

Funktionelle
Bewegungs-
störungen
verstehen und
behandeln



N

ewsletter

Juli 2026

Funktionelle Bewegungsstörungen verstehen und behandeln

Funktionelle Störungen machen etwa jede sechste ambulante Vorstellung und rund 10 % der neurologischen Notfälle und Krankenhausaufnahmen aus. Damit sind sie in der therapeutischen Praxis präsenter, als vielen bewusst ist. Patient:innen mit plötzlich auftretendem Tremor, Muskelzuckungen, auffälligen Gangstörungen oder wechselnden Bewegungsproblemen begegnen Therapeut:innen regelmäßig in neurologischen, orthopädischen und psychosomatischen Settings. Dennoch wird nicht immer an eine funktionelle Ursache gedacht. Da funktionelle Störungen auch in vielen Lehrbüchern nur wenig berücksichtigt werden, kommt es im klinischen Alltag häufig zu einer verzögerten Diagnosestellung sowie unzureichenden Diagnosevermittlung und damit zu verpassten Therapiemöglichkeiten [1].

Diese Übersicht soll theoretisches Wissen zum Umgang mit funktionellen Bewegungsstörungen in konkrete Orientierung für den therapeutischen Behandlungsalltag übersetzen. Grundlage sind die neue S2k-Leitlinie „Funktionelle Bewegungsstörungen“ [2], ausgewählte Empfehlungen aus dem Buch „Funktionelle neurologische Störungen“ von Stoyan Popkirov [1] sowie praxisnahe Informationen der AG FNS [3].

Therapeut:innen erhalten nachfolgend einen kompakten Überblick zum Krankheitsverständnis, zur Diagnostik, zur Kommunikation mit Betroffenen und zu therapeutischen Grundprinzipien. Ziel ist es, funktionelle Bewegungsstörungen sicherer einzuordnen und Patient:innen strukturierter, verständlicher und fachlich fundiert zu begleiten.

Was sind funktionelle Bewegungsstörungen?

Funktionelle Bewegungsstörungen betreffen häufiger Frauen als Männer und beginnen oft im jungen bis mittleren Erwachsenenalter, können jedoch grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten. Die meisten Personen mit einer funktionellen Bewegungsstörung weisen eine Mischung verschiedener motorischer Symptome auf [4]. Trotzdem ist es sinnvoll, die einzelnen Beschwerden wie bspw. Tremor, Parese, Gangstörungen und Muskelzucken (Myoklonien) zunächst einzeln zu betrachten, nicht zuletzt, weil so das gleichzeitige Auftreten funktioneller und strukturell bedingter Bewegungsstörungen erfasst werden kann [5].

Funktionelle Bewegungsstörungen sind ein Teilbereich funktioneller neurologischer Störungen, zu denen unter anderem auch funktioneller Schwindel, funktionelle Paresen, Sensibilitätsstörungen oder dissoziative Anfälle zählen. Patient:innen zeigen häufig mehrere funktionelle Beschwerden gleichzeitig oder im Verlauf wechselnde Symptome.

Das zentrale Problem liegt nicht in einer nachweisbaren Schädigung des Nervensystems, sondern in der Steuerung von Bewegung. Vereinfacht gesagt ist die „Hardware“ intakt, während die „Software“ der Bewegungssteuerung nicht zuverlässig

arbeitet. Typisch ist, dass die Beschwerden schwanken und sich je nach Situation, Aufmerksamkeit oder Bewegungsaufgabe verändern. Diese Veränderbarkeit ist diagnostisch wichtig und zugleich ein zentraler therapeutischer Ansatzpunkt.

Auch versorgungspraktisch sind funktionelle Bewegungsstörungen bedeutsam. Werden sie nicht frühzeitig erkannt, kann es zu wiederholter Diagnostik, verzögerter Behandlung, hohen Gesundheitskosten und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit kommen.

Diagnostik mit positiven Zeichen statt Ausschlussdiagnose

Die Diagnose einer funktionellen Bewegungsstörung basiert auf dem Nachweis von **Inkongruenz** und **Inkonsistenz** [5, 6, 7]. Inkongruenz bedeutet, dass die Beschwerden nicht zu bekannten strukturell bedingten Bewegungsstörungen passen, etwa ein akut auftretender, irregulärer Tremor beider Hände nach einem leichten Kopftrauma. Inkonsistenz beschreibt die Veränderbarkeit der Symptome, zum Beispiel wenn ein Tremor unter Ablenkung wiederholt nachlässt oder vorübergehend verschwindet.

Eine zentrale Aussage der Leitlinie ist, dass funktionelle Bewegungsstörungen keine reine Ausschlussdiagnose sind. Die Diagnose wird nicht erst gestellt, wenn „nichts gefunden wurde“, sondern anhand typischer klinischer Merkmale und positiver Untersuchungszeichen. Entscheidend sind vor allem Wechselhaftigkeit und Veränderbarkeit der Symptome in unterschiedlichen Situationen, Aufgaben oder Konzentrationsbedingungen. Funktionelle Bewegungsstörungen können zudem gemeinsam mit anderen neurologischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose, Schlaganfall oder Parkinson auftreten. Die Differenzierung funktioneller und strukturell bedingter Symptome erfordert daher ein fundiertes Fachwissen über die Pathophysiologie und klinischen Erscheinungsbilder neurologischer Erkrankungen [2].

Für Therapeut:innen ist das relevant zu wissen, weil viele dieser Merkmale auch im therapeutischen Befund sichtbar werden. Symptome können sich verstärken, wenn die Aufmerksamkeit stark auf die Bewegung gerichtet ist, und sich verändern oder reduzieren, wenn die Aufmerksamkeit auf eine andere Aufgabe gelenkt wird. Auch Unterschiede zwischen bewusst kontrollierten und automatisierten Bewegungen liefern wichtige Hinweise.

Typische positive Zeichen sind ein durch Rhythmusvorgaben beeinflussbarer Tremor, eine nachlassende Kraftentfaltung bei isolierter Testung oder eine Bewegungsverlangsamung, die bei automatisierten Bewegungen weniger ausgeprägt ist. Diese Beobachtungen zeigen nicht, dass Beschwerden eingebildet sind, sondern dass die Bewegungssteuerung veränderbar ist. Genau darin liegt ein wichtiger therapeutischer Ansatzpunkt.

Die Diagnosestellung bleibt eine ärztliche Aufgabe. Therapeut:innen können jedoch durch die genaue Beobachtung von Bewegungsverhalten, Kontextabhängigkeit, Alltagsfunktion und Veränderbarkeit wichtige Informationen beitragen. Entscheidend bleibt ein wertschätzender Umgang, denn die Symptome sind real, auch wenn sie nicht durch eine strukturelle Schädigung erklärt werden können.

Eine nachvollziehbare Diagnosevermittlung ist entscheidend

Der Diagnosevermittlung kommt bei funktionellen Bewegungsstörungen eine zentrale Bedeutung zu. Für den Therapieerfolg ist es entscheidend, dass Patient:innen die Diagnose zumindest nachvollziehen können und bereit sind, sich mit dem Krankheitsbild auseinanderzusetzen. Dabei sollte früh klargestellt werden, dass funktionelle Symptome nicht mit Simulation gleichzusetzen sind. Sie sind nicht vorgetäuscht, nicht eingebildet und nicht willentlich hervorgerufen. Begriffe wie „psychogen“ oder „psychosomatisch“ können stigmatisierend oder verwirrend wirken und sollten daher vorsichtig erklärt werden. Sie können den Eindruck vermitteln, dass eine psychische Erkrankung zwingend vorliegt oder die Bewegungsstörung „nur psychisch“ verursacht sei. Für Betroffene kann dadurch schnell der Eindruck entstehen, ihre Beschwerden würden nicht ernst genommen.

Hilfreicher ist ein verständliches Krankheitsmodell, das mögliche auslösende Ereignisse, Begleitfaktoren und die konkrete Bewegungsstörung miteinander in Beziehung setzt. Bei einer funktionellen Gangstörung nach einer Sportverletzung kann beispielsweise über Schonhaltung, Schutzreaktionen und automatische Lernvorgänge gesprochen werden. Bei einem funktionellen Tremor nach wiederholten Panikattacken kann erklärt werden, dass sich ein zunächst situationsgebundenes Zittern als Bewegungsautomatismus verselbstständigt haben kann. Solche Erklärungen sollten nicht spekulativ werden und das Krankheitsgeschehen nicht unnötig psychologisieren. Ergänzend kann bspw. das Video „Psychosomatik: Wenn der Kopf den Körper krank macht“ aus der Reihe *Terra Xplore* mit Jasmina Neudecker empfohlen werden, da es Betroffenen helfen kann, die körperlichen Symptome im Kontext ihrer Diagnose besser nachzuvollziehen [8].

Zur Veranschaulichung der Diagnose können außerdem Befunde aus Anamnese und Untersuchung, sowie Videodokumentationen genutzt werden. Wenn ein Tremor während einer ablenkenden Aufgabe nachlässt oder vorübergehend verschwindet, kann dies gemeinsam mit der betroffenen Person besprochen und veranschaulicht werden. Wichtig ist, dass dabei nicht der Eindruck einer „Überführung“ entsteht. Vielmehr sollte erklärt werden, dass Aufmerksamkeit und Symptom zusammenhängen und die Bewegungssteuerung unter bestimmten Bedingungen veränderbar ist. Diese Veränderbarkeit hilft, funktionelle Bewegungsstörungen von anderen neurologischen Erkrankungen abzugrenzen, und bildet zugleich eine wichtige Grundlage für die Behandlung. Sie ist kein Hinweis auf Einbildung oder Simulation, sondern ein zentraler therapeutischer Ansatzpunkt.

Behandlung funktioneller Bewegungsstörungen

Gemäß der Leitlinie stellen Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie neben psychotherapeutischen Verfahren zentrale Bestandteile der Behandlung funktioneller Bewegungsstörungen dar. Motorische Symptome sollten daher nicht ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden. Besonders wichtig ist, dass die Therapie dem Beeinträchtigungsgrad angepasst ist und die Behandlungsstrategien einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Grundkonzept folgen. Im Mittelpunkt sollte eine aktive und funktionelle Therapie stehen deren Ziel es ist, automatisierte und alltagsrelevante

Bewegungen wieder anzubahnen, Sicherheit in der Bewegung zurückzugewinnen und Vermeidungsverhalten schrittweise abzubauen. Entscheidend ist dabei weniger die wiederholte Analyse des Symptoms, sondern das Erleben gelingender Bewegung. Dabei sind Aufgaben hilfreich, bei denen die Aufmerksamkeit weg vom Symptom und hin zu einem konkreten Ziel, einer Handlung oder einer alltagsnahen Situation gelenkt wird. So können Patient:innen erfahren, dass Bewegung wieder leichter, flüssiger oder kontrollierter möglich ist [2].

Nielsen et al. haben praxisnahe Übungen und Techniken für die Behandlung funktioneller Bewegungsstörungen zusammengefasst [9]. Viele dieser Strategien nutzen genau das, was funktionelle Symptome auszeichnet und zwar ihre Veränderbarkeit durch Aufmerksamkeit, Aufgabe, Rhythmus und Bewegungskontext. Bei **Gangstörungen** kann es hilfreich sein, das Gehen nicht direkt über das Symptom zu korrigieren, sondern den Bewegungskontext zu verändern. Dazu gehören zum Beispiel schnelleres oder langsames Gehen, rhythmische Vorgaben, Rückwärts- oder Seitwärtsgehen, Treppensteigen, Gewichtsverlagerungen oder der schrittweise Aufbau eines normalen Gangmusters. Der Fokus liegt dabei weniger auf dem „richtigen“ Schritt, sondern auf einer flüssigen, automatisierten Bewegung. Auch bei **funktionellem Tremor** steht nicht das Unterdrücken des Zitterns im Vordergrund. Vielmehr wird versucht, das Symptom aktiv zu verändern. Dazu eignen sich beispielsweise eine abwechselnde An- und Entspannung der betroffenen Muskulatur, ablenkende Rhythmusaufgaben wie Klopfen oder Klatschen, die Aufmerksamkeitslenkung auf eine fokussierte Bewegung in einer anderen Körperregion, Entspannungsstrategien oder konkurrierende Bewegungsaufgaben. Auch das bewusste Verändern von Amplitude und Frequenz kann helfen, bis die Bewegung zunehmend zur Ruhe kommt.

Bei **funktionellen Myoklonien** ist klassisches Bewegungstraining häufig weniger zielführend. Hier kann es sinnvoller sein, auf auslösende Vorzeichen, verstärkte Selbstaufmerksamkeit, Schmerz, muskuläre Überaktivität oder ungünstige Bewegungsmuster zu achten. Über Ablenkung, Umfokussierung und Regulation kann dann ein besserer Umgang mit den Symptomen angebahnt werden.

Psychotherapeutische Verfahren können die Behandlung sinnvoll ergänzen, insbesondere bei Belastungen, Ängsten, traumatischen Erfahrungen oder ungünstigen Bewältigungsstrategien. Entscheidend ist ein integrierter Ansatz, bei dem körperbezogene und psychotherapeutische Verfahren verbunden werden. Wenn Ärztinnen und Ärzte, Therapeut:innen und Patient:innen ein gemeinsames Erklärungsmodell nutzen und die Behandlung auf Aktivität, Selbstwirksamkeit und Teilhabe ausrichten, entsteht eine tragfähige Grundlage für einen strukturierten Therapieprozess [1].

Prognose und Bedeutung einer frühen Behandlung

Der natürliche Verlauf funktioneller Bewegungsstörungen ist ohne gezielte Behandlung häufig ungünstig. In Verlaufsstudien berichtet ein relevanter Anteil der Betroffenen auch nach mehreren Jahren keine deutliche Besserung der Symptomatik. Günstig wirken sich vor allem ein kurzer Krankheitsverlauf, eine frühe Diagnosestellung und eine als hilfreich erlebte Behandlung aus. Verzögerte Diagnosen und lange Phasen der Unsicherheit können dagegen zur Chronifizierung beitragen [10].

Für den therapeutischen Alltag bedeutet dies, dass Patient:innen realistisch, aber hoffnungsvoll aufgeklärt werden sollten. Funktionelle Bewegungsstörungen sind grundsätzlich behandelbar, zu pauschal optimistische Prognosen sind jedoch nicht hilfreich. Gerade der Unterschied zwischen einer oft ungünstigen Entwicklung ohne Therapie und den besseren Ergebnissen strukturierter Behandlungsprogramme kann Betroffene motivieren, sich aktiv auf den Therapieprozess einzulassen [1].

Referenzen:

- [1] Funktionelle neurologische Störungen – Erkennen, verstehen, behandeln. Stoyan Popkirov. Herausgeber: Springer Berlin, Heidelberg. 31. Dezember 2024. ISBN: 978-3-662-69214-1, doi: 10.1007/978-3-662-69215-8.
- [2] Weissbach A. et al., Funktionelle Bewegungsstörungen, S2k-Leitlinie, 2026, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien [abgerufen am 21.07.2026].
- [3] <https://www.ag-fns.de> [abgerufen am 21.07.2026].
- [4] Aybek S, Lidstone SC, Nielsen G, MacGillivray L, Bassetti CL, Lang AE, Edwards MJ. What Is the Role of a Specialist Assessment Clinic for FND? Lessons From Three National Referral Centers. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2020 Winter;32(1):79-84. doi: 10.1176/appi.neuropsych.19040083. Epub 2019 Oct 7. PMID: 31587627.
- [5] Espay AJ, Ries S, Maloney T, Vannest J, Neefus E, Dwivedi AK, Allendorfer JB, Wulsin LR, LaFrance WC, Lang AE, Szaflarski JP. Clinical and neural responses to cognitive behavioral therapy for functional tremor. *Neurology*. 2019 Nov 5;93(19):e1787-e1798. doi: 10.1212/WNL.00000000000008442. Epub 2019 Oct 4. Erratum in: *Neurology*. 2020 Mar 10;94(10):459. doi: 10.1212/WNL.00000000000008714. Erratum in: *Neurology*. 2020 Nov 10;95(19):890. doi: 10.1212/WNL.00000000000010608. PMID: 31586023; PMCID: PMC6946484.
- [6] Weissbach Anne, *Der Nervenarzt*. 2024; 507. DOI: 10.1007/s00115-024-01613-9
Bolte C., *DGNeurologie*. 2024; 302. DOI: 10.1007/s42451-024-00675-y.
- [7] Weissbach, A., Bolte, C. & Münchau, A. Abschluss statt Ausschluss – die klinische Diagnosesicherung funktioneller Bewegungsstörungen. *Nervenarzt* 95, 507–515 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01613-9>.
- [8] Psychosomatik: Wenn der Kopf den Körper krank macht | Terra Xplore mit Jasmina

Neudecker: <https://youtu.be/YdXFT-5rbe4?si=fQTvMBqptk4fLHKs> [abgerufen am 21.07.2026].

- [9] Nielsen G, Stone J, Matthews A, Brown M, Sparkes C, Farmer R, Masterton L, Duncan L, Winters A, Daniell L, Lumsden C, Carson A, David AS, Edwards M. Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015 Oct;86(10):1113-9. doi: 10.1136/jnnp-2014-309255. Epub 2014 Nov 28. PMID: 25433033; PMCID: PMC4602268.

- [10] Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 Feb;85(2):220-6. doi: 10.1136/jnnp-2013-305321. Epub 2013 Sep 12. PMID: 24029543.