

Physiotherapie 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 Bewegungsmuster sind bei FNS grundsätzlich erhalten – sie sind Ihr Ansatzpunkt.
- Konzentration auf das Symptom verstärkt es; unter Ablenkung wird die Bewegung besser – das ist Krankheitsmerkmal und Trainingshebel zugleich (vgl. Hoover-Zeichen).
- Empfohlen: aktives, funktionsorientiertes Training mit Zweitaufgaben, Rhythmus und ungewohnten Mustern – statt konzentriertem Üben „am Symptom“ [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. Was stattdessen funktioniert, zeigen die Beispiele unten – alle aus der Konsensempfehlung von Nielsen 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 (Zweitaufgabe, Takt, ungewohnte Bewegung) – und die erhaltene Automatik übernehmen kann.

Konkret in der Behandlung – Beispiele zum direkten Ausprobieren

- 1 Zweitaufgabe statt Anweisung.** Statt „Konzentrieren Sie sich auf das linke Bein“: beim Gehen rückwärts zählen lassen (100 minus 7), Städte mit A aufzählen, Fragen beantworten. Wird das Gangbild dabei flüssiger, sofort benennen: „Ihr Bein kann es – wir holen das jetzt in den Alltag.“
- 2 Ball statt Bein.** Im Stehen oder Gehen einen Ball zuwerfen, prellen oder balancieren. Die Aufmerksamkeit ist am Ball – Gleichgewicht und Standbein arbeiten automatisch mit.
- 3 Tempo und Takt.** Zügiges Gehen nach Metronom oder Musik (z. B. 110–120 Schläge/min) gelingt oft besser als langsames, bewusstes Gehen. Auch gut: auf Zuruf abrupt Tempo oder Richtung wechseln – keine Zeit zum Selbstbeobachten.
- 4 Ungewohnte Muster nutzen.** Rückwärts- oder Seitwärtsgehen, Füße flach über den Boden gleiten lassen („wie auf Skiern“), übertrieben große Schritte, Treppe statt Flur. Ungewohnte Bewegungen liegen nicht im gestörten Programm – sie laufen oft erstaunlich normal.
- 5 Tremor umlenken statt unterdrücken (Entrainment).** Die Patientin klatscht oder tippt mit der weniger betroffenen Hand einen von Ihnen vorgegebenen Takt; der Tremor übernimmt den Rhythmus. Dann den Takt schrittweise verlangsamen – bis zur Ruhe. Alternativ: den Tremor absichtlich ausführen lassen und Größe/Tempo aktiv variieren – was willkürlich veränderbar ist, ist beeinflussbar.

- 6 Erfolge sichtbar machen.** Kurzes Handyvideo mit und ohne Zweitaufgabe aufnehmen und gemeinsam ansehen. Der Unterschied ist das stärkste Argument für den Therapieansatz – und für die Patientin der Beweis, dass Besserung möglich ist.

Bewährt

- Erst erklären, dann üben: intaktes Nervensystem, umkehrbares Funktionsproblem
- Früh belasten, wenig Hands-on, viel Eigenaktivität
- Funktion als Ziel (Gehen, Aufstehen), nicht Kraft des einzelnen Muskels
- Eigenübungsprogramm mit Ablenkstrategien für zu Hause; Rückfallplan [1,2]

Eher ungünstig

- Konzentriertes Training „am schwachen Teil“ mit voller Selbstaufmerksamkeit
- Überwiegend passive Maßnahmen (Dauer-Hands-on, Massage als Hauptinhalt) [2]
- Schienen, Gips, Ruhigstellung – kann deutlich verschlechtern [1]
- Gehhilfen/Rollstuhl akut möglichst vermeiden; wenn nötig: befristet, mit Reduktionsplan [1,2]

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: Wenn ich mich stark auf die Bewegung konzentriere, wird sie schlechter. Mit Ablenkung, Tempo oder Musik klappt vieles besser. Können wir das nutzen?“
- „Die Quellen stehen unten – mir ist wichtig, dass wir gemeinsam herausfinden, was bei mir funktioniert.“

Quellen (frei zugänglich)

1. 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
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, Lee TC, et al. Specialist physiotherapy for functional motor disorder (Physio4FMD): phase 3 randomised controlled trial. Lancet Neurol 2024;23(7):675–686. doi:10.1016/S1474-4422(24)00135-2
4. Stone J: neurosymbols.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 • 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.