

# Ergotherapie bei Funktionellen Neurologischen Störungen (FNS)

Praxisnahe Kurzinformation auf Basis internationaler Konsensempfehlungen und der deutschen S2k-Leitlinie

*Dieses Blatt wurde Ihnen von Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten mitgebracht – als Gesprächsangebot, nicht als Vorgabe. Die Quellen sind frei zugänglich.*

## Das Wichtigste in Kürze

- Automatische Handlungsmuster sind bei FNS grundsätzlich erhalten – der Alltag ist Ihr bestes Übungsfeld.
- Selbstfokus verstärkt die Symptome; in bedeutungsvollen Alltagshandlungen springt die Automatik wieder an.
- Empfohlen: Behandlung in echten Aktivitäten, Tagesstruktur, Pacing – Kompensation und Hilfsmittelversorgung dagegen sehr zurückhaltend [1,2].

## Worum es geht – in fünf Sätzen

Bei einer Funktionellen Neurologischen Störung ist die Struktur des Nervensystems intakt; gestört ist die Funktion – ein Software-, kein Hardware-Problem. Die Symptome sind real und unwillkürlich, weder eingebildet noch simuliert, und grundsätzlich rückbildungsfähig. Typisch ist: **Je mehr Aufmerksamkeit auf dem Symptom liegt, desto stärker wird es – unter Ablenkung wird die Funktion besser oder normal.** Konzentriertes Üben „am Symptom“, wie es z. B. nach Schlaganfall richtig ist, trainiert hier deshalb die Selbstbeobachtung mit und kann die Störung festigen. Kompensieren, anpassen, versorgen – die Klassiker der Neuro-Ergotherapie – können hier Schonverhalten und gelerntes Nichtbenutzen verfestigen. Was stattdessen funktioniert, zeigen die Beispiele unten, alle aus der Konsensempfehlung von Nicholson et al. [1].

**„Ablenkung“ heißt dabei nicht, dass Sie psychotherapeutisch arbeiten sollen** – Sie bleiben ganz in Ihrer therapeutischen Rolle. Gemeint ist Übungsgestaltung: Die Aufgabe wird so gebaut, dass die Aufmerksamkeit woanders gebunden ist (eine sinnvolle Handlung, ein Gespräch, eine Alltagsaufgabe) – und die erhaltene Automatik übernehmen kann.

## Konkret in der Behandlung – Beispiele zum direkten Ausprobieren

- 1 Handlung statt Übung.** Statt isolierter Greifübungen: Brot schmieren, Wäsche falten, Regal einräumen, Pflanzen umtopfen. Die betroffene Hand hält, stützt und stabilisiert dabei selbstverständlich mit – ohne dass sie Thema ist.
- 2 Die Hand gehört auf die Arbeitsfläche.** Konkrete Alltagsregel gegen gelerntes Nichtbenutzen: Beim Kochen, Essen, am Schreibtisch liegt die betroffene Hand sichtbar mit auf der Fläche und wird für einfache Aufgaben eingesetzt (Schüssel festhalten, Papier beschweren).
- 3 Reden lassen, machen lassen.** Während einer Handlungsaufgabe ein Gespräch führen oder eine Einkaufsliste aufsagen lassen. Die Aufmerksamkeit ist im Gespräch – die Bewegung läuft nebenbei. Gelungene Momente sofort rückmelden.
- 4 Boom-and-Bust sichtbar machen.** Eine Woche Aktivitäts-/Symptomtagebuch führen lassen. Dann gemeinsam einen Tagesplan mit festen Aktivitätsblöcken und Pausen VOR der Erschöpfung bauen; Steigerung langsam (Faustregel: ca. 10 % pro Woche).

**5 Notfallkarte für dissoziative Anfälle und Zuckungen.** Frühwarnzeichen sammeln, dann eine Karte fürs Portemonnaie schreiben: 5-4-3-2-1-Erdung (5 Dinge sehen, 4 hören, 3 fühlen ...), Igelball oder kaltes Wasser, ruhige Bauchatmung. In der Stunde einüben, nicht nur besprechen.

**6 Hilfsmittel-Inventur mit Ausstiegsplan.** Gemeinsam auflisten, was aktuell genutzt wird (Rollator, Schiene, Greifhilfe). Für EIN Hilfsmittel einen konkreten 4-Wochen-Reduktionsplan vereinbaren – z. B. erst zu Hause weglassen, dann auf bekannten Wegen [1,2].

#### Bewährt

- Erst gemeinsames Krankheitsverständnis, dann Aktivität
- „24-Stunden-Ansatz“: Strategien in den ganzen Tag einbauen, nicht nur in die Stunde
- Stufenweise Rückkehr in Arbeit/Schule mit angepassten Aufgaben und Pausen [1]
- Hausaufgabe: täglich eine echte Alltagsaufgabe mit Strategie, kurz protokollieren

#### Eher ungünstig

- Schienen und Serienkorrekturen (z. B. bei funktioneller Dystonie) [1]
- Neue Hilfsmittel in der Akutphase; wenn unvermeidbar: befristet mit Ausstiegsplan – bei chronisch-therapieresistenten Verläufen zur Teilhabe vertretbar [1,2]
- Passive Versorgung, die Aktivität abnimmt statt ermöglicht
- Aufgaben, die dauernde bewusste Kontrolle der Bewegung verlangen

#### Für Betroffene: So können Sie dieses Blatt übergeben

- „Ich habe eine Funktionelle Neurologische Störung – die verhält sich in der Therapie etwas anders. Vielleicht hilft uns dieses Blatt bei der Planung.“
- „Bei mir ist es so: An guten Tagen übernehme ich mich leicht und zahle mit tagelangen Einbrüchen. Ich würde gern an Tagesstruktur und guter Dosierung arbeiten.“
- „Die Quellen stehen unten – mir ist wichtig, dass wir gemeinsam herausfinden, was bei mir funktioniert.“

#### Quellen (frei zugänglich)

1. Nicholson C, Edwards MJ, Carson AJ, et al. Occupational therapy consensus recommendations for functional neurological disorder. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2020;91(10):1037–1045. doi:10.1136/jnnp-2019-322281
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie: S2k-Leitlinie Funktionelle Bewegungsstörungen. AWMF-Reg.-Nr. 030-148, Version 1.0, Februar 2026. register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-148
3. Nielsen G, Stone J, Matthews A, et al. Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015;86(10):1113–1119. doi:10.1136/jnnp-2014-309255
4. Stone J: neurosymptoms.org – Informationsseite zu FNS (auch deutschsprachig); Volltexte der Konsensempfehlungen u. a. über fndhope.org frei verfügbar.

#### Netzwerk FNS – Patientennetzwerk für Funktionelle Neurologische Störungen

[www.netzwerk-fns.de](http://www.netzwerk-fns.de) • [kontakt@netzwerk-fns.de](mailto:kontakt@netzwerk-fns.de)

Bundesverband in Gründung · Stand: September 2026 · Dieses Blatt informiert allgemein und ersetzt keine individuelle klinische Entscheidung. Es darf für die Patientenversorgung frei kopiert und weitergegeben werden.