

Schmerz 2017 · 31:197–199  
 DOI 10.1007/s00482-017-0219-9  
 Online publiziert: 10. Mai 2017  
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published  
 by Springer Medizin Verlag GmbH - all rights  
 reserved 2017



W. Häuser<sup>1</sup> · E. Kühn<sup>2</sup> · B. Wolf<sup>3</sup> · M. Nothacker<sup>4</sup> · F. Petzke<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Klinik Innere Medizin I (Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten, Psychosomatik), Klinikum Saarbrücken gGmbH, Saarbrücken, Deutschland

<sup>2</sup> Deutsche Rheuma-Liga, Ellwangen, Deutschland

<sup>3</sup> Deutsche Fibromyalgie Vereinigung, Seckach, Deutschland

<sup>4</sup> AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität, Marburg, Deutschland

<sup>5</sup> Schmerzmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

## 12 Jahre S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom – ein nie endender Krieg?

In diesem Themenheft finden Sie die zweite Aktualisierung der S3-Leitlinie zum Fibromyalgiesyndrom (FMS). Im Editorial zur ersten Version dieser Leitlinie – „Fibromyalgiesyndrom: Leitlinie zu einer Fiktion?“ – haben wir im Jahr 2008 auf die Kontroversen zwischen den Wissenschaftlern, Klinikern und Betroffenen hingewiesen [4]. Dr. Wolfe (USA), der Erstautor der derzeit am meisten verwendeten Klassifikations- und Diagnosekriterien des FMS, hat im Jahr 2009 in einem Editorial im *Journal of Rheumatology* mehrere „Fibromyalgia wars“ beschrieben, in deren Zentrum immer auch die Legitimität der Krankheitserfahrung der betroffenen Patientinnen und Patienten steht [12]. Oder sind die „Kriege“ tatsächlich beendet und wir sollten dem „Frieden“ eine Chance geben, wie Dr. Harth in einem Gegeneditorial im *Journal of Rheumatology* schrieb [7]? Im Folgenden ziehen die Autorinnen und Autoren eine Bilanz über 12 Jahre S3-Leitlinie FMS und beantworten die Frage aus ihrer jeweiligen Perspektive.

### Sicht der Deutschen Fibromyalgie Vereinigung und der Deutschen Rheuma-Liga

Seit der Erstellung der ersten Version der Leitlinie im Jahr 2008 sind neun Jahre der Hoffnung auf Akzeptanz ins Land gezogen. Doch leider muss aus unserer Sicht festgestellt werden, dass es diese Akzeptanz, vor allen Dingen in den länd-

lichen Bereichen, immer noch nicht ausreichend gibt. Noch immer werden Betroffene als Hypochonder und Faulenzer abgestempelt. Noch immer weigern sich viele Ärzte, Fibromyalgie als Krankheit anzuerkennen. Allerdings hat gerade bei diesem Punkt die bloße Existenz der Leitlinie eine Verbesserung der Situation erreicht.

Überraschend ist, dass weiterhin viele Ärzte keine Kenntnis von der Existenz der Leitlinie haben. Leider zeichnet sich ein Trend ab, dass für viele Hausärzte und Rheumatologen der Aufwand zu groß ist, die Diagnose FMS zu stellen. Sie sind bereit zur Weiterbehandlung, fordern aber die Betroffenen auf, sich vorher von anderer Stelle die Diagnose FMS stellen zu lassen. Weiterhin berichten viele Betroffene, dass internistische Rheumatologen zwar die Diagnose stellen, die weitere Behandlung aber ablehnen und auf Schmerztherapeuten verweisen.

Auf der anderen Seite stellen wir aber eine deutliche Qualitätsverbesserung bei der Patientenversorgung, vor allem in Kliniken, die sich der Fibromyalgie angenommen haben, fest. So wurde mit der multimodalen Schmerztherapie, die in vielen Kliniken angeboten wird, eine wichtige Verbesserung erzielt. Auch wird uns von unseren Mitgliedern berichtet, dass es bei der Genehmigung dieser Therapie durch die meisten Krankenkassen kaum Probleme gibt. Die Aufwertung des Funktionstrainings als „starke Empfehlung“ in der Aktualisierung von 2012

[11] hat erfreulicherweise zu einer breiteren Verschreibungspraxis geführt. Die Rückmeldungen der Betroffenen zeigen, dass die meisten Krankenkassen die Verschreibung von Funktionstraining problemlos akzeptieren.

Erfreulich ist auch, dass die neue Leitlinie die Behandler explizit animiert, Betroffene auf Broschüren und Internetseiten ausgewählter Selbsthilfeorganisationen hinzuweisen.

### Sicht der AWMF

Die AWMF begleitet Leitlinienprojekte methodisch und durch unabhängige Moderation der strukturierten Konsensfindung. Kontroversen über Diagnosestellung und Therapiemöglichkeiten sind bei diesen Prozessen nichts Ungewöhnliches. Dabei bestehen nicht selten bei der Beurteilung der Studienevidenz Interpretationsspielräume, die verschiedene Schlussfolgerungen zulassen – je nach Werturteil. Dies ist die Rationale für die Option auf sogenannte Sondervoten, die von einzelnen Fachgesellschaften gut begründet auch entgegen einem bestehenden Konsens eingebracht werden können. Sondervoten bilden demzufolge wissenschaftlich mögliche Heterogenität ab. In dieser Leitlinie finden sich zur Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen, aber auch zu zwei therapeutischen Verfahren Sondervoten.

Was bei der vorliegenden Leitlinienaktualisierung zum FMS sehr positiv her-

vorzuheben ist, ist im Unterschied zur Diagnosevergabe die große Einigkeit in Bezug auf das therapeutische Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen. Die Nutzer finden so in einer Leitlinie alle wichtigen Fragestellungen abgebildet.

Die AWMF unterstützt mit Nachdruck die Evaluation der Umsetzbarkeit und Umsetzung von Leitlinienempfehlungen. Für diese Leitlinie wäre auch eine qualitative Evaluation in Bezug auf die Diagnosevergabe denkbar und sinnvoll.

## Sicht der Deutschen Schmerzgesellschaft

Die Kontroversen um die Sinnhaftigkeit der Diagnose „FMS“ sind auch für diese dritte Auflage der Leitlinie nicht mit allen Gebieten der Medizin beendet. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) beteiligte sich nicht an den beiden Aktualisierungen der Leitlinie, weil ihr Vertreter in der Steuergruppe der ersten Fassung der Leitlinie den Gebrauch der Diagnose im Kontext der Hausarztmedizin ablehnt [5]. Bei der vorliegenden Aktualisierung schieden vier Vertreter der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie aus der Leitliniengruppe aus, weil sie nicht mit der Verwendung der Diagnose FMS bei Kindern und Jugendlichen einverstanden waren, aus Sorge um einen negativen Einfluss der Diagnose auf die Betroffenen bei günstigerer Prognose in dieser Patientengruppe im Vergleich zu Erwachsenen [2]. Mit den psychologischen, psychosomatischen und psychiatrischen Fachgesellschaften besteht dagegen weiterhin Konsens über die Benutzung des Diagnosecodes, auch bei Kindern und Jugendlichen, mit Überlappungen und Unterschieden zu somatoformen und anderen psychischen Störungen. Der starke Konsens über das biopsychosoziale Modell des FMS beinhaltet sowohl die Akzeptanz psychosozialer Krankheitsfaktoren (belastende Lebensereignisse, Trauma, Depression) durch die Patienten und Vertreter der „somatischen“ Fächer als auch die Akzeptanz biologischer Krankheitsfaktoren (z. B. chronisch-entzündliche rheumatische Erkrankungen) durch die „psychosozialen“ Fächer.

Die öffentliche Akzeptanz der Erkrankung hat weiter zugenommen, wie Fernsehbeiträge in öffentlich-rechtlichen Programmen und die Patienteninformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin [1] zeigen.

Leider konnte die im Jahr 2012 angekündigte Evaluation der Leitlinie mit der Frage, ob sich die Verschreibungspraxis von Medikamenten, physikalischen Therapien und Psychotherapie geändert hat, nicht durchgeführt werden. Eine solche Evaluation wäre nur mit Daten der Krankenkassen möglich gewesen. Die geplante Studie mit der BEK/GEK konnte nicht realisiert werden. Ein Grund hierfür kann die bis heute zögerliche Anwendung der ICD-Codierung des FMS im klinischen Alltag sein, mit Prävalenzraten bei BEK/GEK-Daten von 0,3% [8] im Gegensatz zu Prävalenzraten von bis zu 2,1% bei Befragungen der allgemeinen Bevölkerung [13]. Die Diskrepanz zwischen administrativen und epidemiologischen Prävalenzraten deckt sich mit der Wahrnehmung der Patientenvertreter, dass viele Ärzte den Diagnosecode „Fibromyalgie“ nicht verwenden bzw. nicht anerkennen. Für die Krankenkassen können die geringe Prävalenzrate und die höheren Kosten bei anderen Erkrankungen ein Grund gewesen sein, zunächst andere Prioritäten in der Versorgungsforschung zu setzen, z. B. „biologicals“ bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen [3].

Es ist zu begrüßen, dass es weiter wissenschaftliche Kontroversen (keine Kriege) über das FMS gibt, da sie ja den wissenschaftlichen Fortschritt signalisieren können. Die erste Publikation zu pathologischen Befunden an den kleinen Nervenfasern („small fibers“) bei FMS-Patientinnen stammt aus Deutschland [9]. Das vorliegende Themenheft enthält die erste Übersichtsarbeit zu dem Thema mit einer kritischen Würdigung der Befunde [10].

Die Methodik der Leitlinienerstellung wurde weiterentwickelt. Der Interdisziplinarität der Deutschen Schmerzgesellschaft wurde durch die Erweiterung der Leitliniengruppe um Vertreter der Ergotherapeuten, Pflegewissenschaften und Pharmazeuten Rechnung getragen. Die erste Version der Leitlinie stützte

ihre Empfehlungen auf eine qualitative Analyse von randomisierten klinischen Studien (RCT). Die erste Aktualisierung führte eigene Metaanalysen von RCT durch. Die wachsende Zahl von RCT und systematischen Übersichtsarbeiten führte dazu, dass bei der zweiten Aktualisierung überwiegend systematische Übersichtsarbeiten von RCT berücksichtigt wurden [6]. Die Summe der Evidenz zum FMS hat damit mittlerweile ein echtes Gewicht.

Dieses Gewicht ist Chance und Verpflichtung zugleich, für Behandler in gleicher Weise wie für Betroffene. Nach 12 Jahren Leitlinie wird immer deutlicher, dass eine einzelne Maßnahme wenig bewirken wird, sei sie ein Medikament, eine physiotherapeutische oder physikalische Behandlung oder ein therapeutisches Gespräch. Sowohl das Behandeln als auch das Behandeltwerden ist harte Arbeit. Deshalb werden sich die an der Leitlinie beteiligten Selbsthilfeorganisationen und Fachgesellschaften weiter für eine Verbreitung der Leitlinie einsetzen. Aus unserer Sicht bildet die Leitlinie einen realistischen und konstruktiven Umgang mit dem FMS ab, sie schildert Möglichkeiten der Versorgung und des Selbstmanagements. Ziel ist dabei, eine aktive soziale Teilhabe der Betroffenen zu erhalten – ein Auftrag und Anspruch, dem sich Behandler und Betroffene in gleicher Weise stellen sollten.



W. Häuser

Für die Autorinnen und Autoren

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. W. Häuser**

Klinik Innere Medizin I (Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten, Psychosomatik), Klinikum Saarbrücken gGmbH  
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken, Deutschland  
whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

**Interessenkonflikt.** Die Interessenkonflikte der Autoren sind im Methodenreport der Leitlinie (6) aufgeführt.

Literatur

1. Ärztliches Zentrums für Qualität in der Medizin (2017) Fibromyalgiesyndrom. 2. Auflage. [www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/.../fibromyalgiesyndrom-kip.pdf](http://www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/.../fibromyalgiesyndrom-kip.pdf). Zugriffen: 10. März 2017
2. Draheim N, Ebinger F, Schnöbel-Müller E, Wolf B, Häuser W (2017) Definition, Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen und des (sog.) Fibromyalgiesyndroms bei Kindern und Jugendlichen. Aktualisierte Leitlinie 2017. Schmerz. doi:10.1007/s00482-017-0208-z
3. Grandt D, Schubert I (2016) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 39. Barmer GEK Arzneimittelreport 2016. <https://www.barmer.de/blob/36730/.../data/pdf-arzneimittelreport-2016.pdf>. Zugriffen: 20. März 2017
4. Häuser W (2008) Fibromyalgiesyndrom – Leitlinie zu einer Fiktion? Schmerz 22:239–240
5. Häuser W, Bernardy K, Wang H, Kopp I (2012) Methodenreport. Schmerz 26:232–246
6. Häuser W, Nothacker M (2017) Methodenreport der Leitlinie 2017 zum Fibromyalgiesyndrom. Schmerz. doi:10.1007/s00482-017-0209-y
7. Harth M, Nielson W (2009) War is over. Give peace a chance (with apologies to the late John Lennon). JRheumatol 36:2837–2838
8. Marschall U, Arnold B, Häuser W (2011) Behandlung und Krankheitskosten des Fibromyalgiesyndroms in Deutschland. Eine Analyse der Daten der Barmer Ersatzkasse des Jahres 2008–2009. Schmerz 25:402–410
9. Üçeyler N, Zeller D, Kahn AK, Kewenig S, Kittel-Schneider S, Schmid A, Casanova-Molla J, Reiners K, Sommer C (2013) Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. Brain 136:1857–1867
10. Üçeyler N, Burgmer M, Friedel E, Greiner W, Petzke F, Sarholz M, Schiltenswolf M, Winkelmann A, Sommer C, Häuser W (2017) Ätiologie und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms. Aktualisierte Leitlinie 2017 und Übersicht von systematischen Übersichtsarbeiten sowie eine Übersicht über Studien zur Kleinfaserpathologie bei Subgruppen des FMS. Schmerz. doi:10.1007/s00482-017-0202-5
11. Winkelmann A, Häuser W, Friedel E, Moog-Egan M, Seeger D, Settan M, Weiss T, Schiltenswolf M, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2012) Physiotherapie und physikalische Verfahren beim Fibromyalgiesyndrom. Schmerz 26:276–286
12. Wolfe F (2009) Fibromyalgia wars. J Rheumatol 36:671–678
13. Wolfe F, Brähler E, Hinze A, Häuser W (2013) Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. Arthritis Care Res (Hoboken) 65:777–785

Casser, H.-R., Hasenbring, M., Becker, A., Baron, R. (Hrsg.)  
**Rückenschmerzen und Nackenschmerzen**

Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung

Berlin Heidelberg: **Springer-Verlag** 2016, 1. Auflage, 653 S., 238 Abb., (ISBN: 978-3-642-29774-8), Hardcover 99,99 EUR



Das vorliegende, 653 Seiten umfassende Werk stellt das 1. interdisziplinäre Buch dieser Art zur Thematik des Rücken- und Nackenschmerzes dar. Bemerkenswert

ist die Zusammenstellung der Herausgeber, die sich aus der Orthopädie, der Psychologie, der Allgemeinmedizin und der Neurologie rekrutieren. Die vorgenannten Herausgeber finden sich dann auch in ihren Spezialgebieten in den jeweiligen Kapiteln ihrer Fachgebiete wieder. Ergänzt wird das Buch jedoch durch viele bekannte Autoren, deren Beiträge dem Buch einen hochwertigen Charakter verleihen.

Von Seiten des Inhaltes beschäftigt sich das Buch mit sehr vielfältigen Thematiken und geht nicht nur auf die wichtigen Themen der Therapie des Rücken- und Nackenschmerzes ein. Vielmehr wird die Pathogenese ausführlich dargestellt und diskutiert. Des Weiteren finden sich Artikel zu den gängigen Versorgungspfaden des lumbalen, chronischen Rückenschmerzes. Neben der Diagnostik finden sich auch ausführliche Beschreibungen zur Psychoedukation und Patientenperspektive. Die Behandlung nimmt den größten Raum des Buches ein. Hier werden zunächst allgemeine ausführliche Beiträge zu der medikamentösen Therapie wie auch den balneophysikalischen Therapiemaßnahmen dargestellt. Ergänzt wird dies durch interventionelle Therapiemöglichkeiten und schlussendlich auch der operativen minimalinvasiven Verfahren.

Das Buch beschäftigt sich auch mit den Themen der konservativen Therapiemöglichkeiten, wie der Akupunktur und der Multimodalen Schmerztherapie. Gezielt wird dann in einzelnen Kapiteln auf spezielle Krankheitsbilder wie z.B. Osteoporose, Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Spondylodiszitis u.a. eingegangen. Das Buch schließt mit dem Management des Schmerzpatienten mit sehr

lesenswerten Hinweisen zur Begutachtung der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule.

Das Werk ist, soweit dies im Rahmen der Thematik möglich ist, reich bebildert und mit sinnvollen Tabellen und Verfahrensanweisungen versehen, die jeweils in farblichen Abhebungen markiert sind. Hervorzuheben ist auch, dass hinter dem Anschluss an jedes Kapitel ein „Fazit für die Praxis“ resultiert. Weiterhin sei zu erwähnen, dass die Autoren eines jeden Kapitels eine umfangreiche Literaturübersicht zusammengestellt haben, so dass der interessierte Leser sich weit über die hier bereits erschöpfend besprochenen Themen an anderer Stelle informieren kann. Zusammengefasst darf festgestellt werden, dass es sich bei dem hier vorliegenden Buch um ein zukünftiges Standardwerk handelt, das den verschiedenen Disziplinen, welche sich mit dem Rücken- und Nackenschmerz befassen, eine wertvolle Hilfe darstellen wird, um einerseits die Kenntnis zu dieser umfangreichen Problematik zu erweitern und andererseits praktische Tipps für den Alltag zu erhalten.

Somit halte ich dieses Buch für absolut lesenswert, so dass es im Archiv des aktiv tätigen Wirbelsäulentherapeuten nicht fehlen sollte.

**Prof. Dr. Michael Rauschmann,  
 Frankfurt am Main**