

Rom V – von funktionellen Störungen zu Störungen der Darm-Hirn-Interaktion

Überblick für Kinder- und Jugendärzte · Quelle: Gastroenterology, Vol. 170, Issue 6 (Mai 2026) · Dr. Axel Enninger

01 Von der funktionellen Störung zur Darm-Hirn-Interaktion

Rom V ist die fünfte, seit 2016 (Rom IV) erstmals umfassend überarbeitete Ausgabe der internationalen Klassifikation gastrointestinaler Funktionsstörungen. Der wichtigste Schritt ist terminologisch: „Funktionelle gastrointestinale Störungen“ heißen jetzt konsequent „Störungen der Darm-Hirn-Interaktion“ (Disorders of Gut-Brain Interaction, DGBI). Die Umbenennung ist mehr als Kosmetik – sie signalisiert Patient:innen und Familien, dass es sich um ein legitimes, biologisch fundiertes Krankheitsbild handelt, und reduziert Stigmatisierung.

Beibehalten wird der Begriff „funktionell“ nur dort, wo keine Alternative besteht, beispielsweise bei funktioneller Obstipation, funktioneller Dyspepsie, funktionellen Fütterstörungen, funktioneller abdominaler Blähung und funktioneller Diarrhö.

Rom V unterscheidet 34 Erwachsenen- und 22 pädiatrische DGBI-Kategorien, basierend auf einem internationalen Delphi-Konsens mit systematischer Literaturschau. Neu und für die Praxis besonders relevant: Die diagnostischen Kriterien sind erstmals explizit für den klinischen Alltag formuliert, nicht mehr nur für Studienzwecke.

Bei chronischen oder wiederkehrenden gastrointestinalen Beschwerden steht die positive Diagnose im Vordergrund. Zugleich ist zu prüfen, ob strukturelle oder biochemische Veränderungen die Symptome erklären. Das Krankheitsmodell umfasst fünf mögliche Mechanismen: veränderte Motilität, viszerale Hypersensitivität, veränderte mukosale und immunologische Funktion, veränderte Darmmikrobiota sowie veränderte Verarbeitung im zentralen Nervensystem. Dieses Verständnis unterstützt eine mechanismusbasierte, individualisierte Versorgung.

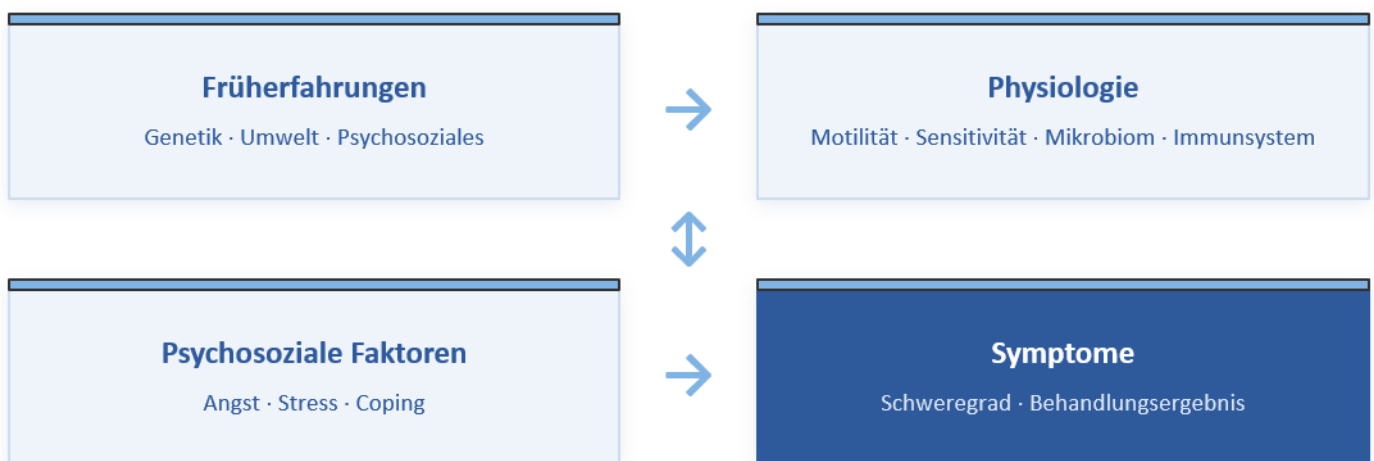
DGBI können sich untereinander überlappen und auch gemeinsam mit organischen Erkrankungen wie Zöliakie oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bestehen.

Auch strukturell hat sich etwas verändert – die pädiatrischen Diagnosen werden jetzt wie bei Erwachsenen anatomisch (Ösophagus, Magen-Duodenum, Darm, Gallenblase, Anorektum, zentralnervös vermittelt) statt nach Altersgruppen gegliedert.

Das Alter spielt nun nur noch innerhalb der diagnostischen Kriterien eine Rolle, nicht mehr bei der übergeordneten Klassifikation. Dies soll unter anderem die Kommunikation zwischen pädiatrischen und erwachsenenmedizinischen Behandelnden verbessern.

02 Das biopsychosoziale Modell als Rahmenkonzept

Zentrales Erklärmodell von Rom V bleibt das biopsychosoziale Modell: Frühkindliche Erfahrungen, Genetik, Umwelt und psychosoziale Faktoren prägen über eine bidirektionale Darm-Hirn-Achse die Physiologie des Verdauungstrakts – und umgekehrt. Top-down wirken Emotionen und Stress auf Motilität und viszerale Sensitivität, Bottom-up beeinflussen Darmsignale (Inflammation, Mikrobiom) Stimmung und Schmerzverarbeitung. Für das Gespräch mit Familien ist dieses Modell der Schlüssel: **DGBI sind real und biologisch erklärbar, nicht „eingebildet“**.



Eigene, vereinfachte Darstellung des biopsychosozialen Grundmodells der DGBI (angelehnt an Rom V).

03 Pathophysiologische Grundlagen

Das enterische Nervensystem (ENS, „zweites Gehirn“) umfasst 200–600 Millionen Neuronen und arbeitet weitgehend autonom, moduliert durch Vagusnerv und HPA-Achse. Bei DGBI kommt es zu zentraler Sensibilisierung: Die Schmerzschwelle sinkt, TRP-Kanäle (TRPV1, TRPA1) sensibilisieren viszerale Afferenzen, Mikroglia im Rückenmark und Gehirn verstärken die Schmerzverarbeitung zusätzlich. Mastzellen, Eosinophile und T-Zellen interagieren direkt mit ENS-Neuronen und tragen zur viszeralen Hypersensitivität bei – ein wichtiger Mechanismus etwa beim postinfektiösen Reizdarmsyndrom nach Gastroenteritis.

Das Mikrobiom beeinflusst über Neurotransmitter-Vorläufer (Tryptophan → Serotonin) und kurzkettige Fettsäuren die Darm-Hirn-Kommunikation; bei IBS finden sich charakteristische Mikrobiomsignaturen.

Klinisch praktisch: Fäkales Calprotectin bleibt ein wertvoller Biomarker – Werte unter 100 µg/g haben einen hohen negativen Vorhersagewert für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und können invasive Diagnostik bei Kindern mit Bauchschmerzen reduzieren.

04 Epidemiologie, Kultur und soziale Determinanten

Die Rome Foundation Global Epidemiology Study (RFGES) mit über 75.000 Teilnehmenden aus 33 Ländern zeigt eine enorme Prävalenzspanne von DGBI zwischen Regionen – bedingt durch echte pathophysiologische Unterschiede ebenso wie durch kulturelle Unterschiede im Symptombericht. Sprache ist dabei eine reale Barriere: Begriffe wie „Bloating“ lassen sich nicht immer adäquat übersetzen, Piktogramme haben sich als hilfreich erwiesen. Auch Geschlecht, Alter und soziale Lage prägen DGBI: Frauen sind bei IBS und Obstipation deutlich häufiger betroffen (u. a. hormonell bedingt), während zentrale Schmerzsyndrome eher Männer betreffen. Armut, Diskriminierungserfahrungen und fehlender Zugang zu Versorgung sind unabhängige Risikofaktoren für schwerere Verläufe.

Für die pädiatrische Praxis in Deutschland heißt das: Migrationshintergrund, familiäre Ernährungspraxis und soziale Belastung gehören in die Anamnese bei DGBI-Verdacht.

05 Was sich diagnostisch ändert – die wichtigsten Neuerungen

Bei den funktionellen Ösophagusstörungen gilt neu: Eine Symptombesserung unter Protonenpumpenhemmern gilt nicht mehr als diagnostischer Beweis gegen Reflux – der GERD-Ausschluss erfordert Impedanz-pH-Metrie und hochauflösende Manometrie. Bei den gastroduodenalen Störungen wurde das Nausea-Bloating-Syndrom (NBS) als eigene Diagnose neu aufgenommen, ebenso das „Unfähigkeit-zu-rülpfen-Syndrom“, das gut auf Botulinumtoxin-Injektion in den oberen Ösophagussphinkter anspricht. Die größte Einzeländerung betrifft das Reizdarmsyndrom: Das Schmerzkriterium wurde von einem Tag pro Woche auf mindestens vier Tage pro Monat angehoben – datenbasiert über die RFGES, mit dem Effekt, dass sich die erfasste IBS-Prävalenz in der Erwachsenenpopulation von 4,1 % auf 8,9 % nahezu verdoppelt hat, vor allem durch leichtere, zuvor unterschwellige Fälle. Neu als eigene Kategorie ist die opioidinduzierte Obstipation (C6), behandelbar mit peripheren Mu-Opioid-Rezeptor-Antagonisten (PAMORAs) ohne Beeinträchtigung der Analgesie.

Bei den zentral vermittelten Schmerzsyndromen wird das chronische abdominale Schmerzsyndrom (CAPS, nicht zu verwechseln mit den Cryopyrin-assoziierte periodische Syndromen, die mit Fieber und Autoinflammation einhergehen) neu in zwei Subtypen unterteilt, und die abdominale Migräne ist erstmals auch als Erwachsenendiagnose anerkannt. Bei Gallenblasen- und Sphinkter-Oddi-Störungen mahnt Rom V ausdrücklich zur Zurückhaltung: Cholezystektomie und Sphinkterotomie sollen erst nach mehrmonatigem konservativem Vorgehen erwogen werden – die Milwaukee-Klassifikation und die routinemäßige Manometrie werden aufgegeben, gestützt auf die EPISOD-Studie, die keinen Vorteil der Sphinkterotomie gegenüber einem Schein-Eingriff zeigte. Bei anorektalen Störungen wurde das Häufigkeitskriterium der Stuhlinkontinenz präzisiert, und rektale Hypo- sowie Hypersensitivität sind neue eigenständige Diagnosen.

06 Pädiatrische Kategorien: strukturell neu und praxisrelevant

Für das Säuglingsalter von 0 bis 12 Monaten ist Rom V besonders praxisrelevant, weil viele häufige Vorstellungsanlässe in den ersten Lebensmonaten nicht mehr isoliert als „funktionelle Beschwerden“, sondern als altersbezogene Ausprägungen einer unreifen Darm-Hirn-Interaktion verstanden werden. Im Vordergrund stehen exzessives Schreien, Unruhe, Fütterungsschwierigkeiten, Regurgitation, Blähungen, Meteorismus, Dyschezie und funktionelle Obstipation. Für die funktionelle Obstipation wurden Bristol- und Brussels-Stuhlformen-Skalen als visuelle Referenz für die Stuhlkonsistenz aufgenommen. Die Pharmakotherapie wird weiterhin als wichtiger Bestandteil des Managements hervorgehoben. Die Säuglingsregurgitation wurde aus der DGBI-Klassifikation entfernt und wird als normaler physiologischer Prozess angesehen. Für das ernährungsbezogene Management verweist das ESPGHAN Nutrition Committee 2024 auf angedickte Säuglingsnahrungen in ausgewählten Fällen. Die wichtigste terminologische Änderung betrifft die frühere „infantile Kolik“:

Infantile Kolik wird in Rom V als Infant Distress Syndrome (IDS) bezeichnet, weil der Begriff „Kolik“ einen primär gastrointestinalen Ursprung suggeriert, obwohl Reifung des Nervensystems, viszerale Sensitivität, Motilität, Mikrobiom, Eltern-Kind-Interaktion und Belastung der Bezugspersonen gemeinsam eine Rolle spielen.

Das Schreien muss nach Rom V vor dem Alter von 5 Monaten beginnen, kann aber darüber hinaus persistieren; entscheidend ist nicht mehr die starre Drei-Stunden-Regel, sondern die klinische Relevanz, insbesondere Belastung und Einschränkung der Lebensqualität von Säugling und Familie. Bei Säuglingen sollte DGBI daher immer positiv, aber entwicklungsbezogen diagnostiziert werden: altersentsprechendes Gedeihen, unauffälliger Allgemeinzustand und fehlende Warnzeichen sprechen für eine funktionelle beziehungsweise DGBI-nahe Symptomatik, während Gedeihstörung, Fieber, biliges Erbrechen, Blut im Stuhl, deutliche Bauchdistension, persistierendes Erbrechen, Dehydratation oder verspäteter Mekoniumabgang eine organische Abklärung erforderlich machen. Klinisch wichtig ist zudem die Abgrenzung zu Kuhmilchproteinallergie, gastroösophagealer Refluxkrankheit, Infektion, anatomischen Ursachen und neurologischen oder metabolischen Erkrankungen. Stillen sollte unterstützt und unnötige Wechsel der Säuglingsnahrung vermieden werden. Eine Eliminationsdiät sollte nur bei Verdacht auf Kuhmilchproteinallergie erfolgen. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 kann das Schreien und die Unruhe bei gestillten Säuglingen reduzieren.

Die Diagnose kann auf Grundlage der Schreidauer oder einer erheblichen Belastung der Betreuungspersonen gestellt werden; ein 24-Stunden-Tagebuch ist nicht mehr erforderlich. Symptome müssen vor dem Alter von fünf Monaten beginnen, können jedoch darüber hinaus bestehen.

Für Kinderärzt:innen bedeutet das: Im ersten Lebensjahr steht weniger die Etikettierung einer Einzeldiagnose im Vordergrund, sondern die strukturierte Einordnung von Symptomcluster, Alter, Entwicklung, Fütterung, Stuhlmuster, Gedeihen und Elternbelastung.

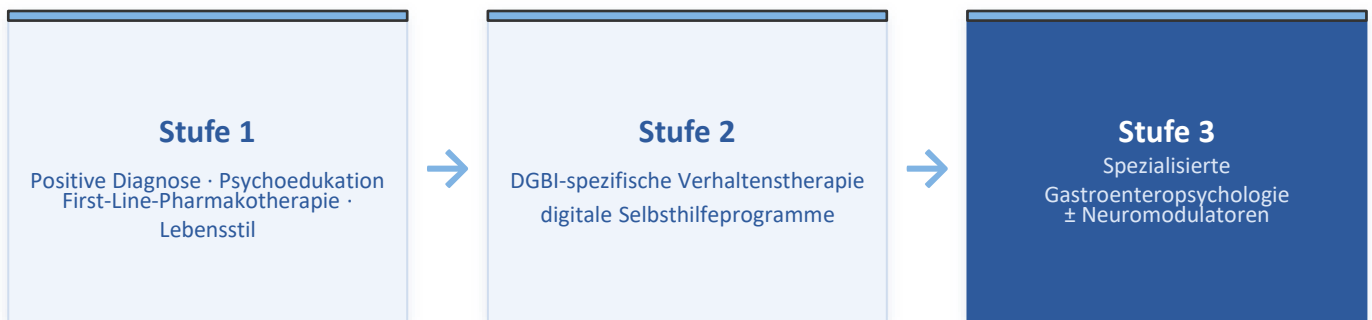
Neu eingeführt wurden das kindliche Gallenblasenschmerzsyndrom (mit dem gleichen Grundsatz der Zurückhaltung wie bei Erwachsenen) sowie CAPS als eigenständige pädiatrische Diagnose. Beim kindlichen Reizdarmsyndrom gilt jetzt ein Mindestalter von 6 Jahren und – analog zu Erwachsenen – das Vier-Tage-Kriterium, was die Diagnoseschwelle im Vergleich zu Rom IV senkt. Zur einheitlichen Schweregraderfassung wurde der **FICAI-Score entwickelt (Frequency, Intensity, Chronicity, Impact)**, der auch für IDS empfohlen wird. Der FICAI-Score dient der Schweregradbeurteilung und ist nicht Bestandteil der diagnostischen Kriterien. Klinisch wichtig bleibt zudem: Das zyklische Erbrechenssyndrom hat seinen Häufigkeitsgipfel im Kindesalter, das Ruminationssyndrom wird bei Kindern häufig als Erbrechen fehlgedeutet (entscheidend ist das Timing – Beginn innerhalb von 10–15 Minuten nach Mahlzeitbeginn, ohne Übelkeit oder Würgen), und **das Cannabinoid-Hyperemesis-Syndrom gewinnt bei Jugendlichen mit zunehmendem Cannabiskonsum an Bedeutung**. Bei der funktionellen Diarrhö wurde die bisherige obere Altersgrenze von fünf Jahren aufgehoben; der Symptombeginn kann nun bis zum Alter von 18 Jahren liegen.

07 Pharmakotherapie in Kürze

Rom V ordnet die medikamentösen Optionen klar nach Zielrezeptor: 5-HT₄-Agonisten (Prucaloprid) beschleunigen die Transitzeit und sind in Deutschland ab 6 Monaten für Obstipation zugelassen; Sekretagoga (Linaclotid, Plecanatid, Lubiproston) wirken bei therapieresistenter Obstipation und IBS-C (= Reizdarmsyndrom vom Obstipations-Typ), bei Kindern über 6 Jahren in den USA zugelassen, in Deutschland off-label. Trizyklische Antidepressiva in niedriger, analgetischer Dosierung bleiben First-Line bei chronischen abdominalen Schmerzsyndromen, mit der gebotenen Vorsicht bei Adoleszenten (EKG-Kontrolle, anticholinerge Nebenwirkungen). Pharmakogenomische Varianten (z. B. CYP2D6) erklären einen Teil der individuellen Ansprechraten, pädiatrische Daten dazu fehlen bislang weitgehend. Ob dieser eher US-amerikanisch geprägte Ansatz der Verordnung von trizyklischen Antidepressiva sich auf dieser Seite des Atlantiks durchsetzen wird, bleibt abzuwarten.

08 Der Stufenplan der Behandlung

Für die psychosoziale Begleittherapie schlägt Rom V ein dreistufiges Vorgehen vor, das medizinische und psychologische Intensität parallel steigert: Stufe 1 umfasst die positive Diagnosestellung, Psychoedukation über die Darm-Hirn-Achse und First-Line-Pharmakotherapie; Stufe 2 DGBI-spezifische Verhaltenstherapie, auch durch nicht-psychologisches Personal, sowie digitale Selbsthilfeprogramme; Stufe 3 die spezialisierte Gastroenteropsychologie mit individualisierten Programmen und gegebenenfalls Neuromodulatoren.



Eigene Darstellung des dreistufigen biopsychosozialen Behandlungsansatzes nach Rom V.

09 Fazit für die pädiatrische Praxis

Rom V ist mehr als eine Umbenennung: Die neue Klassifikation gibt Kinder- und Jugendärzt:innen belastbare, praxistaugliche Kriterien an die Hand, um DGBI positiv zu diagnostizieren – ohne unnötige invasive Diagnostik, aber mit klarem Blick für Warnsymptome. Die gesenkten Schwellenwerte beim Reizdarmsyndrom bedeuten nicht, dass mehr Kinder krank sind, sondern dass die Diagnose besser zur klinischen Realität passt. Für die Beratung von Familien bleibt die zentrale Botschaft dieselbe wie bisher – jetzt aber wissenschaftlich noch besser untermauert:

Störungen der Darm-Hirninteraktion (DGBI) sind real, biologisch erklärbar, und in den meisten Fällen gut behandelbar