Fink P, Häuser W. Chronic primary pain: a pain-centered view of the world is too narrow. *Pain*. 2019;160(7):1683. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001563>. PubMed.
- 48 Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM). Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS). Leitlinien Psychosomatische Medizin. Begutachtung somatoform-funktioneller Schmerzstörungen (ICD-10), respektive chronischer Primärschmerzen (ICD-11 draft) sowie analoger funktioneller Körpersymptomstörungen. 2018. <https://www.sappm.ch/ueberuns/begutachtung/> (letzter Zugriff: 01.10.2020)
- 49 Widder B, et al. S2k-Leitlinie Gutachtliche Untersuchung bei psychischen und psychosomatischen Störungen (AWMF-Register Nr. 051-029). 2019. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-029.html> (letzter Zugriff: 07.02.2021).
- 50 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(1):151–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004>. PubMed.
- 51 Kapfhammer H-P. Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2005;1(2):63–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11326-005-0011-9>.
- 52 Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care. *Adv Psychiatr Treat*. 2008;14(6):432–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.106.003335>.
- 53 Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(16):279–87. doi: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>.
- 54 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(1):108–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keg043>. PubMed.
- 55 Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*. 2001;51(1):361–7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00223-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00223-9). PubMed.
- 56 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(1):66–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-004-0273-y>. PubMed.
- 57 Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655–79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>. PubMed.
- 58 Häuser W, Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Brähler E, Schmalbach B, Wolfe F. Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general population: A cross sectional study. *J Psychosom Res*. 2020;133:.. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110111>. PubMed.
- 59 olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res*. 2009;66(5):363–77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.018>. PubMed.
- 60 Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong SK, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *J Psychosom Res*. 2017;101:31–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>. PubMed.
- 61 Giupponi G, Maniscalco I, Mathà S, Ficco C, Pernther G, Sanna L, et al. Suizidrisiko bei somatoformen Störungen. *Neuropsychiatr*. 2018;32(1):9–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40211-017-0248-8>. PubMed.
- 62 Wiborg JF, Gieseler D, Fabisch AB, Voigt K, Lautenbach A, Löwe B. Suicidality in primary care patients with somatoform disorders. *Psychosom Med*. 2013;75(9):800–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.000000000000013>. PubMed.
- 63 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.09.004>. PubMed.
- 64 Kämpfer N, Staufienbiel S, Wegener I, Rambau S, Urbach AS, Mücke M, et al. Suicidality in patients with somatoform disorder - the speechless expression of anger? *Psychiatry Res*. 2016;246:485–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.022>. PubMed.
- 65 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(3):217–27. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/PM.41.3.a>. PubMed.
- 66 Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J. Morbidity and mortality of nonepileptic seizures (NES): A controlled national study. *Epilepsy Behav*. 2019;96:229–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.016>. PubMed.
- 67 Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, et al. Symptoms ‘unexplained by organic disease’ in 1144 new neurology outpatients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*. 2009;132(Pt 10):2878–88. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awp220>. PubMed.
- 68 Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res*. 2004;56(4):391–408. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00622-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6). PubMed.
- 69 Nanke A, Rief W. Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*. 2003;48(5):329–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-003-0323-4>.
- 70 Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W, et al. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2012;81(5):265–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000337349>. PubMed.
- 71 Hausteiner-Wiehle C, Schaefer R. Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung: Über den Umgang mit Patienten mit funktionellen Schmerzsyndromen. *Schmerz*. 2013;27(4):419–27. quiz 428–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00482-012-1291-9>. PubMed.

- 72 van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol RP, Kester AD, Rinkens PE, et al. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):112–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.958>. PubMed.
- 73 Schäfer R, Bölder R, Faber R, Kaufmann C. Tangential, nicht frontal. *PiD - Psychother Dialog*. 2008;9(03):252–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1067481>.
- 74 Petrie KJ, Muller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2007;334(7589):352–6.
- 75 Weigel A, Maehder K, Witt M, Löwe B. Psychotherapists' perspective on the treatment of patients with somatic symptom disorders. *J Psychosom Res*. 2020;138. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110228>. PubMed.
- 76 Scheffers M, Kalisvaart H, van Busschbach JT, Bosscher RJ, van Duijn MAJ, van Broeckhuysen-Kloth SAM, et al. Body image in patients with somatoform disorder. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):346. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1928-z>. PubMed.
- 77 Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369(9565):946–55. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60159-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60159-7). PubMed.
- 78 Bonaz B, Sinniger V, Pellissier S. Anti-inflammatory properties of the vagus nerve: potential therapeutic implications of vagus nerve stimulation. *J Physiol*. 2016;594(20):5781–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1113/JP271539>. PubMed.
- 79 Kleinstäuber M, Witthoft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2014;11:CD010628. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010628.pub2>.
- 80 Gafekci P, Mossakowska-Wójcik J, Talarowska M. The anti-inflammatory mechanism of antidepressants - SSRIs, SNRIs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;80(Pt C):291–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.03.016>. PubMed.
- 81 Sommer C, Alten R, Bär KJ, Bernatek M, Brückle W, Friedel E, et al. Medikamentöse Therapie des Fibromyalgiesyndroms : Aktualisierte Leitlinie 2017 und Übersicht von systematischen Übersichtsarbeiten. *Schmerz*. 2017;31(3):274–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00482-017-0207-0>. PubMed.
- 82 Liegl G, Boeckle M, Leitner A, Pieh C. A meta-analytic review of brief guided self-help education for chronic pain. *Eur J Pain*. 2016;20(10):1551–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.881>. PubMed.
- 83 Liegl G, Plessen CY, Leitner A, Boeckle M, Pieh C. Guided self-help interventions for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2015;27(10):1209–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0000000000000428>. PubMed.
- 84 Vugts MAP, Joosen MCW, van der Geer JE, Zedlitz AMEE, Vrijhoef HJM. The effectiveness of various computer-based interventions for patients with chronic pain or functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(5). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0196467>. PubMed.
- 85 Naugle KM, Fillingim RB, Riley JL, 3rd. A meta-analytic review of the hypoalgesic effects of exercise. *J Pain*. 2012;13(12):1139–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.09.006>. PubMed.
- 86 Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Webber SC, Musselman KE, Overend TJ, et al. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2019;5:CD013340. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013340>.
- 87 Courtois I, Cools F, Calsius J. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther*. 2015;19(1):35–56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.003>. PubMed.
- 88 Houtveen JH, van Broeckhuysen-Kloth S, Lintmeijer LL, Bühring ME, Geenen R. Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: a prospective evaluation. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(2):141–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000250>. PubMed.
- 89 Kleinstäuber M, Witthoft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):146–60. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>. PubMed.
- 90 van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2014;11:CD011142. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>.
- 91 Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, et al. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204(1):12–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>. PubMed.
- 92 Menon V, Rajan TM, Kuppili PP, Sarkar S. Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Controlled Trials. *Indian J Psychol Med*. 2017;39(4):399–406. doi: [http://dx.doi.org/10.4103/IJPSYM.IJP-SYM\\_17\\_17](http://dx.doi.org/10.4103/IJPSYM.IJP-SYM_17_17). PubMed.
- 93 Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, et al. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom*. 2020;89(6):363–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000507738>. PubMed.
- 94 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(5):389–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000039>. PubMed.
- 95 Köllner V, Bernardy K, Greiner W, Krumbein L, Lucius H, Offenbächer M, et al. Psychotherapie und psychologische Verfahren beim Fibromyalgiesyndrom : Aktualisierte Leitlinie 2017 und Übersicht von systematischen Übersichtsarbeiten. *Schmerz*. 2017;31(3):266–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00482-017-0204-3>. PubMed.
- 96 Agarwal V, Nischal A, Praharaj SK, Menon V, Kar SK. Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(8, Suppl 2):S263–71. doi: [http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_775\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_775_19). PubMed.
- 97 Řiháček T, Čeveliček M. Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychother Res*. 2020;30(4):532–45. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2019.1645370>. PubMed.
- 98 Kleinstäuber M, Allwang C, Bailer J, Berking M, Brünahl C, Erlic M, et al. Cognitive Behaviour Therapy Complemented with Emotion Regulation Training for Patients with Persistent Physical Symptoms: A Randomised Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2019;88(5):287–99. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000501621>. PubMed.
- 99 Langhorst J, Klose P, Dobos GJ, Bernardy K, Häuser W. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatol Int*. 2013;33(1):193–207. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-012-2360-1>. PubMed.
- 100 Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A systematic review and meta-analysis of qigong for the fibromyalgia syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/635182>. PubMed.
- 101 Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(8). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>. PubMed.
- 102 Lahmann C, Loew TH, Tritt K, Nickel M. Efficacy of functional relaxation and patient education in the treatment of somatoform heart disorders: a randomized, controlled clinical investigation. *Psychosomatics*. 2008;49(5):378–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.49.5.378>. PubMed.
- 103 Röhrich F, Sattel H, Kuhn C, Lahmann C. Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder - a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):120. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-019-2095-6>. PubMed.
- 104 Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2015(4):CD001980. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001980.pub3>.
- 105 Hoffmann C, Ruf-Ballauf W. Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2007;46(5):283–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-991138>. PubMed.