

Kurzversion der Patientenversion der wissenschaftlichen Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“

Deutsche Fibromyalgie Vereinigung und Deutsche Rheuma-Liga in Zusammenarbeit mit

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) in Zusammen-
arbeit (Koordination der Leitlinie) mit

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
(DEGAM)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
(DGOOC)

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitati-
on (DGPMR)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Ner-
venheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und –
Schmerzforschung (DGPSF)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztli-
che Psychotherapie (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Zentralverband der Physiotherapeuten und Krankengymnasten
(ZVK)

Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms

Dies ist die Kurzfassung der wissenschaftlichen Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnose und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“ in patientenverständlicher Form. Diese Patientenleitlinie richtet sich an Menschen mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen und mit Fibromyalgiesyndrom. Betroffene und Angehörige können hier - zusätzlich und ergänzend zum Arztgespräch - Hilfen, Anregungen und Antworten auf wichtige Fragen finden. Bei der Behandlung des Fibromyalgiesyndroms ist Ihr Arzt auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

- Voraussetzung dafür ist, dass Sie über Ursachen, Auslöser, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind,
- Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung lernen und
- Probleme und Schwierigkeiten formulieren und mit Ihrem Arzt besprechen.

In diesem Sinne soll die Patientenleitlinie dazu beitragen, Ursachen und Auslöser, typische Krankheitszeichen sowie Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten kennen zu lernen bzw. besser zu verstehen. Diese Patientenleitlinie soll auch beschreiben, was Sie selber tun können, um mit ihrer Erkrankung besser leben zu können. Ergänzt wird sie durch eine Übersicht über weitere Informationsangebote und Adressen von Anlaufstellen, bei denen Sie zusätzlich Rat und Unterstützung finden können.

Diese Patientenleitlinie ist eine Begleitinformation der wissenschaftlichen Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms (AWMF - Register Nr. 0041/004, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm>).

Leitlinien stellen Empfehlungen für Ärzte und andere Gesundheitsberufe dar. Da sich diese Patienteninformation streng an einer solchen ärztlichen Leitlinie orientiert, hat sie ebenfalls den Charakter einer Leitlinie. Aus diesem Grund wurde die Bezeichnung Patientenleitlinie gewählt. Die in Verbindung mit der Behandlung angeführten Maßnahmen und Medikamente wurden auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich untersucht und ausgewählt.

Die Autoren der wissenschaftlichen Leitlinie zum Fibromyalgiesyndrom sind Experten, die den für diese Erkrankung entscheidenden medizinischen Fachgesellschaften angehören.

Basierend auf der Stärke der Evidenz (wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit) und der Übereinstimmung (Konsens) zwischen Ärzten, Psychologen, Physiothera-

peuten und Patienten bei den Konsensuskonferenzen wurde folgende Einteilung der Empfehlungsstärken vorgenommen:

A	Starke Empfehlung
B	Empfehlung
O	Empfehlung offen

Die Empfehlungsstärke wird in dem folgenden Text angegeben.

Gibt es ein Fibromyalgiesyndrom?

Der Begriff Fibromyalgie bedeutet wörtlich übersetzt Faser-Muskel-Schmerz. Um den vielfältigen, nicht einheitlichen Ursachen der Erkrankung Rechnung zu tragen, wird der Begriff „Fibromyalgie-Syndrom“ (FMS) gewählt.

Manche Ärzte behaupten, dass es die Fibromyalgie bzw. ein Fibromyalgiesyndrom im Sinne einer Erkrankung „ nicht gibt“. Diese Behauptung ist falsch. Die „Fibromyalgie“ ist in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, im Kapitel Krankheiten des Muskel–Skelett–Systems und des Bindegewebes in dem Unterkapitel „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderorts nicht klassifiziert“ (M79.7), aufgeführt.

Andere Ärzte behaupten, dass das FMS eine psychiatrische Krankheit sei. Diese pauschale Behauptung ist ebenfalls falsch. Richtig ist, dass bei FMS-Patienten häufig auch seelische Störungen vorliegen.

In den westlichen Industrienationen ist ca. 1-2% der Bevölkerung von dieser chronischen Erkrankung betroffen. Zum größten Teil sind dies Frauen, aber auch Männer und Kinder können am FMS erkranken.

Symptome des FMS

Hauptsymptome des FMS sind chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen, d.h. im Rücken (Nacken, Brustkorb, Kreuz) sowie in den Armen und Beinen sowie chronische Müdigkeit und Schlafstörungen. Die genannten Symptome müssen über

einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten vorliegen. Weitere häufige Begleitsymptome sind Morgensteifigkeit oder Schwellungsgefühle in den Händen, Füßen oder dem Gesicht. Viele Betroffene leiden unter weiteren körperlichen Beschwerden seitens der inneren Organe (Reizmagen-, Reizdarm-, Reizblasensymptome), Kopfschmerzen und Trockenheit bzw. Überempfindlichkeit der Schleimhäute sowie seelischen Beschwerden (z. B. Konzentrationsstörungen, vermehrte Ängstlichkeit oder Depressivität).

Ursachen und Krankheitsmechanismen des FMS

Es gibt keine einzelne, nur für das FMS zutreffende Ursache des Beschwerdebildes. Forscher gehen davon aus, dass die Kombination einer Veranlagung mit verschiedenen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zum Auftreten und Weiterbestehen eines FMS führt. Das FMS tritt gehäuft in Familien auf. Inwieweit Vererbung und inwieweit psychologische Faktoren (z.B. Lernmechanismen) zu dieser familiären Häufung führen, ist zurzeit nicht bekannt. Folgende Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem FMS kommt:

Vermehrte Depressivität sowie körperliche (z. B. einseitige Körperhaltungen) und seelische (z. B. Mobbing) Belastungen am Arbeitsplatz. Negative Gedanken und Gefühle, die Betroffene in Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden haben, Verhaltensweisen (z. B. übertriebene körperliche Schonung) und die Reaktionen der Umwelt (z. B. mangelndes Verständnis für die Beschwerden oder übertriebene Entlastung der Betroffenen) können einen negativen Einfluss auf den Verlauf der Beschwerden haben. Beim FMS ist die zentrale Schmerzverarbeitung gestört.

Verlauf und Prognose

Wenn es zu einem FMS gekommen ist, bestehen die Beschwerden und Beeinträchtigungen - mit oder ohne medizinische Behandlung - im weiteren Leben fort. Viele Betroffene kommen im Laufe der Zeit mit den Beschwerden und Beeinträchtigungen besser zu Recht. Das FMS führt nicht zu einer Invalidität (z. B. Rollstuhlpflichtigkeit) und nicht zu einer Herabsetzung der Lebenserwartung.

Das FMS ist eine Erkrankung, dessen Symptome und Auswirkungen im Alltag gelindert werden können. Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung, welche Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt auf der Grundlage dieser Patienteninformation festlegen können.

Wie das FMS diagnostiziert wird und eine gute Behandlung aussehen kann, erfahren Sie in den folgenden Abschnitten.

Diagnose

Wenn Sie zu Ihrem Arzt gehen, wird dieser erst einmal herausfinden wollen, ob es sich tatsächlich um ein FMS handelt oder ob andere Erkrankungen vorliegen. Betrachten Sie Ihren Arzt dabei als Partner und scheuen Sie sich nicht, im Ihre Sorgen, Bedenken und Einwände mitzuteilen.

Um sich ein genaues Bild von Ihren Beschwerden zu machen, wird Ihr Arzt Ihnen viele, gegebenenfalls auch persönliche Fragen stellen (Anamnese). Daneben werden eine vollständige körperliche Untersuchung sowie einige Laboruntersuchungen durchgeführt. Die Laboruntersuchungen dienen dazu, andere Erkrankungen mit einer ähnlichen Symptomatik wie das FMS auszuschließen. Bei der Anamnese wird nach körperlichen und seelischen Beschwerden (siehe Symptome) sowie nach den Auswirkungen der Beschwerden im Alltag gefragt.

Der Hauptbefund bei der körperlichen Untersuchung beim FMS ist die Druckschmerzhaftigkeit an Muskel- Sehnenansatzpunkten an so genannten Druckpunkten (englisch: Tender Points) bei Daumendruck durch den Arzt.

Die Laboruntersuchungen beim FMS sind unauffällig, d.h. es ergeben sich keine Hinweise auf Entzündungen oder Stoffwechselerkrankungen.

Ein FMS lässt sich nicht durch Labor- oder Röntgenuntersuchungen nachweisen.

Diese Untersuchungen dienen allerdings dem Ausschluss von Erkrankungen, welche zu ähnlichen Symptome wie das FMS führen können. Liegen die typischen Symptome des FMS vor und ergeben die Befragung durch Ihren Arzt sowie einige Basislaboruntersuchungen keine Hinweise für andere Erkrankungen, sind Röntgenuntersuchungen nicht notwendig.

Die Leitlinie empfiehlt zur Diagnose des FMS die folgende Vorgehensweise:

1. Anamnese: Eine vollständige Erhebung der Krankengeschichte soll erfolgen. Die Verwendung einer Schmerzskizze zur Erfassung aller Schmerzorte wird empfohlen. Alle Beschwerden und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen in Alltagsfunktionen (Beruf, Familie, Freizeit, Sexualität) sollen erfasst werden (**Empfehlung offen**).

2. Körperliche Untersuchung: Eine vollständige Untersuchung (Bewegungsapparat, innere Organe, Nervensystem, seelisches Befinden) wird empfohlen (**Empfehlung offen**).

3. Basislaboruntersuchungen: Es wird empfohlen, folgende Labor-Untersuchungen bei Verdacht auf ein FMS durchzuführen:

- a. Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (z. B. um eine Polymyalgia rheumatica oder rheumatoide Arthritis auszuschließen)
- b. Kreatininkinase (z. B. Muskelerkrankungen)
- c. Kalzium (z. B. krankhafte Erhöhung des Kalziums bei Stoffwechselerkrankungen)
- d. TSH (Thyreoida-stimulierendes Hormon basal) (z. B. Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse)
- e. Blutuntersuchungen auf entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (sogenannte Antikörper): Ohne klinische Hinweise sind diese Untersuchungen nicht sinnvoll.
- f. In Abhängigkeit von der Anamnese und dem körperlichen Untersuchungsbefund können weitere Laboruntersuchungen sinnvoll sein (**Empfehlung offen**).

4. Weitergehende technische Untersuchungen

Bei typischem Beschwerdekomples und fehlendem klinischen Hinweis auf internistische, orthopädische oder neurologische Erkrankungen (Anamnese und klinische Untersuchung ohne Hinweis auf andere Erkrankungen als Ursachen von Schmerzen und Müdigkeit, unauffälliges Basislabor), wird empfohlen, keine weitere technische Diagnostik (weiterführendes Labor, Neurophysiologie, Bildgebung) durchzuführen (**Empfehlung offen**).

5. Wann soll ein Facharzt hinzugezogen werden?

Ein Facharzt sollte hinzugezogen werden, wenn die Befragung oder die körperliche Untersuchung oder die Basislaboruntersuchungen einen Verdacht auf eine internistische Erkrankung (z. B. entzündlich-rheumatische Erkrankung), eine orthopädische Erkrankung (z. B. Gelenkverschleiß) oder eine neurologische Erkrankung (z.B. Muskelerkrankung) oder eine seelische Störung bzw. aktuelle schwerwiegende persönliche Probleme ergeben (**Empfehlung offen**).

Behandlung des FMS

Das FMS ist durch medizinische Maßnahmen nicht heilbar. Ziele der Behandlung sind daher der Erhalt bzw. die Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag sowie der Lebensqualität und die Linderung bzw. Minderung der Beschwerden.

Der wichtigste ärztliche Ansprechpartner in der Betreuung wird Ihr Hausarzt sein. Daneben können andere Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung des FMS einbezogen werden. Zwischen Haus- und Fachärzten sollte daher eine enge Zusammenarbeit stattfinden.

Da das FMS ein lebenslang bestehendes Beschwerdebild sein kann, ist auch eine regelmäßige Behandlung sinnvoll. Die Leitlinie empfiehlt daher vor allem Behandlungsverfahren, die eigenständig durchgeführt werden können (sog. Selbstmanagement), die keine oder nur geringe Nebenwirkungen haben und deren langfristige Wirksamkeit gesichert ist.

In der Behandlung des FMS werden Sie als Betroffene/ eine aktive Rolle übernehmen. Dies betrifft zum einen die Auswahl der Therapieverfahren und zum anderen deren Durchführung. Ihre behandelnden Therapeuten wie Ärzte, Psychologen oder Physiotherapeuten werden Sie in erster Linie über die Möglichkeiten der Behandlung informieren und Sie in Aktivitäten zur Selbstbehandlung (bspw. Entspannungsübungen, Funktionstraining) anleiten. Gemeinsam mit Ihren Therapeuten werden Sie in regelmäßigen Abständen die Wirksamkeit der jeweiligen Behandlung beurteilen. Ihre Erfahrungen mit der Behandlung können Sie in einem Symptomtagebuch festhalten.

Die Auswahl einzelner Behandlungsverfahren treffen Sie gemeinsam mit Ihrem Therapeuten. Dabei richtet sich diese nach der wissenschaftlich belegten Wirksamkeit der Verfahren, nach Ihrer Akzeptanz der jeweiligen Behandlungsmöglichkeit (z. B. medikamentöse oder psychologische Therapie) und den möglichen Begleiterkrankungen. Auch die örtlichen Gegebenheiten zur Durchführung der Behandlungsverfahren spielen dabei eine Rolle.

Da sich jeder Einzelne in der Ausprägung von Beschwerden und Beeinträchtigungen als auch im Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen unterscheidet, empfiehlt die Leitlinie ein abgestuftes Vorgehen. Die Auswahl der Therapieverfahren und Stufen der Behandlung sind dabei abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigungen sowie dem Ansprechen der Betroffenen auf die jeweilige Therapiemaßnahme.

Eine Überprüfung der Therapieeffekte wird am Ende der jeweiligen Therapie sowie nach 6 und 12 Monaten empfohlen. Im Falle einer unzureichenden Wirksamkeit der Behandlung ist eine erneute Überprüfung der Diagnose FMS sowie das Vorliegen weiterer körperlicher und psychischer Begleiterkrankungen sinnvoll (**Empfehlung offen**).

Die Behandlung des FMS erfolgt in den 3 Schritten Basistherapie, weiterführende Behandlung und Langzeitbetreuung.

Bei der Erstdiagnose eines FMS werden die Information über das Krankheitsbild, die Ursachen sowie die Behandlungs- und Schulungsmöglichkeiten als erste therapeutische Maßnahmen empfohlen.

Basistherapie: Betroffenen mit bedeutsamen Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen bei Diagnosestellung sollen im Rahmen eines mehrere Therapieoptionen umfassenden Behandlungskonzeptes folgende ambulante Behandlungen (einzeln oder in Kombination) angeboten und/oder eingeleitet werden:

- Patientenschulung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Schmerztherapie **(starke Empfehlung)**
- An individuelles Leistungsvermögen angepasstes Herz-Kreislauf-Training **(starke Empfehlung)**
- Antidepressivum: Amitriptylin 25-50 mg/d **(starke Empfehlung)**
- Diagnostik und Behandlung begleitender körperlicher Erkrankungen und seelischer Störungen **(Empfehlung offen)**

Weiterführende Behandlung: Bei Betroffenen mit anhaltenden bedeutsamen Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen soll nach 6-monatiger Basistherapie eine multimodale Therapie (verpflichtend eine auf einander abgestimmte medizinische Trainingstherapie oder andere Formen der aktivierenden Bewegungstherapie in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren) angeboten werden **(starke Empfehlung)**.

Es wird empfohlen, eine multimodale Therapie ambulant durchzuführen. Wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichend bzw. nicht möglich sind, wird eine (teil-)stationäre multimodale Therapie in einer Rehabilitationsklinik (Rheumatologie, Psychosomatik mit Schwerpunkt chronischer Schmerz) oder einer Schmerzlinik bzw. Psychosomatischen Abteilung mit Schwerpunkt chronischer Schmerz empfohlen **(Empfehlung offen)**.

Langzeitbetreuung: Bei Betroffenen mit anhaltenden bedeutsamen Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen 6 Monate nach Ende einer (teil-)stationären multimodalen Therapie wird empfohlen, die im Folgenden genannten Behandlungsmöglichkeiten zu überprüfen. Bei einer Langzeitbetreuung sind

Selbstverantwortung und Eigenaktivität der Betroffenen zu stärken. Es wird empfohlen, mit dem Betroffenen ein auf sie abgestimmtes Behandlungsprogramm zu erstellen (**Empfehlung offen**). Folgende Behandlungsmöglichkeiten können gemeinsam mit Ihnen erwogen werden:

- Keine weitere spezifische Behandlung (**Empfehlung offen**)
- Selbstmanagement: an individuelles Leistungsvermögen angepasstes Herz-Kreislauf-Training; Funktionstraining; Stressbewältigung (**Empfehlung offen**)
- Ambulante Fortführung multimodaler Therapien (**Empfehlung offen**)
- Wiederholung einer multimodalen Therapie (**Empfehlung offen**)
- Zeitlich befristet: Fluoxetin 20-40 mg/d bzw. Paroxetin 20-40 mg/d (**Empfehlung**) oder Duloxetin 60-120 mg/d (**Empfehlung**) oder Tramadol/Paracetamol bis zu 150mg/1300mg/d (**Empfehlung**) oder Pregabalin 450 mg/d (**Empfehlung offen**)
- Zeitlich befristet: Hypnotherapie/geleitete Imagination (**Empfehlung**) oder therapeutisches Schreiben (**Empfehlung**)
- Zeitlich befristet: Physikalische Therapieverfahren (Balneo- und Spa-Therapie bzw. Ganzkörperwärmetherapie) (**Empfehlung**)
- Zeitlich befristet: Komplementäre Therapieverfahren (Homöopathie bzw. vegetarische Kost) (**Empfehlung offen**)

Wie lange soll eine Behandlung durchgeführt werden?

Diese Frage ist an Hand der wissenschaftlichen Studien nur eingeschränkt beantwortbar. Der Nutzen einer medikamentösen, physikalischen und komplementären Therapie des FMS ist nur für die Dauer der Behandlung nachgewiesen. Die Behandlungsdauer in den wissenschaftlichen Studien betrug meist 3- 6 Monate. Anhaltende positive Effekte nach Behandlungsende sind ein individuell angepasstes Herz-Kreislauf-Training, multimodale Therapien sowie einige psychotherapeutische Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie) nachgewiesen. Eine Therapie des FMS sollte daher immer unter regelmäßiger Erfassung von Nutzen (Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag, Beschwerdeminderung) sowie Nebenwirkungen erfolgen. Überwiegt der Nutzen die Nebenwirkungen, kann eine Therapie dauerhaft durchgeführt werden. Im Falle einer medikamentösen Therapie kann nach 6 Monaten erwogen werden, das Medikament probeweise abzusetzen. Für die Dauerbehandlung werden Verfah-

ren empfohlen, die Sie selbst durchführen können (z. B. Herz-Kreislauf-Training, Funktionstraining, Ganzkörperwärmetherapie) und die keine Nebenwirkungen haben.

Rehabilitation

Eine (teil-)stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann veranlasst werden, wenn nicht nur die Teilhabe am Erwerbsleben, sondern auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefährdet ist. Eine (teil-)stationäre Rehabilitation wird auch dann empfohlen, wenn ambulante Therapieverfahren nicht vorhanden oder nicht ausreichend wirksam sind. Eine Rehabilitationsmaßnahme kann in einer auf FMS spezialisierten rheumatologischen oder psychosomatischen Klinik durchgeführt werden (Empfehlung offen)

Erläuterung einzelner Therapieverfahren

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht sowie Erläuterung von Therapieoptionen zur Behandlung des FMS, die auf den vorangegangenen Seiten erwähnt wurden. Dabei handelt es sich um eine vollständige Darstellung aller in der wissenschaftlichen Leitlinie benannten Therapieoptionen. Die wissenschaftliche Leitlinie weist auch Therapieoptionen aus, die nicht empfohlen werden können. Diese sind hier separat gelistet.

Patientenschulung: Patientenschulung wird in Gruppen von 6-8 Personen durchgeführt. Im Rahmen der Patientenschulung lernen Sie alles Wichtige über die Vorgänge in Ihrem Körper und was Sie sinnvoll tun können, um Schmerzen zu verringern. Themen sind u.a. Krankheitsbild und -verlauf, Krankheitsursachen und -diagnostik, Wirkungen von medikamentösen Therapien, Krankengymnastik und Physikalische Therapie, Schmerz und Schmerzbewältigung sowie Alltagsbewältigung und Lebensperspektiven. In der Patientenschulung erarbeiten Sie mit Unterstützung von Fachleuten die Inhalte der jeweiligen Themen. Darauf aufbauend oder unabhängig vom Reha-Angebot können Sie auch Kurse der Deutschen Rheuma-Liga oder der Deutschen Fibromyalgie Vereinigung nutzen. Patientenschulung wird ambulant von einigen Kliniken bzw. niedergelassenen Ärzten und Psychologen bzw. im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen angeboten. Die Übernahme der Kosten für eine ambulante Patientenschulung sollten Sie im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse klären.

Körperliches Training:

Herz-Kreislauf-Training: Ein Herz-Kreislauf-Training soll an die individuelle Leistungsfähigkeit des Patienten angepasst sein. Die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems ist bei vielen FMS-Betroffenen vor Aufnahme eines Trainings gering. Trainingsumfang und -intensität müssen also vorsichtig und über einen Zeitraum von mehreren Monaten gesteigert werden. Nach dem Trainingsaufbau sollen Ausdaueraktivitäten 3-4-mal pro Woche über 30-40 Minuten durchgeführt werden. Empfohlene Ausdauersportarten sind Walking, Radfahren, Schwimmen und Aquajogging. Eine Beratung und Trainingsteuerung in einem für die medizinische Rehabilitation zugelassenen Trainingszentrum oder durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin kann sinnvoll sein. Das Herz-Kreislauf-Training kann von einem Vertragsarzt verschrieben werden.

Funktionstraining: Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen in Gruppen. Funktionstraining im Trockenen und warmen Wasser wirkt mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder Ergotherapie gezielt auf Muskeln und Gelenke. Funktionstraining wird u.a. durch die Deutsche Rheuma-Liga und die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung organisiert. Es wird von Physiotherapeuten (Krankengymnasten) durchgeführt, die speziell fortgebildet sind. Funktionstraining ist auch eine ergänzende Leistung zur Rehabilitation. Funktionstraining wird durch den behandelnden Arzt verordnet.

Psychologische Verfahren: Der Einsatz psychologischer Techniken bedeutet nicht, dass zwangsläufig eine seelische Störung vorliegt. Auch Leistungssportler nutzen z.B. psychologische Techniken zur Leistungsverbesserung. Die psychologischen Techniken können Sie in einer Einzel- oder Gruppentherapie erlernen. Diese können im weiteren Verlauf dann eigenständig regelmäßig angewendet werden.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Schmerztherapie: Hier lernen Sie, ungünstige Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen in Zusammenhang mit Ihren Beschwerden zu erkennen und durch positive Gedanken (z. B. positive Selbstsuggestionen), positive Gefühle (z. B. Genusstraining) und angemessene Verhaltensweisen (z. B. richtiges Einteilen der Kräfte, regelmäßige Aktivitäten und Pausen) zu ersetzen. Weiterhin werden Entspannungsverfahren sowie weitere Techniken der Stressbewältigung trainiert.

Hypnose und geleitete Imagination: Geleitete Fantasiereisen und Suggestionen werden eingesetzt, um das allgemeine Befinden zu verbessern und um die körperlichen Beschwerden anders zu erleben. Nach einer Anleitung durch einen Therapeuten können Sie die Techniken eigenständig („autogen“) oder mit Hilfe von vorgesprochenen Texten über CD- oder MP3-Player einsetzen.

Therapeutisches Schreiben: Wie bei einem Tagebuch werden belastende Erlebnisse des Alltags sowie die Gedanken bezüglich der Schmerzen von Ihnen aufgeschrieben.

Psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung von seelischen Begleiterkrankungen: Depressionen, Angststörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen sollen entsprechend den Leitlinien der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften behandelt werden.

Medikamente

Antidepressiva: Sie sind vielleicht bzgl. einer Behandlung ihrer körperlichen Beschwerden mit Antidepressiva skeptisch, da Sie sich nicht als depressiv erleben bzw. ihre depressive Stimmungslage auf die Schmerzen zurückführen. Niedrig dosierte Antidepressiva können jedoch auch zu einer Reduktion von Schmerzen, Müdigkeit und Schlafstörungen bei Patienten führen, die nicht depressiv sind. Die Antidepressiva erhöhen die Konzentration von Nervenbotenstoffen, welche bei Depressionen, Angststörungen, aber auch bei Schmerzen verändert sind. Es gibt verschiedene Antidepressivaklassen, welche unterschiedlich auf die verschiedenen Nervenbotenstoffe wirken. Nicht alle Antidepressivaklassen und nicht alle Antidepressiva einer Antidepressivklasse sind gleich wirksam. Die meisten Wirksamkeitsnachweise liegen für das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin vor. Trizyklische Antidepressiva wirken auf verschiedene Nervenbotenstoffe. Die Serotoninwiederaufnahmehemmer erhöhen die Konzentration von Serotonin. Aus dieser Wirkstoffklasse liegen für Fluoxetin und Paroxetin Belege für eine Wirksamkeit vor. Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer erhöhen die Konzentration von Serotonin und Noradrenalin. Aus dieser Wirkstoffklasse liegen für Duloxetin Wirksamkeitsnachweise vor.

Andere Psychopharmaka: Es liegen Nachweise einer fehlenden Wirksamkeit von Beruhigungs- bzw. angstlösenden Mitteln (sog. Tranquilizer) und von Nervendämpfungsmitteln (Neuroleptika) vor. Auch wegen der Nebenwirkungen dieser Medikamente wird von einem Gebrauch zur Behandlung des FMS abgeraten.

Nervenschmerzmittel: Es liegen Hinweise für die Wirksamkeit von einem Medikament (Pregabalin) vor, welches zur Behandlung von Nervenschmerzen und epileptischen Anfällen eingesetzt wird.

Entzündungshemmende Schmerzmittel (nichtsteroidale Antirheumatika NSAR) werden häufig beim FMS eingesetzt. Es liegen jedoch keine Nachweise ihrer Wirksamkeit vor. NSAR sind wirksam bei der Behandlung von Schmerzen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder Arthrose. Es liegen auch keine Nachweise zur Wirksamkeit von Acetylsalicylsäure (Aspirin), Paracetamol oder Metamizol vor. Der Gebrauch der genannten Schmerzmittel wird nicht empfohlen.

Opiodhaltige Schmerzmittel: Es liegen nur Wirksamkeitsnachweise für Tramadol (als Einzelwirkstoff oder in Kombination mit Paracetamol) vor, welches gleichzeitig Eigenschaften eines Antidepressivums hat. Für andere Opioide (Tilidin/Naloxon, Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl) liegen keine Nachweise einer (Nicht-) Wirksamkeit vor. Daher und auf Grund der Nebenwirkungen von Opioiden wird nur der Gebrauch von Tramadol empfohlen.

Muskelentspannende Mittel (Muskelrelaxantien): Es liegen keine Nachweise einer (Nicht-) Wirksamkeit vor. Der Gebrauch wird beim FMS nicht empfohlen.

Lokale Injektionen: Von der lokalen Injektion (z. B. in Tender Points) von Lokalanästhetika (örtliche Betäubungsmittel) oder entzündungshemmenden Mitteln wird wegen fehlendem Wirksamkeitsnachweis und möglichen Nebenwirkungen abgeraten.

Physikalische Maßnahmen

Ganzkörperwärmetherapie: Es liegen Hinweise für eine Wirksamkeit von (Bio-)Sauna, Warmwannenbädern und Thermalbädern vor.

Andere Maßnahmen: Es liegen keine Nachweise einer (Nicht-) Wirksamkeit von lokaler Wärmetherapie wie Fango, Infrarotherapie und Krankengymnastik. Die Datenlage

zur Kältekammertherapie ist für eine Empfehlung nicht ausreichend. Die Datenlage zu Massage, manueller Therapie (z. B. Osteopathie) und Akupunktur ist widersprüchlich. Daher wird der Gebrauch dieser Maßnahmen nur innerhalb eines multimodalen Therapiekonzeptes empfohlen.

Lymphdrainage: Die zeitlich befristete Anwendung von Lymphdrainage kann im Rahmen eines mehrere Therapieoptionen umfassenden Behandlungskonzeptes erwogen werden.

Ergänzende und alternative Maßnahmen

Homöopathie und vegetarische Kost: Es liegen Hinweise für eine Wirksamkeit vor. Ein Einsatz der genannten Maßnahme kann als ergänzende Maßnahme erwogen werden.

Andere Maßnahmen: Der zeitlich befristete Einsatz von Tai Qi und QiGong kann innerhalb multimodaler Therapiekonzepte erwogen werden. Für weitere komplementäre und alternative Maßnahmen liegen keine Nachweise einer (Nicht-)Wirksamkeit vor. Der Gebrauch komplementärer und alternativer Maßnahmen wird mit Ausnahme von Homöopathie und vegetarische Kost nicht empfohlen.

Zur Behandlung des FMS werden **nicht** empfohlen:

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS): Die Wirksamkeit der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) ist nicht durch Studien belegt. TENS sollte nicht eingesetzt werden. Der Einsatz von *hyperbarer Sauerstofftherapie und Hydro-Elektrotherapie* wird nicht empfohlen. *Nahrungsmittelergänzungsprodukte*: Es liegen Hinweise für einen möglichen Nutzen einiger Nahrungsmittelergänzungsprodukte (Chlorella pyreoidosa, Anthocyanidin) am Therapieende vor. Studien zu einem langfristigen Nutzen liegen nicht vor. Der Einsatz von Nahrungsmittelergänzungsprodukten wird nicht empfohlen.

Operative Verfahren

Quadrantenoperation: Die operative Lösung von „Verwachsungen“ an Akupunkturpunkten im Bereich von Tender Points widerspricht den aktuellen Erkenntnissen über die Ursachen und Krankheitsmechanismen des FMS. Erfolge dieser Behand-

lung wurden bisher nur von einer Arbeitsgruppe beschrieben. Daher wird von dieser Behandlungsmethode abgeraten.

Methodenreport: Warum und wie wurde die Kurzversion der Patientenleitlinie erstellt?

Warum Leitlinien? Zahlreiche Behandlungen werden beim FMS angeboten. Leitlinien sollen Patienten und Behandlern eine Orientierung im „Dschungel“ des Therapieangebotes geben. Sie sollen die Basis für eine gemeinsame Entscheidung von Patient und Arzt für Behandlungsmaßnahmen sein. Leitlinien sollen die Anwendung von wirkungsvollen Therapiemaßnahmen fördern und den Gebrauch von nicht-wirksamen bzw. nebenwirkungsreichen Behandlungsverfahren eingrenzen.

"Evidenz"-basierte Konsensleitlinien wie die wissenschaftliche Leitlinie zur Diagnose und Therapie des FMS werden von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) als höchste Entwicklungsstufe (S3) eingestuft. Sie beruhen auf einem nachvollziehbaren Prozess zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen, die den derzeit verfügbaren Stand des medizinischen Wissens aus veröffentlichten wissenschaftlichen Studien und den Erfahrungen von Experten und Patienten wiedergeben.

Grundlage der Kurzversion der Patientenleitlinie: Als Basis für die Patientenleitlinie diente die Kurz- und Langfassung der wissenschaftlichen Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des FMS. An der Erstellung dieser Patientenleitlinie waren Margit Settan und Eva Felde für die Deutsche FibromyalgieVereinigung und Edeltraud Kühn und Ulrike Eidmann von der Deutschen Rheuma-Liga beteiligt, die auch als Patientenvertreter an den Konsensuskonferenzen in Berlin und Heidelberg teilgenommen haben, beteiligt. Dr. med. Winfried Häuser (Saarbrücken) unterstützte die Erstellung der Patientenleitlinie.

Zusammensetzung der Teilnehmer bei der wissenschaftlichen (für Ärzte und Psychologen) Version der FMS – Leitlinie: Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte durch die beteiligten Gesellschaften. Als Auswahlkriterien bei den Behandlern waren Erfahrung mit dem FMS in Therapie und/oder Forschung. Bei den Ärzten wurde sowohl die "hierarchische Stellung" (Assistenzärzte, Oberärzte, Chefärzte, Universitätsprofessoren), die Versorgungsstufe (niedergelassene Ärzte, Rehabilitationsärzte,

Ärzte in der Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Universitätsmedizin) als auch ihre Schlüsseldisziplin berücksichtigt.

Angewandte Methodik

Für die Erstellung von Leitlinien ist ein kompliziertes und aufwändiges Verfahren notwendig, das sehr sorgfältig den aktuellen Stand des medizinischen Wissens ("Evidenz") und die Erfahrungen der behandelnden Ärzte sowie der Patienten berücksichtigt. Der Stand des medizinischen Wissens bis Dezember 2006 wurde bei der Erstellung der Leitlinie berücksichtigt.

Leitlinien sollen bei der Erstellung des individuellen Therapieplanes mit herangezogen werden. Dazu können die Betroffenen selbst beitragen, indem sie den Inhalt der Leitlinien zumindest schwerpunktmäßig kennen (oder wissen, wo man sie nachlesen kann) und sich somit ein Bild von dem Verfahren der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in Handlungsempfehlungen für Ärzte machen.

Die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung und die Deutsche Rheuma-Liga halten zahlreiche Materialien zum Fibromyalgiesyndrom bereit. Diese und weitere Informationen erhalten Sie bei :

Korrespondenzadresse / Informationen für Patienten:

Deutsche Rheuma-Liga

Maximilianstr. 14

53111 Bonn

Tel: 0228 - 76 60 6-0

Fax: 0228 - 76 60 6-20

E-Mail: bv@rheuma-liga.de

Homepage: www.rheuma-liga.de

Deutsche Fibromyalgie Vereinigung

Postfach 1140

74741 Seckach

Tel.: 06292 - 92 87 58

Fax: 06292 - 92 87 61

E-mail: info@fibromyalgie-fms.de

Homepage: www.fibromyalgie-fms.de/

Erstellungsdatum: 07.06.2008

Letzte Überarbeitung: 21.07.2008

Nächste Überprüfung geplant: 6/2011