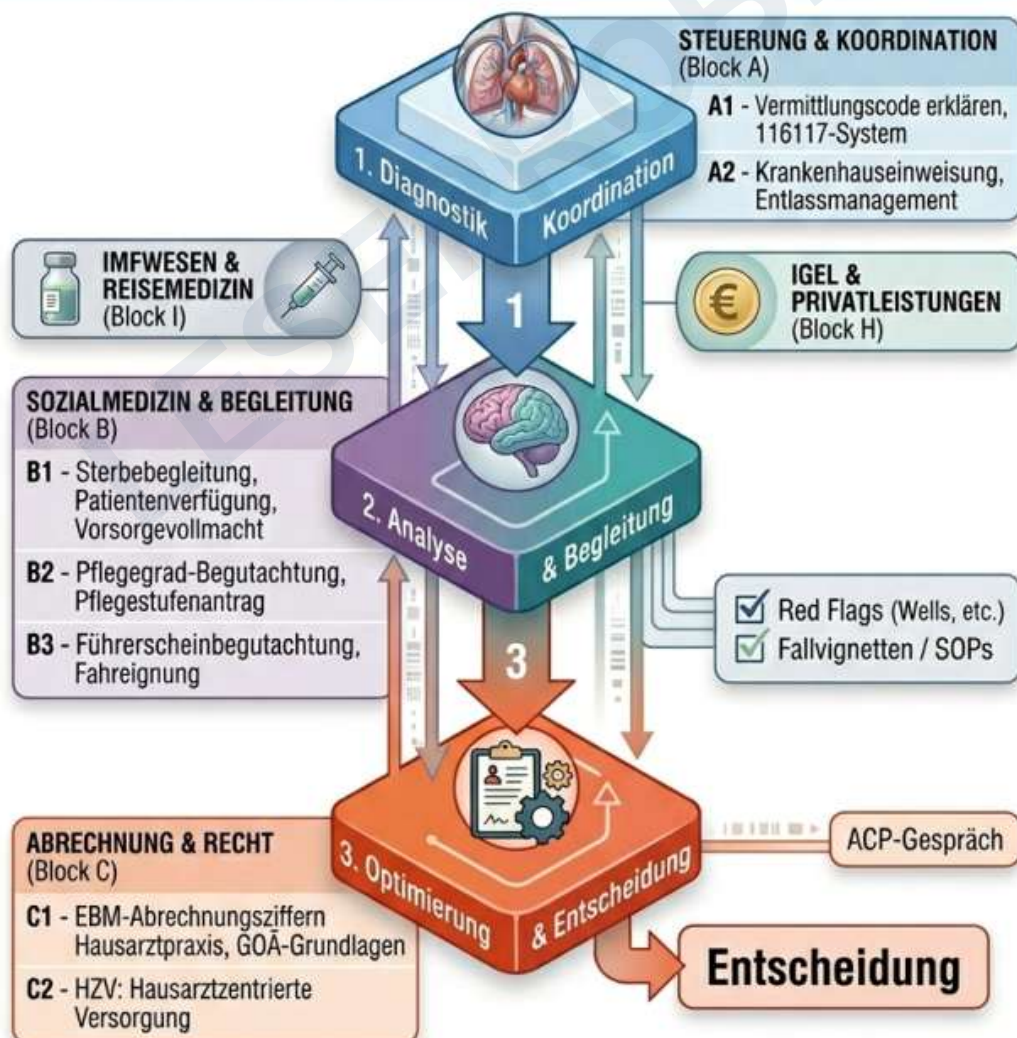


ClinicalOS – Hausarztmedizin strukturiert entscheiden

Band 9 Hausarztspezifische Querschnittsthemen

Das Querschnitts-System: Steuerung,
Sozialmedizin, Abrechnung & Prävention

Modulares Steuerungssystem für die Hausarztpraxis



2026

Sozialmedizin · Versorgungssteuerung · Abrechnung · Organisation · Prävention
Impfwesen · Digitalisierung · IGEL & Privatleistungen · Psychosomatik

Über diese Leseprobe

Band 9 · Hausarztspezifische Querschnittsthemen

Diese kuratierte Leseprobe umfasst 35 Seiten bei 240 Seiten im Vollband (rund 15 %, einschließlich Hinweis- und Endseite). Die folgenden Kapitel sind vollständig enthalten. Die ursprünglichen Seitenzahlen bleiben erhalten; Sprünge sind beabsichtigt. Diese Übersicht und die PDF-Lesezeichen erschließen die enthaltenen Ausschnitte. Verweise auf weitere Kapitel beziehen sich auf den Vollband.

- **J2: Lebensstilberatung**
- **C6: Chronischer komplexer Schmerz und MMST**

Die Hinweise zu Nutzung und Verantwortung aus dem Original gelten auch für diese Leseprobe.

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 9 : Hausarztspezifische Querschnittsthemen

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>. Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen kann nicht übernommen werden; trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht ausgeschlossen werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen. Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Haftungsansprüche, welche sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen — auch wenn diese lücken- oder fehlerhaft sind —, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, AWMF, DGK) sind vorrangig zu beachten.

Hinweis zu den Übersetzungen

ClinicalOS ist ein ursprünglich deutschsprachig entwickeltes Werk. Die vorliegende deutsche Ausgabe ist die inhaltliche Ursprungs- und Referenzfassung. Auf ihrer Grundlage wurden vollständige Übersetzungen ins Englische, Französische und Spanische erstellt, welche die konzeptionelle Struktur, die Entscheidungsarchitektur und den medizinischen Kerninhalt der deutschen Fassung übernehmen.

Soweit sinnvoll und möglich, enthalten die internationalen Ausgaben zusätzliche Hinweise auf Leitlinien, klinische Praxis und regulatorische Besonderheiten der jeweiligen Sprachräume. Sie stellen jedoch **keine vollständige länderspezifische Anpassung sämtlicher medizinischer und regulatorischer Inhalte** dar. Für die klinische Anwendung sind stets die im jeweiligen Land aktuell geltenden Leitlinien, Arzneimittelinformationen und gesetzlichen Regelungen maßgeblich.

J2 - Lebensstilberatung in der Hausarztpraxis

Prävention zwischen Ideal, Zeitdruck und realistischer Umsetzung

Lernziele

Nach Bearbeitung dieses Kapitels können Sie:

- Lebensstilberatung als wiederholbaren, delegierbaren Praxisprozess statt als Einzelaktion verstehen und organisieren.
- die häufigsten Gründe für das Scheitern von Lebensstilberatung im hausärztlichen Alltag benennen und gezielt umgehen.
- das 5-A-Modell, Motivational-Interviewing-Kurzformen, SMART-Ziele und Risikovisualisierung (SCORE2/arriba) im Zeitbudget eines Routinekontakts anwenden.
- mindestens vier Beratungsformate – 30-Sekunden-Impuls, 3-Minuten-Mikroberatung, 10-Minuten-Risikoberatung, separater Präventionstermin – situationsgerecht einsetzen.
- typische Problemfälle (Ambivalenz, Scham, Medikamentenwunsch statt Lebensstiländerung, Sprachbarriere, Bevormundungsgefühl) hausärztlich-realistisch statt moralisch bearbeiten.
- Beratung durch MFA-Vorbereitung, Recall-Logik, Patientenmaterial und PVS-Textbausteine so strukturieren, dass sie auch bei Zeitdruck dokumentierbar und wiederholbar bleibt.

Einstiegsszene

SZENE

Freitagnachmittag, 16:40 Uhr, der letzte Patient vor dem Wochenende. Herr K., 58, kommt wegen eines Rezepts für sein Blutdruckmittel. Beim Blick auf die letzten Laborwerte fällt der Hausärztin auf: LDL 168 mg/dl, HbA1c 6,2 %, BMI 31, Raucher seit 35 Jahren. Ein Lehrbuch-Fall für „Lebensstilberatung jetzt“. Die Ärztin holt Luft – und merkt im selben Moment, dass noch vier Patienten warten, das Rezept eigentlich der einzige Anlass des Termins war und Herr K. zuletzt auf jeden Vorschlag zur „Ernährungsumstellung“ mit einem höflichen, aber bestimmten „Ich weiß, Frau Doktor, ich weiß“ reagiert hat.

Sie könnte jetzt fünf Minuten investieren, die nicht eingeplant sind – und die erfahrungsgemäß wenig bewirken, wenn sie als Vortrag enden. Oder sie könnte das Rezept ausstellen und das Thema auf „nächstes Mal“ verschieben, wie es in den letzten drei Konsultationen schon geschehen ist.

Dieses Kapitel handelt von der dritten Option: einem kurzen, gezielten Impuls, der ins Zeitbudget passt, eine Anschlussstelle für das nächste Mal schafft – und nicht das schlechte Gewissen der Ärztin beruhigen soll, sondern bei Herrn K. tatsächlich etwas in Bewegung bringt.

Grundprinzip

Lebensstilberatung ist keine Wissensvermittlung. Die meisten Patient:innen wissen, dass Rauchen schadet, Übergewicht ungesund ist und Bewegung hilft. Das Problem liegt fast nie im fehlenden Wissen, sondern in Ambivalenz, Gewohnheit, sozialer und psychischer Belastung sowie fehlender Struktur für die Umsetzung. Eine Beratung, die zusätzliches Wissen liefert, wo bereits Ambivalenz besteht, erzeugt Widerstand statt Veränderung.

Daraus folgt ein Wechsel der hausärztlichen Aufgabe: nicht überzeugen, sondern Veränderungsbereitschaft explorieren, kleine nächste Schritte vereinbaren und diese über die Zeit – die zentrale hausärztliche Ressource – immer wieder aufgreifen. Eine einzelne, perfekte Beratung ist seltener wirksam als ein kurzer, wiederholter Impuls über mehrere Kontakte.

MERKE

Lebensstilberatung ist kein einmaliges Beratungsgespräch, sondern ein über die Zeit wiederholter, dokumentierter Praxisprozess. Die hausärztliche Stärke liegt nicht in der Beratungsdauer, sondern in der Kontinuität der Betreuung.

PRAXIS-PEARL

Die Frage „Was wäre für Sie ein erster kleiner Schritt?“ ersetzt in den meisten Situationen jede längere Erklärung – und ist in 20 Sekunden gestellt.

1. Warum Lebensstilberatung hausärztlich wichtig ist

Prävention und Lebensstilberatung gelten zu Recht als Kernaufgabe der Hausarztmedizin: Bei kardiovaskulärem Risiko, Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes/metabolischem Syndrom, Adipositas, Rauchen, Schlafstörungen, Stress, Bewegungsmangel, funktionellen Beschwerden, chronischen Schmerzen und psychischer Belastung steht eine Lebensstilintervention leitliniengerecht an erster oder zumindest gleichrangiger Stelle vor oder neben der Pharmakotherapie [1,3].

Der entscheidende Unterschied liegt zwischen einmaligem Rat („Sie sollten abnehmen“) und begleitetem Veränderungsprozess (Zielvereinbarung, Verlaufskontakt, Anpassung). Reiner Rat ohne Struktur verändert nachweislich selten Verhalten; strukturierte Kurzinterventionen mit Zielvereinbarung und Follow-up zeigen dagegen replizierbare, wenn auch moderate Effekte – etwa für Motivational Interviewing auf BMI, Cholesterin, systolischen Blutdruck und Alkoholkonsum [2].

Indikation	Stellenwert der Lebensstilintervention
Kardiovaskuläres Risiko / Hypertonie / Dyslipidämie	Leitliniengerechte Basismaßnahme vor bzw. neben Pharmakotherapie [1,3]
Diabetes / metabolisches Syndrom	Ernährung und Bewegung als erste Therapiesäule, auch bei bestehender Medikation
Rauchen	5-A-Modell + Pharmakotherapie erhöht Abstinenzraten gegenüber reiner Beratung deutlich [4,9]
Schlafstörungen	Schlafhygiene und kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente als Therapie erster Wahl vor Hypnotika [5]
Stress, funktionelle Beschwerden, chronische Schmerzen	Entspannungsverfahren und Aktivierung oft wirksamer als rein somatische Diagnostik-Eskalation

Lebensstilberatung ist damit kein „weiches“ Zusatzthema neben der „eigentlichen“ Medizin, sondern in vielen Konsultationen die eigentliche Intervention – nur eben eine, die anders strukturiert werden muss als eine Verordnung.

2. Warum Lebensstilberatung im Alltag oft scheitert

Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Praxis hat keine einzelne Ursache, sondern entsteht aus dem Zusammenwirken mehrerer, gut beschriebener Faktoren:

Faktor	Konkrete Ausprägung in der Praxis
Zeitmangel	7–10 Minuten Konsultationszeit lassen kaum Raum für ein strukturiertes Beratungsgespräch zusätzlich zum eigentlichen Anlass.
Fehlende Struktur	Ohne Gesprächsgerüst entsteht ein unspezifischer Appell („mehr bewegen, weniger essen“) statt eines konkreten nächsten Schritts.
Ärztin/Arzt spricht, Patient:in bleibt passiv	Reine Wissensvermittlung erzeugt Zuhören, aber keine Selbstverpflichtung.
Moralischer Ton	„Sie müssten doch eigentlich...“ erzeugt Abwehr statt Kooperation, besonders bei vorbestehender Scham.
Unrealistische Ziele	„Ab morgen jeden Tag 30 Minuten Sport“ wird selten umgesetzt und endet in Misserfolgserleben.
Fehlender Follow-up	Ohne Wiedervorstellung verläuft jede Zielvereinbarung im Sand.
Keine MFA-Einbindung	Die Beratung bleibt vollständig an die ärztliche Gesprächszeit gekoppelt, obwohl Vorbereitung und Recall delegierbar wären.
Kein schriftlicher Plan	Mündliche Vereinbarungen werden von beiden Seiten unterschiedlich erinnert oder schlicht vergessen.
Soziale Belastung	Schichtarbeit, Pflegeverantwortung, finanzielle Engpässe begrenzen den Handlungsspielraum unabhängig von der Motivation.
Psychische Komorbidität	Depression, Angststörung oder chronischer Stress reduzieren Veränderungskapazität erheblich.
Geringe Gesundheitskompetenz	Abstrakte Risikoangaben („Ihr Cholesterin ist zu hoch“) bleiben ohne konkrete Handlungsbedeutung.
Fehlende Dokumentation	Ohne Eintrag im PVS ist die nächste Konsultation wieder ein Neuanfang statt einer Anschlussstelle.
Fehlende Abrechnungsperspektive	Zeitintensive Beratung ohne klare Vergütungslogik wird in der Praxisorganisation systematisch verdrängt.
Frustration bei Ärzt:innen	Wiederholtes Erleben von „Non-Response“ führt zu Resignation und Vermeidung des Themas.

PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Lebensstilberatung als spontanes „Nebenbei-Thema“ am Ende einer ohnehin überzogenen Konsultation einschieben.
- Bei erkennbarer Ambivalenz dennoch mit Erklärungen und Appellen fortfahren, statt die Ambivalenz selbst anzusprechen.
- Auf Misserfolg mit Themenvermeidung statt mit Dosisanpassung (kürzer, konkreter, später wieder aufgreifen) reagieren.

RED FLAG - SOFORT HANDELN

Wann ein moralischer/appellativer Beratungsstil das Gegenteil bewirkt:

- Patient:in reagiert auf Ansprache des Themas bereits mit Abwehr, Themenwechsel oder Reizbarkeit – weiteres Insistieren verstärkt meist nur den Widerstand.
- Wiederholte erfolglose Diätversuche, Schamthematik oder ein Essstörungen-Hintergrund: hier kann appellative Gewichtsberatung iatrogen schädlich sein und sollte zurückgestellt bzw. fachspezifisch begleitet werden.
- Hinweise auf depressive Erschöpfung oder Suizidalität: Lebensstilthema zurückstellen, psychische Versorgung priorisieren.

3. Realistische Lösungsstrategie

Der entscheidende Denkfehler ist die Vorstellung, Lebensstilberatung müsse in einer einzigen, möglichst vollständigen Konsultation abgeschlossen werden. Genau dieser Anspruch erzeugt den Zeitdruck, der die Beratung dann ausfallen lässt. Realistischer – und nachweislich wirksamer – ist ein Stufenmodell, das die Beratung über mehrere, kurze Kontakte verteilt und gezielt delegiert.

Format	Dauer	Einsatzkontext	Inhalt
30-Sekunden-Impuls	~30 Sek.	Akutkontakt (z. B. Infekt, Rezept)	Ein Satz, der das Thema offenhält: „Mir fällt auf, dass X. Wollen wir das beim nächsten Termin gezielt angehen?“
3-Minuten-Mikroberatung	2–3 Min.	Routinekontakt mit etwas Zeitpuffer	5-A-Kurzform, eine Frage zur Änderungsbereitschaft, ein SMART-Ziel
10-Minuten-Risikoberatung	8–12 Min.	Check-up/Gesundheitsuntersuchung	SCORE2/arriba-Visualisierung, ausführlichere Zielvereinbarung, schriftlicher Plan
Separater Präventions-/Chroniker-Termin	15–20 Min.	Geplanter Zusatztermin, DMP-Kontakt	Vertiefte Beratung, Barrierenanalyse, Einbindung von Kursangeboten/DiGA
MFA-vorbereitete Beratung	variabel	Vor dem Arztkontakt	MFA erhebt Anamnese-Eckdaten, gibt Material aus, bereitet Risikoscore vor
Recall/Verlaufskontakt	5–10 Min.	Telefonisch oder Folgetermin	Teach-back-Frage, Zielanpassung, Wertschätzung kleiner Fortschritte

Schriftliches Patientenmaterial (Mini-Plan, QR-Code zu Patienteninformationen oder Apps) und digitale Unterstützung – Bewegungs- und Ernährungs-Apps, DiGA bei entsprechender Indikation, strukturierte Präventionskurse nach § 20 SGB V – ergänzen jedes dieser Formate, ersetzen aber nicht das persönliche Gespräch.

MERKE

Lebensstilberatung muss nicht vollständig in einer Konsultation erledigt werden. Sie muss als wiederholbarer Praxisprozess organisiert werden – mit klar definierten, kurzen Formaten statt einem einzigen, zu groß angelegten Gespräch.

PRAXIS-PEARL

Ein SMART-Ziel in 90 Sekunden ist wirksamer als eine perfekte Erklärung in 10 Minuten, die niemand umsetzt.

4. Strukturierte Beratungsmethoden

Die folgenden Methoden sind keine zusätzliche Theorie, sondern Werkzeuge, die jedes der oben genannten Formate ausfüllen. Sie lassen sich einzeln oder kombiniert einsetzen.

5-A-Modell: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

Schritt	Inhalt	Beispielformulierung
Ask	Thema aktiv ansprechen, Status erfassen	„Rauchen Sie aktuell noch? Wie viele Zigaretten am Tag?“
Advise	Kurzer, klarer, personalisierter Rat	„Mit Ihrem Risikoprofil wäre ein Rauchstopp die wirksamste Einzelmaßnahme, die Sie ergreifen können.“
Assess	Änderungsbereitschaft einschätzen	„Auf einer Skala von 0 bis 10 – wie wichtig ist Ihnen das aktuell?“
Assist	Konkrete Unterstützung anbieten	„Es gibt wirksame Medikamente und eine Beratungshotline – soll ich Ihnen das aufschreiben?“
Arrange	Follow-up vereinbaren	„Lassen Sie uns in vier Wochen kurz telefonisch nachschauen, wie es läuft.“

Motivational Interviewing in Kurzform (OARS)

Für die hausärztliche 3-Minuten-Version reichen vier Grundtechniken, die Ambivalenz explorieren statt sie zu überreden [2]:

- Offene Fragen: „Was würde sich für Sie verändern, wenn Sie weniger Alkohol trinken?“ statt „Trinken Sie zu viel?“
- Affirmation: „Dass Sie trotz allem weiter zum Check-up kommen, zeigt mir, dass Ihnen das Thema nicht egal ist.“
- Reflektierendes Zuhören: „Sie sagen, Sport ist Ihnen wichtig, aber abends fehlt die Energie – verstehe ich das richtig?“
- Zusammenfassen: kurze Bilanz am Ende, die Ambivalenz benennt statt sie zu glätten.

SMART-Ziele statt allgemeinem Rat

Unspezifischer Rat (vermeiden)	SMART-Ziel (anstreben)
„Bewegen Sie sich mehr.“	„Ich gehe an drei Tagen pro Woche 15 Minuten nach dem Abendessen spazieren – Start: Montag.“
„Essen Sie gesünder.“	„Ich ersetze das Frühstücksgebäck an Wochentagen durch Haferflocken mit Obst.“
„Sie sollten abnehmen.“	„Ich wiege mich einmal wöchentlich und trage es in die App ein, Zielkorridor –0,5 kg/Monat.“

Risikovisualisierung, Teach-back, schriftlicher Mini-Plan

Abstrakte Laborwerte werden durch visuelle Risikotools greifbar: SCORE2 zeigt das 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis in Prozent, arriba ergänzt eine Ampel-Darstellung und das Konzept des „Risikoalters“ – beides eignet sich, um in unter zwei Minuten ein konkretes Bild statt einer abstrakten Zahl zu vermitteln.

Teach-back sichert, dass die Botschaft tatsächlich angekommen ist: „Können Sie mir in eigenen Worten sagen, was wir gerade besprochen haben?“ – statt der wirkungslosen Kontrollfrage „Haben Sie das verstanden?“, die fast immer mit „Ja“ beantwortet wird.

Ein schriftlicher Mini-Plan (siehe Patienten-Handout weiter unten) hält das vereinbarte Ziel fest und macht es beim nächsten Kontakt überprüfbar. Die Abschlussfrage „Was war leicht, was war schwer?“ eröffnet jeden Folgekontakt konstruktiver als eine pauschale Erfolgskontrolle, weil sie Scheitern ausdrücklich als Information statt als Versagen rahmt.

PRAXIS-PEARL

„Was war leicht, was war schwer?“ liefert in zwei Sätzen mehr Information für die nächste Zielanpassung als zehn Minuten allgemeine Nachfrage.

5. Typische Fälle und Problemfälle

Die folgenden zehn Fallvignetten decken die in der Praxis häufigsten Konstellationen ab. Sie sind bewusst nicht als Idealfälle geschrieben, sondern als realistische Situationen mit typischem Fehlweg und einer alternativen, im Zeitbudget umsetzbaren Strategie.

FALLVIGNETTE Fall 1 – Check-up-Patient mit erhöhtem SCORE2-Risiko, wenig Krankheitseinsicht

Ausgangssituation: Herr B., 54, beim Check-up: Nichtraucher, aber LDL 175 mg/dl, RR 148/92 mmHg, SCORE2-Risiko 9 % – „aber ich fühle mich doch topfit“.

Typischer Fehlweg: Lange Erklärung der Pathophysiologie der Atherosklerose, die beim Patienten als abstrakte Bedrohung ankommt, aber keine Handlung auslöst.

Bessere Strategie: SCORE2-Wert visuell zeigen (Ampel/arriba), Risikoalter statt nur Prozentzahl nennen, ein SMART-Ziel statt einer Gesamtumstellung vereinbaren.

Formulierungsbeispiel: „Ihr Herz-Kreislauf-System hat aktuell ein Risiko wie das eines durchschnittlich 9 Jahre älteren Mannes. Schon eine Maßnahme – z. B. Salz reduzieren – senkt das messbar. Was wäre für Sie machbar?“

PVS-Baustein: „SCORE2 9 %, Risikoalter +9 J. besprochen, SMART-Ziel Kochsalzreduktion vereinbart, Kontrolle RR in 4 Wochen.“

MFA-Aufgabe: RR-Selbstmessprotokoll aushändigen, Termin in 4 Wochen für Recall vormerken.

Follow-up: Bei Wiedervorstellung RR-Protokoll besprechen, Teach-back-Frage, ggf. nächstes SMART-Ziel (Bewegung) ergänzen.

FALLVIGNETTE Fall 2 – Raucher mit COPD-Risiko, „will eigentlich nicht aufhören“

Ausgangssituation: Herr T., 61, 40 py, leichter Husten, Spirometrie grenzwertig. Auf die Frage nach Aufhören: „Hab's schon zu oft versucht, bringt nichts.“

Typischer Fehlweg: Appell an Vernunft oder Angsterzeugung („Sie bekommen COPD!“) trotz erkennbar fehlender aktueller Bereitschaft.

Bessere Strategie: 5-A-Modell anwenden, Ambivalenz statt Abwehr explorieren (MI), Tür für späteren Zeitpunkt offenhalten statt Thema ad acta zu legen.

Formulierungsbeispiel: „Auf einer Skala von 0 bis 10, wie wichtig ist Ihnen das Thema gerade? [...] Was hat bei den früheren Versuchen am meisten geholfen, was am wenigsten?“

PVS-Baustein: „Raucherstatus 40 py, Ask/Advise/Assess durchgeführt, aktuell geringe Änderungsbereitschaft (Skala 3/10), Thema in 3 Mon. erneut ansprechen.“

MFA-Aufgabe: Infomaterial zu Rauchstoppberatung/Telefonhotline mitgeben, Recall-Vermerk für nächsten Kontakt setzen.

Follow-up: Beim nächsten Kontakt unaufdringlich erneut ansprechen: „Stand letztes Mal bei 3 von 10 – wo stehen Sie heute?“

FALLVIGNETTE Fall 3 – Patientin mit Adipositas, Scham und wiederholten Diäterfahrungen

Ausgangssituation: Frau S., 47, BMI 34, berichtet auf Nachfrage resigniert von „zehn Diäten, die alle nicht funktioniert haben“.

Typischer Fehlweg: Erneuter allgemeiner Ernährungsrat oder Verweis auf Kalorienbilanz, der die bereits erlebte Beschämung wiederholt.

Bessere Strategie: Thema entkoppeln von Gewicht als Zahl, Fokus auf ein einzelnes, schambesetzungsfreies Verhaltensziel; aktiv nach Diätfrust und ggf. Essstörungen-Hinweisen fragen, bevor weiter beraten wird.

Formulierungsbeispiel: „Ich möchte nicht über eine Zahl auf der Waage sprechen, sondern: Gibt es eine Sache, die Ihnen selbst in den letzten Wochen leichter oder schwerer gefallen ist?“

PVS-Baustein: „Adipositas Grad I, multiple frustrane Diätversuche anamnestisch, Fokus auf Verhaltensziel statt Gewichtsziel vereinbart.“

MFA-Aufgabe: Bei Bedarf Information zu wohnortnaher Ernährungsberatung/Selbsthilfegruppe bereitstellen, keine Gewichtskontrolle ohne expliziten Wunsch der Patientin ansetzen.

Follow-up: Nächster Kontakt: Rückfrage zum vereinbarten Verhaltensziel, nicht primär zum Gewicht.

FALLVIGNETTE Fall 4 – Diabetiker mit hohem HbA1c, möchte Medikamente statt Ernährungsgespräch

Ausgangssituation: Herr A., 58, HbA1c 8,9 %, sagt direkt: „Geben Sie mir einfach eine stärkere Tablette, für Diät hab ich keine Zeit.“

Typischer Fehlweg: Entweder den Ernährungswunsch komplett übergehen und nur die Medikation eskalieren, oder gegen den expliziten Wunsch des Patienten auf ein Ernährungsgespräch bestehen.

Bessere Strategie: Beides verbinden statt gegeneinander auszuspielen: Medikamentenanpassung vornehmen und in derselben Konsultation ein einziges, sehr konkretes Ernährungs-SMART-Ziel anbieten – als Ergänzung, nicht als Bedingung.

Formulierungsbeispiel: „Wir passen die Medikation jetzt an. Zusätzlich, ganz ohne große Diät: Wie wäre es, das Frühstücksgebäck durch etwas Eiweißreicheres zu ersetzen? Das würde den Wert zusätzlich senken.“

PVS-Baustein: „HbA1c 8,9 %, Medikation eskaliert, ein Ernährungs-SMART-Ziel (Frühstück) vereinbart, HbA1c-Kontrolle in 3 Monaten.“

MFA-Aufgabe: Blutzuckertagebuch/App-Empfehlung aushändigen, Termin für HbA1c-Kontrolle in 3 Monaten vereinbaren.

Follow-up: HbA1c-Kontrolle mit Teach-back zum Ernährungsziel verbinden, ggf. zweites Ziel ergänzen.

FALLVIGNETTE Fall 5 – Hypertoniepatient lehnt Medikamente ab, will „erst mal natürlich“ versuchen

Ausgangssituation: Frau M., 52, RR wiederholt 158/96 mmHg, möchte explizit keine Tabletten: „Ich will das erst mal natürlich in den Griff bekommen.“

Typischer Fehlweg: Den Wunsch ignorieren und die Verordnung trotzdem durchsetzen, oder umgekehrt kommentarlos zustimmen, ohne Zeitlimit und Kontrollparameter festzulegen.

Bessere Strategie: Wunsch respektieren, aber als befristeten, überprüfbaren Versuch rahmen: konkrete Lebensstilmaßnahmen, fester RR-Zielwert, festes Datum für Re-Evaluation.

Formulierungsbeispiel: „Einverstanden, wir versuchen es 8 Wochen mit Kochsalzreduktion, Bewegung und Selbstmessung. Wenn der Wert dann nicht unter X liegt, sprechen wir nochmal über Medikamente – ist das ein fairer Deal?“

PVS-Baustein: „RR 158/96 mmHg, Patientenwunsch nach Lebensstilversuch vor Pharmakotherapie, befristet auf 8 Wochen, RR-Zielwert und Kontrolltermin vereinbart.“

MFA-Aufgabe: RR-Selbstmessgerät-Anleitung und Protokollbogen aushändigen, Kontrolltermin in 8 Wochen eintragen.

Follow-up: Bei Zielerreichung Lebensstilkurs fortsetzen und Intervall verlängern; bei Nicht-Erreichung erneutes, undramatisches Angebot der Pharmakotherapie auf Basis der gemeinsam vereinbarten Regel.

FALLVIGNETTE Fall 6 – Gestresste berufstätige Patientin mit Schlafstörung, „keine Zeit für Bewegung“

Ausgangssituation: Frau L., 39, Vollzeit + zwei Kinder, Einschlafstörung seit Monaten, auf Bewegungsempfehlung: „Wann denn? Ich hab keine Minute übrig.“

Typischer Fehlweg: Standard-Empfehlung „30 Minuten Sport, 3x/Woche“ trotz erkennbarer Zeitnot – wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht umgesetzt und erzeugt zusätzliches Schuldgefühl.

Bessere Strategie: Schlafhygiene vor Bewegungsprogramm priorisieren, Maßnahmen in bereits vorhandene Routinen einbetten statt zusätzliche Zeit zu fordern.

Formulierungsbeispiel: „Lassen Sie uns zuerst beim Schlaf ansetzen, das kostet keine zusätzliche Zeit: feste Aufstehzeit, Bildschirm 30 Minuten vor dem Zubettgehen aus. Bewegung können wir später ergänzen, wenn der Schlaf stabiler ist.“

PVS-Baustein: „Insomnie bei beruflicher/familiärer Belastung, Schlafhygiene-Maßnahmen besprochen (Aufstehzeit, Bildschirmzeit), Bewegungsthema vertagt, Kontrolle in 4 Wochen.“

MFA-Aufgabe: Schlafhygiene-Patientenhandout aushändigen, ggf. Schlaftagebuch mitgeben.

Follow-up: Nach 4 Wochen Schlafqualität erfragen, erst danach Bewegungsthema in kleinster machbarer Dosis (z. B. 10 Minuten) ansprechen.

FALLVIGNETTE Fall 7 – Älterer Patient mit Sturzrisiko und Schlafmittelgebrauch

Ausgangssituation: Herr W., 78, nimmt seit Jahren ein Benzodiazepin zum Einschlafen, war zuletzt gestürzt, lebt allein.

Typischer Fehlweg: Schlafmittel unkommentiert weiter verordnen, weil ein Absetzversuch als aufwendig und konfliktreich erscheint; Sturzrisiko nicht mit der Medikation in Verbindung bringen.

Bessere Strategie: Sturzrisiko und Schlafmittel explizit verknüpfen, Schlafhygiene als Brücke vor/parallel zum schrittweisen Deprescribing einsetzen, kleine, langsame Dosisreduktion statt abruptem Absetzen.

Formulierungsbeispiel: „Das Schlafmittel erhöht Ihr Sturzrisiko mit. Lassen Sie uns die Dosis in kleinen Schritten reduzieren und parallel den Schlaf über feste Routinen stabilisieren – ganz langsam, nicht von heute auf morgen.“

PVS-Baustein: „Sturzereignis anamnestisch, Benzodiazepin-Langzeiteinnahme, Zusammenhang besprochen, schrittweises Deprescribing eingeleitet, Schlafhygiene ergänzt.“

MFA-Aufgabe: Sturzrisiko-Checkliste (Stolperfallen, Hausnotruf, Sehhilfe-Kontrolle) mitgeben, Reduktionsplan terminlich nachhalten.

Follow-up: Engmaschige Kontrolle der Reduktionsschritte, Sturzereignisse aktiv erfragen, bei Bedarf Tempo der Reduktion anpassen.

FALLVIGNETTE Fall 8 – Rückenschmerzpatient erwartet Schonung, braucht Aktivierung

Ausgangssituation: Herr D., 44, akuter unspezifischer Rückenschmerz, fragt nach Krankschreibung und Bettruhe „bis es besser ist“.

Typischer Fehlweg: Schonungserwartung unkommentiert erfüllen (Krankschreibung + Bettruhe-Empfehlung), obwohl dies die Chronifizierung begünstigt.

Bessere Strategie: Aktiv über den Nutzen von Bewegung statt Schonung aufklären, konkrete, niedrigschwellige Aktivität statt Sportprogramm empfehlen, Krankschreibung falls nötig zeitlich kurz halten.

Formulierungsbeispiel: „Die gute Nachricht: Bettruhe verzögert die Heilung eher. Bewegen Sie sich so normal wie möglich – auch wenn es zwischendurch zwick, das ist nicht gefährlich.“

PVS-Baustein: „Unspezifischer Rückenschmerz, Aktivierung statt Schonung empfohlen, Red-Flag-Symptome ausgeschlossen, AU kurz befristet.“

MFA-Aufgabe: Patienteninfo „Aktiv bei Rückenschmerz“ aushändigen, Kontrolltermin bei Verschlechterung oder Persistenz vereinbaren.

Follow-up: Bei Persistenz über zwei Wochen erneute Bewertung, ggf. Physiotherapie statt weiterer Schonung.

FALLVIGNETTE Fall 9 – Sprachbarriere/niedrige Gesundheitskompetenz

Ausgangssituation: Frau O., 61, begrenzte Deutschkenntnisse, begleitet von Tochter als Dolmetscherin, Diabetes neu diagnostiziert.

Typischer Fehlweg: Komplexe schriftliche Ernährungsempfehlungen aushändigen oder ausschließlich über die Tochter kommunizieren, ohne zu prüfen, ob die Patientin selbst die Kernbotschaft verstanden hat.

Bessere Strategie: Wenige, sehr konkrete, bildhafte Botschaften statt vollständiger Aufklärung; Teach-back direkt mit der Patientin, nicht nur über die Dolmetscherin; bei Bedarf Dolmetscherdienst/mehrsprachiges Material nutzen.

Formulierungsbeispiel: „Eine Sache für diese Woche: weniger Zucker im Tee. Können Sie mir zeigen, wie viel Zucker Sie normalerweise nehmen und wie viel jetzt?“

PVS-Baustein: „Kommunikation mit Sprachmittlung (Angehörige/Dolmetscherdienst), ein einfaches Ernährungsziel vereinbart, Teach-back mit Patientin durchgeführt.“

MFA-Aufgabe: Mehrsprachiges oder bildbasiertes Patientenmaterial bereitstellen, ggf. Dolmetscherdienst für Folgetermin organisieren.

Follow-up: Beim nächsten Kontakt erneut mit der Patientin selbst (nicht nur über Dritte) Teach-back durchführen.

FALLVIGNETTE Fall 10 – Sehr skeptischer Patient, erlebt Prävention als Bevormundung

Ausgangssituation: Herr R., 49, reagiert auf jede präventive Bemerkung gereizt: „Ich bin alt genug, um selbst zu entscheiden, wie ich lebe.“

Typischer Fehlweg: Auf die Abwehr mit verstärktem Apell oder mit beleidigtem Rückzug reagieren – beides beendet die Beziehung für das Thema langfristig.

Bessere Strategie: Autonomie explizit anerkennen, Information anbieten statt aufdrängen, Entscheidung sichtbar beim Patienten lassen.

Formulierungsbeispiel: „Sie haben völlig recht, das ist Ihre Entscheidung. Ich nenne Ihnen kurz die Zahlen, und Sie entscheiden, was Sie damit machen – einverstanden?“

PVS-Baustein: „Patient lehnt Lebensstilberatung ab, Autonomie respektiert, Risikoinformation kurz angeboten, Thema auf Patientenwunsch zurückgestellt.“

MFA-Aufgabe: Kein aktives Nachfassen ohne erneuten Anlass; Material nur bei explizitem Wunsch aushändigen.

Follow-up: Thema nur bei neuem medizinischem Anlass (z. B. auffälliger Laborwert) erneut und wieder ohne Druck ansprechen.

6. Typische Praxisfehler

Über die fallspezifischen Fehlwege hinaus lassen sich praxisübergreifende Muster benennen, die in den allermeisten gescheiterten Beratungsgesprächen wiederkehren:

- „Sie müssen abnehmen“ ohne konkreten Plan oder nächsten Schritt aussprechen.
- „Mehr bewegen“ empfehlen, ohne Dosis, Häufigkeit oder Einstiegspunkt zu nennen.
- Rauchstoppberatung moralisch statt unterstützend formulieren.
- Keine Frage nach der Änderungsbereitschaft stellen, bevor beraten wird.
- Zu viele Ziele in einer Konsultation gleichzeitig vereinbaren.
- Kein Follow-up vereinbaren – die Beratung verläuft folgenlos im Sand.
- Keine Barrierenanalyse durchführen (Zeit, Geld, soziales Umfeld, psychische Belastung).
- Auf Risikovisualisierung verzichten und nur abstrakte Laborwerte nennen.
- Die Beratung nicht dokumentieren – damit ist der nächste Kontakt wieder ein Neuanfang.
- MFA, Kursangebote oder digitale Tools nicht einbinden, obwohl delegierbar.
- Medikamente und Lebensstilmaßnahmen gegeneinander ausspielen, statt sie zu kombinieren.
- Lebensstilberatung als unverbindliche „kostenlose Zusatzleistung“ behandeln statt als festen Praxisprozess mit Termin, Dokumentation und Recall.

PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Den gleichen allgemeinen Rat bei jedem Kontakt wiederholen, ohne ihn auf den vorherigen Stand der Patientin/des Patienten zu beziehen.
- Eine Beratung beginnen, ohne vorher zu wissen, wie lange dafür realistisch Zeit ist – das führt zu abgebrochenen, unvollständigen Gesprächen.

7. Was ist optimal – was ist realistisch?

Ein ehrlicher Vergleich zwischen dem leitlinienkonformen Ideal und dem hausärztlich Machbaren hilft, den eigenen Anspruch zu kalibrieren – und nimmt damit auch den Druck, jede Beratung „vollständig“ durchführen zu müssen.

Ebene	Optimal	Realistisch in der Hausarztpraxis
Gesprächsdauer	Ausführliche Beratung	Mikrointervention + Folgetermin
Motivation	Hohe Änderungsbereitschaft	Ambivalenz akzeptieren
Umsetzung	Kompletter Plan	Ein kleines SMART-Ziel
Verlauf	Engmaschiges Coaching	Recall oder Quartalskontakt
Team	Interprofessionell	MFA + Patientenmaterial + Kursliste
Wirkung	Große Lebensstiländerung	Kleine, kumulative Schritte

MERKE

Der Maßstab für eine gelungene Lebensstilberatung ist nicht die Vollständigkeit des Gesprächs, sondern ob am Ende ein kleiner, konkreter, dokumentierter nächster Schritt steht.

8. SOPs und Praxiswerkzeuge

Die folgenden Standardabläufe machen Lebensstilberatung wiederholbar und unabhängig von der Tagesform – sie sollen nicht jedes Mal neu erfunden werden müssen.

SOP 1: Lebensstilberatung im 3-Minuten-Format

1. Thema in einem Satz ansprechen (Ask).
2. Änderungsbereitschaft mit Skalenfrage 0–10 erfassen (Assess).
3. Ein einziges SMART-Ziel gemeinsam formulieren (Assist).
4. Ziel mündlich zusammenfassen oder kurz ins PVS diktieren.
5. Recall-Termin oder -Vermerk setzen (Arrange).

SOP 2: Lebensstilberatung im Check-up/GU

1. Vor dem Termin: MFA bereitet Basisdaten vor (RR, BMI, Laborwerte, Raucherstatus, Bewegungsanamnese).
2. SCORE2/arriba-Ergebnis visuell zeigen, Risikoalter nennen.
3. 5-A-Modell vollständig durchlaufen.
4. Mindestens ein SMART-Ziel vereinbaren und schriftlichen Mini-Plan aushändigen.
5. Recall-Termin je nach Thema in 4–12 Wochen vereinbaren und dokumentieren.

SOP 3: Rauchstoppberatung nach 5-A

1. Ask: Raucherstatus und Konsummenge aktiv erfragen.
2. Advise: Kurzer, personalisierter Rat zum Aufhören.
3. Assess: Änderungsbereitschaft mit Skalenfrage einschätzen.
4. Assist: Medikamentöse Unterstützung und Beratungsangebote (z. B. Rauchfrei-Telefon) konkret anbieten.
5. Arrange: Follow-up-Termin oder Telefonkontakt in 2–4 Wochen vereinbaren.

SOP 4: MFA-Präventionsvorbereitung

1. Vor dem Arztkontakt Basisdaten erheben: Raucherstatus, Bewegungs- und Schlafanamnese, Gewicht/BMI.
2. Relevante Risiko-Fragebögen bzw. Score-Eingaben vorbereiten.
3. Passendes Patientenmaterial (Handout, Mini-Plan) bereitlegen.
4. Recall-Liste pflegen und fällige Patient:innen aktiv zur Wiedervorstellung einladen.

PVS-BAUSTEIN: Lebensstilberatung kurz

5-A-Kurzberatung durchgeführt. Thema: [____]. Änderungsbereitschaft (0–10): [____].
SMART-Ziel: [____]. Recall: [Datum/Intervall].

PVS-BAUSTEIN: Risikoberatung ausführlich

SCORE2-Risiko: [____]%, Risikoalter: +[____] Jahre. Visualisierung mit Patient:in besprochen.
5-A-Modell vollständig durchlaufen. Vereinbartes SMART-Ziel: [____]. Schriftlicher
Mini-Plan ausgehändigt. Teach-back erfolgreich. Recall: [Datum/Intervall].

PATIENTENHANDOUT: Mein nächster kleiner Schritt

Mein Ziel für die nächsten Wochen: _____

Wann fange ich an: _____

Was könnte mir dabei helfen: _____

Was könnte schwer werden, und wie gehe ich damit um: _____

Wann besprechen wir das nächste Mal, wie es gelaufen ist: _____

Recall-Logik für Prävention und Verlauf

Thema	Empfohlenes Recall-Intervall
Rauchstoppberatung	2–4 Wochen nach Erstgespräch, danach individuell
Hypertonie/Lebensstilversuch vor Pharmakotherapie	4–8 Wochen
Diabetes/Ernährungsziel	3 Monate (an HbA1c-Kontrolle gekoppelt)
Gewicht/Ernährungsverhalten	individuell, nicht primär gewichtsgetaktet
Schlafhygiene	4 Wochen
Allgemeine Präventionsberatung im Check-up	an nächsten Check-up-Turnus gekoppelt, ggf. Zwischenkontakt nach 3 Monaten

PRAXIS-PEARL

Eine gepflegte Recall-Liste ist die wichtigste „Lebensstilintervention“, die nie im Sprechzimmer stattfindet – sie verhindert, dass eine gute Beratung folgenlos bleibt.

9. MFA-Modul

Lebensstilberatung lässt sich substanziell entlasten, wenn Praxisteams definierte, delegierbare Aufgaben übernehmen. Die ärztliche Zeit konzentriert sich dann auf die eigentliche Gesprächsführung und Zielvereinbarung.

Aufgabe	Verantwortlich
Basisanamnese (Rauchen, Bewegung, Schlaf, Ernährung) vor dem Termin erheben	MFA
RR-, Gewichts- und BMI-Messung, Score-Eingabe vorbereiten	MFA
Patientenmaterial/Mini-Plan bereitlegen und nach dem Gespräch aushändigen	MFA
Recall-Liste pflegen, fällige Patient:innen einladen	MFA
Risikobewertung, Zielvereinbarung, medizinische Entscheidung	Ärztin/Arzt
Medikamentöse Therapieentscheidung (z. B. Pharmakotherapie Rauchstopp)	Ärztin/Arzt

MFA-TRIAGE - SOFORT ARZTKONTAKT

- Patient:in äußert während der Vorbereitung akute Suizidgedanken, schwere depressive Symptomatik oder Hinweise auf akute Gefährdung.
- Neu aufgetretene Warnzeichen (z. B. Brustschmerz, akute neurologische Symptome) im Rahmen der Präventionsvorbereitung.
- Patient:in berichtet von Sturzereignis mit Verletzung oder akuter Verschlechterung des Allgemeinzustands.

10. Kritische Perspektive für skeptische Hausärzt:innen

Die berechnete Frage vieler erfahrener Hausärzt:innen lautet: Warum sollte ich Lebensstilberatung ernst nehmen, wenn ich kaum Zeit habe und viele Patient:innen ohnehin nichts ändern? Eine ehrliche Antwort verzichtet auf Appelle und argumentiert stattdessen praktisch:

- Nicht jede Beratung muss lang sein – ein 30-Sekunden-Impuls oder eine 3-Minuten-Mikroberatung sind im Zeitbudget jeder Konsultation unterzubringen.
- Kurze, wiederholte Interventionen können die Änderungsbereitschaft auch dann erhöhen, wenn keine sofortige Verhaltensänderung folgt – Wirkung zeigt sich oft erst über mehrere Kontakte.
- Wiederholung über Jahre ist eine genuin hausärztliche Stärke, die kein anderes Fachgebiet in dieser Kontinuität bieten kann.
- Lebensstilberatung schützt vor Übermedikalisierung, indem sie Pharmakotherapie-Eskalationen verzögert oder vermeidet, wo dies medizinisch vertretbar ist.
- Sie verbessert die Adhärenz gegenüber bestehender Medikation, weil Patient:innen ihre Erkrankung als beeinflussbar statt rein medikamentengesteuert erleben.
- Sie stärkt die Arzt-Patient-Beziehung, wenn sie wertschätzend statt moralisierend geführt wird – das zählt sich auch bei anderen Themen aus.
- Sie lässt sich delegieren und systematisieren: MFA-Vorbereitung, Recall-Listen und Patientenmaterial verteilen die Last auf das ganze Team.
- Sie ist ohnehin Teil der hausärztlichen Vergütungs- und Versorgungslogik – DMP, Check-up/GU und Präventionsleistungen erwarten diese Inhalte bereits; eine strukturierte Umsetzung macht sie dokumentierbar und abrechenbar statt einer impliziten Zusatzleistung.

MERKE

Der Maßstab ist nicht, ob jede Patientin und jeder Patient ihr Verhalten ändert, sondern ob die Praxis einen wiederholbaren, dokumentierten Prozess hat, der Veränderung dort ermöglicht, wo sie möglich ist – ohne die knappe Zeit zu überfordern.

11. Online-Ressourcen und Referenzstellen

Die folgenden Links führen zu Leitlinien, Praxistools und Patienteninformationen, geordnet nach Land und Themenschwerpunkt.

Leitlinien und Fachgesellschaften

- [DEGAM: S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ \(AWMF-Reg.-Nr. 053-024\)](https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-024) (<https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-024>)
- [AWMF-Leitlinienregister: S3-Leitlinie Tabakentwöhnung \(Reg.-Nr. 076-006\) und weitere Lebensstil-Leitlinien](https://register.awmf.org) (<https://register.awmf.org>)
- [DGSM: S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen](https://www.dgsm.de) (<https://www.dgsm.de>)
- [Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin \(ÖGAM\)](https://www.oegam.at) (<https://www.oegam.at>)
- [Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin / Hausärzte Schweiz \(mfe\)](https://www.hausaerzteschweiz.ch) (<https://www.hausaerzteschweiz.ch>)

Tools und Risikorechner

- [arriba – hausärztliche Beratungsstrategie zur kardiovaskulären Prävention \(Risikorechner, Patientenmaterial\)](https://arriba-hausarzt.de) (<https://arriba-hausarzt.de>)
- [gesundheitsinformation.de \(IQWiG\): evidenzbasierte Patienteninformationen zu Lebensstilthemen](https://www.gesundheitsinformation.de) (<https://www.gesundheitsinformation.de>)
- [Österreichisches Gesundheitsportal: Risiko- und Präventionsinformationen](https://www.gesundheit.gv.at) (<https://www.gesundheit.gv.at>)

Rauchstopp und Präventionsangebote

- [Rauchfrei-Telefon der BZgA \(Deutschland\)](https://www.rauchfrei-info.de) (<https://www.rauchfrei-info.de>)
- [Rauchfrei Telefon Österreich](https://www.rauchfrei.at) (<https://www.rauchfrei.at>)
- [AT Schweiz – Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention](https://www.at-schweiz.ch) (<https://www.at-schweiz.ch>)

Links wurden zum Stand 18. Juni 2026 geprüft. Bei Aufruf zu einem späteren Zeitpunkt können sich Inhalte oder URLs geändert haben.

12. Literatur und Quellen

Die Quellenangaben folgen der Vancouver-Zitierweise. Im Fließtext wird mit [N] auf die jeweilige Quelle verwiesen, in der Reihenfolge des ersten Auftretens.

LITERATUR UND QUELLEN

1. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021;42(25):2439-2454.
2. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-312.
3. Ludt S, et al. DEGAM-S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“. AWMF-Register-Nr. 053-024. Düsseldorf: DEGAM; 2017.
4. AWMF. S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. AWMF-Register-Nr. 076-006. 2021.
5. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“. *Somnologie*. 2017;21(Suppl 1):2-44.
6. Klötzer C, Schmidt CO, Ittermann T, et al. Validierung der kardiovaskulären Risikoprädiktion des arriba-Instruments. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(27-28):476-482.
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update – Five Major Steps to Intervention (the "5 A's"). Rockville, MD: AHRQ; 2009.
8. Sadowski EM, et al. Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von arriba-Herz, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislauf-Prävention. *Z Allg Med*. 2005;81:429-434.
9. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(3):CD008286.

Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.

C6 - Chronischer komplexer Schmerz und multimodale Schmerztherapie (MMST)

Indikationsprüfung, Vorbehandlung, Einweisung und Rückübernahme (Kapitel C des Schmerzmedizin-Moduls)

⇒ Siehe auch Kapitel C5 und C6 im Praxis-Annex (C) des Band 4 Patientenmanagement

C5 - A. Schmerztherapie in der Hausarztpraxis: Auswahl, Dosierung, Titration und Sicherheit	30-Sekunden-Schmerztriage, fünf Therapieprinzipien, Nichtopioide und neuropathischer Schmerz, Opioid-Einstieg und Titration, Opioidrotation (Sechs-Schritte-Algorithmus), Nebenwirkungsmanagement, Geriatrie und Niereninsuffizienz, Ausschleichen und Fehlgebrauch
C6 - B. Tumorschmerz und palliative Schmerzsteuerung Basisanalgesie, Durchbruchschmerz, Spezialsituationen und Cannabinoide	Tumorschmerz nach Mechanismus, Durchbruchschmerz und Rapid-Onset-Opioide, Knochenmetastasen, neuropathischer und viszeraler Tumorschmerz, alternative Applikationswege (s.c.), maligne Darmobstruktion, Cannabinoide, geriatrischer Tumorschmerz, AAPV/SAPV

Überblick

Kapitel C behandelt die Frage, wann ein chronisches komplexes Schmerzsyndrom eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (MMST) benötigt, welches Versorgungssetting passt, wie eine belastbare Einweisung aussieht und wie die hausärztliche Rückübernahme gelingt. Es baut auf den Kapiteln A und B auf.

► Korrektur gegenüber der bisherigen Kapitelfassung

Die bisherige „Mindestens 4 von 7 Kernkriterien“-Checkliste war eine hausinterne Heuristik, kein offizielles OPS-Kriterium, und wird vollständig ersetzt: Die MMST-Indikation wird durch eine klinische Gesamtschau gestellt, nicht durch einen Punktwert.

Die bisherige Vorgabe einer obligaten ambulanten Vorbehandlung über 4–6 Monate war zu starr und wird ersetzt: entscheidend sind Qualität, Umfang und dokumentierter Misserfolg der Vorbehandlung – nicht eine starre Mindestdauer.

C1. Wann reicht ambulante Behandlung?

Nicht jede chronische Schmerzpatientin benötigt MMST. Ambulante Weiterbehandlung ist meist angemessen bei stabiler oder nur moderater Funktionseinschränkung, nachvollziehbarem Behandlungserfolg, guter Selbstmanagementfähigkeit, beherrschbarer psychischer Komorbidität, klarer einzelner Behandlungsfrage oder noch nicht sinnvoll eingesetzten ambulanten Optionen.

C2. Schmerzambulanz, Reha, teilstationär oder vollstationär?

Setting	Eher geeignet, wenn
Schmerzambulanz	Klare Medikamenten-/Diagnostikfrage, interventionelle Fragestellung, noch erhaltene Funktion, überschaubare psychosoziale Komplexität, ambulante Umsetzbarkeit. Häufig Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Schmerzgesellschaft).
Medizinische Rehabilitation	Schwerpunkt auf Erwerbsfähigkeit, körperlichem Wiederaufbau, Teilhabe, Arbeitsplatzanpassung, langfristiger Belastungssteigerung (Deutsche Rentenversicherung).
Teilstationäre IMST (OPS 8-91c)	Tägliche Rückkehr nach Hause möglich, häusliche Stabilität, kein nächtlicher Überwachungsbedarf, intensives interdisziplinäres Programm nötig.
Vollstationäre MMST (OPS 8-918)	Schwerer Funktionsverlust, komplexe somatische/psychische Komorbidität, erhebliche Medikamentenproblematik, hoher Strukturierungsbedarf, fehlende ambulante/teilstationäre Umsetzbarkeit.
Interdisziplinäre schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS 8-91b)	Kürzeres intensives interdisziplinäres Format als Alternative zur vollstationären MMST, je nach Klinikangebot.

Was der OPS tatsächlich beschreibt

Der OPS 8-918 (vollstationär), 8-91b (Kurzzeitbehandlung) und 8-91c (teilstationär) beschreiben Krankenhaus-Prozedurenkodes mit definierten Struktur-, Prozess- und Leistungsmerkmalen (Klassifikationen). Der OPS ist primär ein Krankenhauscode – die Hausarztpraxis stellt nicht selbst fest, dass sämtliche Strukturmerkmale erfüllt sind, sondern begründet die medizinische Notwendigkeit einer interdisziplinären multimodalen Behandlung. Die Zielklinik entscheidet über Setting und Kodierung.

Redaktionsformulierung für den Einweisungsbrief: „Es besteht aus hausärztlicher Sicht die Indikation zur Prüfung einer vollstationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie.“ – nicht: eine verbindliche OPS-Kodierung durch die Hausarztpraxis.

MMST ist nicht gleich „mehr Physiotherapie plus Psychotherapie“: Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie bedeutet eine inhaltlich, zeitlich und therapeutisch abgestimmte Behandlung mit gemeinsamem Funktions- und Selbstmanagementziel im Team – nicht die bloße Addition mehrerer Einzeltherapien (Deutsche Schmerzgesellschaft).

C3. MMST-Indikation ohne Punktescore

Die vier hausärztlichen Kernentscheidungen:

Entscheidung	Leitfrage
1. Liegt ein chronisches komplexes Schmerzproblem vor?	Schmerzdauer, Mechanismus, Aktivitäts-/Teilhabeeinschränkung, psychische/soziale Einflussfaktoren, bisherige Behandlungen, Medikamentengebrauch, Red Flags erfassen
2. Ist ambulante Versorgung ausreichend?	Stabile/moderate Funktionseinschränkung, nachvollziehbarer Erfolg, gute Selbstmanagementfähigkeit, beherrschbare Komorbidität → meist ambulant weiter
3. Reicht Schmerzambulanz oder teilstationär?	Klar begrenzte Fragestellung vs. intensives Programm bei häuslicher Stabilität
4. Ist vollstationäre MMST notwendig?	Schwerer Funktionsverlust, komplexe Komorbidität, erhebliche Medikamentenproblematik, hoher Strukturierungsbedarf, fehlende ambulante Durchführbarkeit

► Ausschluss oder vorherige Klärung vor MMST

Akute neurologische Red Flags, instabile internistische Erkrankung, akute Fraktur/Infektion
 Aktive unbehandelte Suchterkrankung mit Entzugsbedarf, schwere akute psychiatrische Krise
 Rein diagnostisch ungeklärte Akutsituation
 Fehlende Bereitschaft zu aktiver Therapie; Erwartung ausschließlich passiver Maßnahmen oder vollständiger Schmerzfreiheit

ClinicalOS-Regel: Eine hohe Belastung allein reicht nicht – es müssen zugleich ein interdisziplinärer Behandlungsbedarf und eine realistische Programmfähigkeit bestehen. Keine Summenbildung: ein „Nein“ bei der Eignung kann relevanter sein als mehrere positive Belastungskriterien. Die endgültige Aufnahmeentscheidung trifft das behandelnde Schmerzzentrum nach interdisziplinärem Assessment.

C4. Vorbehandlung dokumentieren

Ein „Therapieversuch“ muss überprüfbar sein. „Gabapentin ohne Wirkung“ ist nicht ausreichend – notwendig sind Indikation/Mechanismus, Start- und höchste erreichte Dosis, Behandlungsdauer, Einnahmetreue, Wirkung auf Schmerz und Funktion, Nebenwirkungen, Abbruchgrund.

Unzureichend	Aussagekräftig
„Pregabalin ohne Wirkung.“	„Pregabalin wegen brennend-elektisierender radikulärer Schmerzkomponente begonnen; Steigerung von 25 mg abends auf 75 mg zweimal täglich über drei Wochen, eGFR 68 ml/min. Keine relevante Verbesserung von Schlaf, Gehstrecke oder Schmerzspitzen; ausgeprägter Schwindel und Gangunsicherheit. Therapie ausgeschlichen.“

Funktionsprofil konkret dokumentieren

Ungeeignet	Geeignet
„Schmerzen 9/10.“ · „Patient stark beeinträchtigt.“ · „Kann nichts mehr.“ · „MRT zeigt schwere Degeneration.“	„Kann wegen Schmerzen nur etwa 10 Minuten stehen.“ · „Verlässt die Wohnung nur noch zu Arztterminen.“ · „Benötigt Hilfe beim Anziehen von Strümpfen.“ · „Unterbricht den Schlaf 4–5×/Nacht.“ · „Seit 8 Monaten durchgehend arbeitsunfähig.“

„Ambulante Multimodalität ausgeschöpft“ bedeutet nicht, dass jede denkbare Therapie erfolgt sein muss, sondern eine dokumentierte Auswahl sinnvoller Bausteine (medizinisch, aktivierend, edukativ, psychosozial, sozialmedizinisch) in ausreichender Art, Dosis und Dauer. Keine starre Mindestdauer von „4–6 Monaten“ – bei raschem schwerem Funktionsverlust oder fehlender ambulanter Umsetzbarkeit kann die MMST-Prüfung früher erfolgen.

„Physiotherapie ohne Erfolg“ wird nicht mehr als ausreichende Beschreibung akzeptiert – passive Maßnahmen allein gelten nicht als ausreichender multimodaler Aktivierungsversuch. Psychosoziale Faktoren werden konkret dokumentiert, nicht als „psychosomatische Überlagerung“ pauschalisiert.

C5. Patienteneignung

Motivation, aktive Mitarbeit, Gruppenfähigkeit, Zielakzeptanz sowie medizinische und psychiatrische Stabilität sind ebenso entscheidend wie die Krankheitsbelastung.

Wann psychische Erkrankung zuerst behandelt werden muss

► Vorrangig vor MMST-Aufnahme

Akute Suizidalität, akute Psychose, schwere manische Episode, akuter Alkohol-/Benzodiazepin-/Opioidentzug, unkontrollierte schwere Essstörung, akute Traumakrise mit fehlender Gruppen-/Belastungsfähigkeit.

Eine stabile Depression, Angststörung oder somatische Belastungsstörung ist dagegen kein Ausschlussgrund, sondern häufig Teil des multimodalen Behandlungsbedarfs.

Patientenerwartung vor Einweisung klären

Aufklärungstext: „Das Ziel einer multimodalen Schmerztherapie ist meist nicht, jeden Schmerz zu beseitigen. Im Vordergrund stehen mehr Belastbarkeit, besserer Umgang mit Schmerz, sicherere Medikamente und die Rückkehr zu möglichst viel Alltag und Teilhabe. Dafür ist aktive Mitarbeit erforderlich.“

Ungeeignete Ziele	Geeignete Ziele
„Schmerzfreiheit.“ · „MRT-Befund beseitigen.“ · „Endlich das richtige starke Medikament finden.“ · „Dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bestätigen.“ · „Alle körperlichen Belastungen vermeiden.“	Gehstrecke von X auf Y Meter · selbstständige ADL · Reduktion der Opioiddosis um X % · stufenweise Wiedereingliederung · Rückkehr zu einer konkreten Alltagsaktivität

C6. Einweisungsbrief

Neue vollständige Fassung – Mindestdatensatz:

Fragestellung:

Prüfung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie und Festlegung des geeigneten ambulanten, teilstationären oder vollstationären Settings.

Schmerzdiagnose und Verlauf: Seit ____ bestehendes chronisches Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt ____ . Wahrscheinlich dominanter Mechanismus: ____ . Relevante Red Flags wurden durch ____ ausgeschlossen.

Funktionsbeeinträchtigung: Gehstrecke ____, Sitz-/Stehdauer ____, Einschränkung ADL ____, Arbeitsunfähigkeit seit ____, soziale Teilhabe ____.

Biopsychosoziale Faktoren und psychische Stabilität: ____.

Bisherige Behandlung: Aktivierung/Physiotherapie ____ · Edukation/Eigenübungen ____ · psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung ____ · Medikamente inkl. Dosis/Dauer/Ergebnis ____ · bisherige Fachbehandlung/Reha ____.

Medikamentenproblem: aktuell ____ mg orales Morphinäquivalent/Tag; Nebenwirkungen/Fehlgebrauchszeichen ____.

Begründung der höheren Behandlungsintensität: Trotz ausreichend strukturierter ambulanter Behandlung kein relevanter Funktionsgewinn. Die erforderliche Koordination und Intensität ist ambulant nicht ausreichend erreichbar, weil ____.

Behandlungsziele: Verbesserung der Gehstrecke auf ____, selbstständige ____, Reduktion von ____, Vorbereitung auf ____ . Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass aktive Mitarbeit und Funktionsgewinn im Vordergrund stehen und vollständige Schmerzfreiheit meist kein realistisches Hauptziel ist.

C7. Rückübernahme und Nachsorge

Die hausärztliche Verantwortung endet nicht mit der Aufnahme. Vor der Einweisung zu klären: Wer verordnet während der Behandlung die Dauermedikation? Wer bearbeitet AU-Fragen? Wer koordiniert Fachbefunde? Welche Medikamente sollen nach Entlassung nicht wieder angesetzt werden? Wer übernimmt die Opioidreduktion? Wann findet der erste hausärztliche Termin nach Entlassung statt?

Eine starre Frist wird nicht vorgegeben – praktisch sollte bei relevanter Medikamentenumstellung ein Termin innerhalb weniger Tage vorgesehen werden.

► Das größte Nachsorgerisiko: Rückkehr zur alten Behandlung

Typischer Verlauf: Opioid wird stationär reduziert → Schmerzspitze nach Entlassung → Bereitschaftsdienst setzt alte Dosis wieder an → Aktivierung wird aus Angst pausiert → das stationäre Konzept bricht innerhalb weniger Wochen zusammen.

ClinicalOS-Regel: Änderungen aus der MMST werden nicht ohne erneute Gesamtbewertung rückgängig gemacht. Vor erneuter Opioidsteigerung prüfen: normale Flare-up-Reaktion? Entzugssymptome? neue Red Flag? Überforderung durch zu schnellen Trainingsaufbau? psychosoziale Krise? fehlende Nachsorge?

Flare-up-Plan nach MMST (Patientenplan)

- Red Flags prüfen · Aktivität nicht vollständig einstellen · Belastung für 24–72 Stunden anpassen, nicht wochenlang pausieren · erlernte Entspannungs-/Bewegungsstrategien anwenden · vereinbarte nichtopioidale Bedarfsmedikation nutzen · keine eigenständige Rückkehr zur früheren Opioiddosis

Praxis kontaktieren bei: neuen neurologischen Symptomen, Trauma, Fieber, anhaltender deutlicher Funktionsverschlechterung, Entzugssymptomen, schwerer psychischer Krise.

Medikamentenreduktion nach MMST

Der Entlassungsplan sollte enthalten: Ausgangsdosis, aktuelle Dosis, nächste Reduktionsstufe, Intervall, Umgang mit Entzugssymptomen, Stop-/Pausenregel, zuständige verordnende Person.

► Hausärztliche Regel

Keine weitere Reduktion durchführen, wenn der stationäre Plan unverständlich ist, ohne vorherige Rücksprache mit der behandelnden Einrichtung. Nicht automatisch zurücksteigern bei vorübergehend höherem Schmerzscore, Unruhe ohne Ursachenklärung, Schlafstörung oder Angst vor der nächsten Reduktionsstufe.

Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung

Nicht nur fragen „Sind Sie wieder schmerzfrei?“, sondern: Welche Tätigkeiten sind möglich? Welche Belastungen sind noch begrenzt? Ist eine stufenweise Wiedereingliederung realistisch? Sind Arbeitsplatzanpassungen erforderlich? Ist eine medizinisch-beruflich orientierte Reha sinnvoll?

C8. Fallvignetten

Fall 1 – klare MMST-Indikation

49-jähriger Lagerarbeiter: chronischer Rückenschmerz seit 2 Jahren, keine OP-Indikation, AU seit 7 Monaten, Gehstrecke 300 m, ausgeprägte Bewegungsangst, depressive Symptome, Tilidin/Naloxon 400 mg/Tag ohne Funktionsgewinn, Physiotherapie mehrfach überwiegend passiv, psychotherapeutische Mitbehandlung begonnen.

Bewertung: erheblicher Funktionsverlust, biopsychosoziale Komplexität, Medikamentenproblem, Arbeits-/Teilhabeverlust, Bedarf an koordiniertem aktivierendem und psychotherapeutischem Konzept sprechen für MMST-Prüfung. Noch vor Einweisung ergänzen: konkrete Opioiddosis/Einnahmemuster, dokumentierte Funktionsziele, bisherige aktive Eigenübungen, Suizidalität/psychiatrische Stabilität, Reduktionsbereitschaft.

Fall 2 – noch keine MMST-Indikation

45-jährige Patientin: Rückenschmerz seit 4 Monaten, MRT mit leichten degenerativen Veränderungen, keine Red Flags, arbeitet weiter, Gehstrecke nicht eingeschränkt, bisher nur passive Massage und unregelmäßige NSAR-Einnahme, keine strukturierte Aktivierung, keine Edukation, keine psychosoziale Diagnostik.

Bewertung: Chronizität allein reicht nicht. Zunächst Schmerzmodell erklären, aktives Eigenübungsprogramm, Bewegungs-/Funktionsziele, rationale Kurzzeitmedikation, psychosoziales Screening, Verlaufskontrolle.

Lernpunkt

Vier Monate Schmerz plus MRT-Befund sind keine automatische MMST-Indikation.

Fall 3 – Schmerzambulanz statt stationärer MMST

66-jähriger Patient: postherpetische Neuralgie, lokalisierter neuropathischer Schmerz, ansonsten selbstständig, keine relevante Depression, Gabapentin wegen CKD schlecht vertragen. Bewertung: klar begrenzte fachliche Fragestellung, kein umfassender stationärer interdisziplinärer Bedarf. Passender Pfad: ambulante Schmerzmedizin/Neurologie, lokale Therapie, Medikamentenoptimierung – keine vollstationäre MMST.

Fall 4 – Reha eher als MMST

57-jähriger Patient nach Bandscheiben-OP: Schmerz weitgehend stabil, deutliche Dekonditionierung, lange AU, hohe Motivation, keine schwere psychische Komorbidität, Hauptziel körperlicher Wiederaufbau und berufliche Wiedereingliederung. Bewertung: Schwerpunkt Training/Belastungsaufbau/berufliche Teilhabe – eine medizinische Reha ist wahrscheinlich passender als eine vollstationäre MMST.

Fall 5 – zunächst Psychiatrie/Suchtmedizin

52-jährige Patientin: chronischer Schmerz, Oxycodon hoch dosiert, täglicher zusätzlicher Benzodiazepinkonsum, wiederholte Überdosierungen, aktuelle Suizidgedanken, fordert stationäre Schmerztherapie. Bewertung: MMST ist nicht der erste Schritt. Priorität: akute psychiatrische Sicherheitsabklärung, suchtmizinische Beurteilung, strukturierte Behandlung der Sedativ-/Opioidproblematik. Erst nach Stabilisierung prüfen, ob eine multimodale Schmerzbehandlung anschließt.

Fall 6 – MMST mit Opioidreduktion und Rückübernahme (longitudinal)

Zeitpunkt	Verlauf
Ausgang	54-jähriger Patient, chronischer unspezifischer Rückenschmerz: Tilidin/Naloxon 600 mg/Tag, Pregabalin 300 mg/Tag, Zopiclon 7,5 mg, AU seit 10 Monaten, Gehstrecke 250 m, ausgeprägte Bewegungsangst.
Stationärer Verlauf	Tilidin auf 300 mg/Tag reduziert, Pregabalin wegen fehlender neuropathischer Zeichen ausgeschlichen, Zopiclon beendet, tägliches Ausdauer-/Krafttraining, Schmerzbewältigungsprogramm. Bei Entlassung: Gehstrecke 900 m, Schmerzscore nur gering verändert.
Woche 1 (hausärztlich)	Medikationsabgleich, keine erneute Pregabalin-/Zopiclonverordnung, Entzugssymptome prüfen, Training fortführen.
Woche 4	Gehstrecke 1.200 m, Tilidin 250 mg/Tag, Planung stufenweiser Wiedereingliederung.
Woche 10	Tilidin 150 mg/Tag, Teilzeit-Wiedereingliederung, Schmerz weiterhin 5–6/10, Alltag und Funktion deutlich verbessert.

► Fehlerhafte vs. richtige Interpretation

Fehlerhaft: „Schmerz immer noch 6/10, Therapie hat nichts gebracht.“ Richtig: deutlicher Funktionsgewinn, geringere Sedativlast, geringere Opioiddosis, bessere Selbststeuerung – Schmerz nicht beseitigt, aber weniger behindernd.

Fall 7 – Rückfall nach fehlender Nachsorge (longitudinal)

Patientin wird nach teilstationärer IMST mit Duloxetin 60 mg, reduziertem Oxycodon, täglichem Bewegungsplan und psychotherapeutischer Weiterbehandlung entlassen. Woche 2: Psychotherapieplatz noch nicht organisiert, Physiotherapie beginnt erst in 6 Wochen, bei Schmerzspitze setzt der Bereitschaftsdienst die frühere Oxycodondosis wieder an. Woche 6: erneute Schonung, zunehmende Müdigkeit, kein Training, Funktionsniveau wieder wie vor der Behandlung.

⚠ Systemfehler statt individuelles Therapieversagen

Keine zeitnahe hausärztliche Rückübernahme, keine koordinierte Nachsorge, alter Medikationsplan nicht gesperrt, keine Kommunikation mit Bereitschaftsdienst/Apotheke, kein Flare-up-Plan. Die Nachsorge ist Teil der MMST-Wirksamkeit und darf nicht als fakultativer Zusatz behandelt werden.

C9. Pocket-Checkliste: MMST in 30 Sekunden

Schritt	Prüfpunkt
1. Akut gefährlich?	Red Flags → Akutdiagnostik, keine MMST
2. Chronisch komplex?	Funktionsverlust + biopsychosoziale Komplexität + interdisziplinärer Bedarf
3. Ambulant ausreichend versucht?	Qualität und Dosis der Maßnahmen dokumentieren, keine starre Monatsgrenze
4. Welches Setting passt?	Einzelne Fachfrage → Schmerzzambulanz · Teilhabetraining → Reha · intensives Programm bei häuslicher Stabilität → teilstationär · hohe Instabilität/Überwachungsbedarf → vollstationär
5. Ist der Patient geeignet?	Motivation, aktive Mitarbeit, Gruppenfähigkeit, Zielakzeptanz, medizinische/psychiatrische Stabilität
6. Einweisungsbrief vollständig?	Funktion, Verlauf, Therapie, Medikation, psychosoziale Faktoren, Ziele, Begründung des Settings

MFA-Modul für Vor- und Nachsorge

Phase	Aufgabe	Nicht delegierbar
Vor Einweisung	Gehstrecke, Schlaf, AU, Medikamentenliste, tatsächlicher Bedarfsverbrauch, bisherige Therapieeinheiten, Fragebögen, Termine/Befunde strukturiert erfassen	—
Nach Entlassung	Termin innerhalb des vorgesehenen Zeitraums, Medikamentenplan aktualisieren, alte Rezepte/Wiederholungsverordnungen kennzeichnen, Funktionswerte dokumentieren, Physio-/Psychotherapie-/Reha-Termine nachhalten, Warnzeichen weitergeben	Entscheidung über Opioidsteigerung, Interpretation eines Delirs, Änderung des Ausschleichplans, Beurteilung einer akuten Red Flag

Qualitätsindikatoren für die Praxis

Vor MMST	Nach MMST
Anteil Einweisungen mit dokumentiertem Funktionsprofil · vollständige Medikamentenmatrix · konkretes Behandlungsziel · dokumentierte psychosoziale Einschätzung · Begründung des Settings	Zeitnahe Medikationsabgleich · Umsetzung des Entlassungsplans · keine unkritische Wiederaufnahme abgesetzter Medikamente · dokumentierter Funktionsverlauf · organisierte Nachsorge · Arbeits-/Teilhabeplanung

Kernbotschaften

Merke

- Die MMST-Indikation wird durch eine klinische Gesamtschau gestellt, nicht durch einen Punktwert.
- Der OPS ist ein Krankenhauscode – die Hausarztpraxis begründet die medizinische Notwendigkeit, die Zielklinik entscheidet über Setting und Kodierung.
- Keine starre Vorbehandlungsdauer – entscheidend sind Qualität, Dosis und dokumentierter Misserfolg der ambulanten Maßnahmen.
- Funktions- und Teilhabeverlust wiegen stärker als Schmerzintensität – auch beim MMST-Erfolg.
- Rückübernahme und Nachsorge sind Teil der MMST-Wirksamkeit, kein fakultativer Zusatz.
- Akute psychiatrische und suchtmmedizinische Krisen werden vor MMST behandelt.

Online-Ressourcen und Referenzstellen

Leitlinien, Klassifikationen, Fachgesellschaften

[DEGAM S1-Leitlinie „Chronischer Schmerz“ \(053-036, gültig bis November 2028\)](#)

[BfArM/DIMDI – OPS-Version 2026, Kodes 8-918, 8-91b, 8-91c](#)

[MD-Bund – Begutachtungshilfe zum OPS-Komplexxode 8-918](#)

[Deutsche Schmerzgesellschaft – Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie](#)

[Deutsche Rentenversicherung – Medizinische Rehabilitation](#)

Ambulanzen, Schmerzzentren, Überweisungsstellen

[Deutsche Schmerzgesellschaft – Therapeutensuche](#)

[Österreichische Schmerzgesellschaft – Verzeichnis der Schmerzeinrichtungen](#)

Patientenorganisationen

[Deutsche Schmerzliga e.V.](#)

Literatur und Quellen (Vancouver-Stil)

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Chronischer Schmerz. S1-Handlungsempfehlung, AWMF-Registernummer 053-036, Fassung 2.1, gültig bis November 2028.
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). OPS-Version 2026: Kodes 8-918 (vollstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie), 8-91b (Kurzzeitbehandlung), 8-91c (teilstationäre IMST).
3. Medizinischer Dienst Bund. Begutachtung des OPS-Komplexkodes 8-918 Multimodale Schmerztherapie – Begutachtungshilfe. Essen: MD Bund; Stand 2019, ergänzt 2025.
4. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie – Positionspapier der Ad-hoc-Kommission.
5. Deutsche Rentenversicherung. Medizinische Rehabilitation: Ziele und Zugangswege.
6. Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpf A, Petzke F. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen: S3-Leitlinie LONTS. AWMF-Registernummer 145-003. Berlin: AWMF; 2020 (formal seit März 2025 abgelaufen, Aktualisierung ausstehend).

Hinweis zur Quellenlage dieses Kapitels

Redaktioneller Hinweis

Die konkrete Aufnahmeentscheidung und die verlangten Vorunterlagen unterscheiden sich zwischen Schmerzzentren – vor Einweisung die Anforderungen der konkreten Zielklinik prüfen. Die LONTS-Leitlinie ist formal abgelaufen; ihre Grundprinzipien dienen als fachliche Referenz, nicht als aktuell gültige Leitlinie.

ClinicalOS vollständig entdecken

Band 9 · Hausarztspezifische Querschnittsthemen

Weitere Informationen zur vollständigen Ausgabe und zur ClinicalOS-Reihe finden Sie auf:

clinicalos.de

Die Hinweise zu Nutzung und Verantwortung aus dem Original gelten auch für diese Leseprobe.