Das Fibromyalgiesyndrom – FMS

Andreas Winkelmann, Stephanie Wetzel, Johanna Benischek, Hanna Lindemann

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS) ist eine chronische Schmerzerkrankung, die mit vielen verschiedenen Symptomen einhergeht. Die Diagnosestellung ist bei Fokussierung auf Einzelsymptome nicht einfach. Dementsprechend lange kann es dauern, bis Patienten adäquat behandelt werden. Entsprechende Fragebogen, Diagnosekriterien und die S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom unterstützen darin, das FMS zu erkennen und zu therapieren.

(Quelle: © CGInspiration – fotolia.com. Grafik: Prometheus. Grafiken: Voll M, Wesker K; aus: Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Innere Organe. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2018)

In Deutschland leiden derzeit circa. 1,7–3,1 Millionen Menschen an einem Fibromyalgiesyndrom (FMS). In der Studie von Wolfe et al. aus dem Jahre 2013 wird eine Geschlechterverteilung von Frauen zu Männern von etwa 4:3 angegeben [1], in klinischen Einrichtungen liegt das Verhältnis allerdings meist deutlich höher bei 8–12:1 [2].

Klinisches Bild

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS; lat: fibra = Faser; griechisch: mys = Muskel; algos = Schmerz; gesamt: Faser-Mus-

kel-Schmerz) ist ein chronisches Schmerzsyndrom mit vielen weiteren charakteristischen Symptomen weiterhin unklarer Ätiologie.

Das FMS ist mit Faser-Muskel-Schmerz sicher nicht ausreichend charakterisiert. Typisch für das Krankheitsbild sind die bei über 97 Prozent aller Patienten zu findenden Kernsymptome: chronische generalisierte Schmerzen in mehreren Körperregionen, Schlafstörungen oder nicht erholsamer Schlaf sowie Müdigkeit oder körperliche und/oder geistige Erschöpfungsneigung (Fatigue). Des Weiteren

können viele unterschiedliche vegetative Symptome, zum Beispiel kalte Hände/Füße, trockene Schleimhäute, vermehrtes Schwitzen und funktionelle Beschwerden (Organbeschwerden ohne erklärende pathologische Strukturveränderungen) die Betroffenen quälen. Typischerweise sind diese Beschwerden in den unterschiedlichen Körperregionen vom Beschwerdecharakter und von der Intensität her häufig wechselnd, meist ohne einen ersichtlichen Auslöser.

Pathologische oder gefährliche Strukturveränderungen sind nicht zu finden. Erfreulich für die Patienten ist, dass sie mit geeigneter Information nicht befürchten müssen, wegen immobilisierenden Schmerzen im Rollstuhl zu landen oder gar früher zu sterben. Allerdings kann für diese chronische Schmerzerkrankung in der Regel keine Heilung, höchstens eine Verbesserung eingeschränkter Funktionsfähigkeit und Lebensqualität in Aussicht gestellt werden.

Geschichtlicher Überblick

Aufgrund der Namensgebung könnte man meinen, dass das FMS eine neue Erkrankung ist. Erst 1976 wurde die Krankheit als „Fibromyalgie“ beziehungsweise als „Fibromyalgiesyndrom“ benannt [3]. Das FMS wurde 1987 von der American Medical Association (AMA) und 1990 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Erkrankung anerkannt sowie 1992 in die Internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) im Kapitel der nicht-artikulären rheumatischen Erkrankungen mit unbekannter Ätiologie unter dem ICD-10-Code M79.0 aufgenommen. Der aktuelle ICD-10-Code lautet inzwischen M79.70.

Die Antike

Die Geschichte der Schmerzmedizin und die Beschreibung generalisierter Schmerzen, wie sie beim FMS vorliegen, gehen allerdings zumindest bis in die Antike zurück. Der griechische Arzt Theophrastus (372 bis 287 v. Chr.), ein Aristoteles-Schüler, beschrieb generalisierte Schmerzen in Muskeln oder Sehnen und bezeichnete dabei die spezielle Wesensart als „Mattheit“. Damals waren damit bereits die wichtigsten Charakteristika des FMS aufgeführt.

Die letzten beiden Jahrhunderte

In der neueren Zeit der letzten zwei Jahrhunderte wurden entzündete Fasern, eine Muskelpathologie oder psychischer Rheumatismus als hypothetische Ursachen der heute mit FMS beschriebenen Erkrankung genannt, die aber aufgrund der Studienergebnisse im 20. Jahrhundert nicht bestätigt werden konnten.

Das FMS wird, wie Yunus schon in den 1980er Jahren formulierte [4], nicht als Ausschlussdiagnose verstanden, sondern als eine Erkrankung, die anhand der Gesamtheit der charakteristischen Symptome klinisch gestellt wird. Dieses Vorgehen kann mit den ACR 2010 Kriterien (ACR = American College of Rheumatology), die „vorläu-

fige Diagnosekriterien“ genannt werden, besser verstanden werden [5].

Das 21. Jahrhundert

Der Beginn des 21. Jahrhunderts kann für das Krankheitsbild FMS als Zeit der Neurowissenschaften und Genetik angesehen werden. Ergebnisse geben zumindest Subgruppen der Patienten mit FMS Hoffnung, eine gezielte Therapie zu erhalten. Aufgrund der Entwicklung neuer Diagnostik mit der funktionellen Kernspintomografie (MRT) konnte 2002 eine veränderte Schmerzwahrnehmung bei Patienten mit FMS sichtbar gemacht werden [6]. Ein verbessertes Verständnis für das chronische Krankheitsbild kann zusammen mit weiteren teils überlappenden chronischen Krankheitsbildern ohne nachgewiesene spezifische Strukturpathologie gegebenenfalls das von Yunus im Jahre 2007 veröffentlichte Konzept der „Zentralen Sensitivierung“ bieten [7].

Anhand von funktionellen Kernspinaufnahmen wurde eine veränderte Schmerzwahrnehmung bei Patienten mit FMS nachgewiesen [6].

Verminderte antiinflammatorische und vermehrte proinflammatorische Zytokinprofile bei Patienten mit FMS wurden beschrieben [8][9]. Sie sind gegebenenfalls auch auf die bekannten und für diese Patienten typischen Schlafstörungen mit EEG-Veränderungen [10] (Alpha- statt Delta-Wellen in NREM-Schlafphasen) zurückzuführen [11]. Eine verminderte Stressbelastbarkeit resultiert eventuell aus den typischen Schlafstörungen mit nicht-erholsamem Schlaf und der daraus folgenden gesteigerten Erschöpfbarkeit. Ein verbesserter Umgang mit Stress und Schmerz kann zu besserem Schlaf und umgekehrt führen. Deshalb sind therapeutische Ansätze aus verschiedenen Therapiebereichen wie aerobes Ausdauertraining, Krafttraining, meditative Bewegungstherapien, verhaltensorientierte Psychotherapie/Entspannungstraining und medikamentöse Therapie jeweils einzeln und vor allem auch in Kombination so wichtig und erfolgreich, da sie diese Faktoren beeinflussen.

Neben den Veränderungen der zentralen Schmerzverarbeitung konnten in einigen Arbeitsgruppen, beginnend mit der Publikation von Üçeyler aus dem Jahr 2013 [12], Hinweise auf Veränderungen im peripheren Nervensystem (eine Verminderung der Small Fibres) bei einer Subgruppe von Patienten mit FMS gezeigt werden. Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde diskutiert, diese Patienten möglicherweise im Rahmen neuropathischer Erkrankungen einzuordnen.

I. Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt die folgenden Beschwerden in der letzten Woche bei Ihnen waren, in dem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

Tagesmüdigkeit ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Probleme beim Denken oder Gedächtnis ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Morgenmüdigkeit (nicht erholsamer Schlaf) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

0: Nicht vorhanden
1: Geringfügig oder mild ausgeprägt; im Allgemeinen gering und/oder gelegentlich auftretend
2: Mäßig oder deutlich ausgeprägt; oft vorhanden und/oder mäßige Intensität
3: Stark ausgeprägt: ständig vorhandene, lebensbeeinträchtigende Beschwerden

II. Wurden Sie in den letzten 6 Monaten durch eines der folgenden Symptome geplagt?

Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch: ☐ Ja (1) ☐ Nein (0)

Depression: ☐ Ja (1) ☐ Nein (0)

Kopfschmerz: ☐ Ja (1) ☐ Nein (0)

III. Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen oder Berührungsempfindlichkeit in den unten aufgeführten Körperregionen hatten.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an, wenn diese Körperregion schmerzhaft oder druckempfindlich ist. Bitte bewerten Sie die rechte und linke Seite getrennt.

☐ Schulter, links
☐ Schulter, rechts

☐ Oberschenkel, links
☐ Oberschenkel, rechts

☐ Kreuz
☐ Oberer Rücken (Brustwirbelsäule)
☐ Nacken

☐ Hüfte, links
☐ Hüfte, rechts

☐ Unterschenkel, links
☐ Unterschenkel, rechts

☐ Oberarm, links
☐ Oberarm, rechts

☐ Kiefer, links
☐ Kiefer, rechts

☐ In keiner der genannten Körperregionen Schmerzen

☐ Unterarm, links
☐ Unterarm, rechts

☐ Brustkorb
☐ Bauch

IV. Waren die Beschwerden, die in den Fragen I–III aufgeführt sind, in der Regel in den letzten 3 Monaten vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

► **Abb. 1** Fibromyalgiesymptomfragebogen [18]. (Quelle: AWMF, DGSS, Hrsg. S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom Langfassung, 2. Aktualisierung, 2017. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-004l_S3_Fibromyalgiesyndrom_2017-12.pdf; Stand: 04.03.2019; graf. Umsetzung: Thieme Gruppe)

Begleitende Faktoren und Risikofaktoren

Folgende bio-psycho-sozialen Faktoren/Erkrankungen können als FMS assoziierte Faktoren beziehungsweise Risikofaktoren genannt werden [13]:

- biologische Faktoren: entzündlich-rheumatische Erkrankungen (wie zum Beispiel die rheumatoide

Arthritis), Genpolymorphismen des 5HT₂-Rezeptors (Serotonintransportergen, Serotoninsystem), Vitamin D Mangel

- Lebensstilfaktoren (diese können durch Verhaltensänderungen positiv beeinflusst werden): Rauchen, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität

- psychische Faktoren: körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Kindheit, sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter, depressive Störungen

Diagnostik

Ab 1990 wurde die Diagnose des FMS meist unter Anwendung der Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR) [14] gestellt. Allerdings erfüllte bis zu ein Viertel der Patienten, bei denen ein FMS diagnostiziert worden war, die ACR Klassifikationskriterien nicht [5]. Deshalb war es notwendig, neue Kriterien für die Diagnosestellung des FMS zu entwickeln. Wolfe et al. führten dafür im Jahr 2010 schließlich eine Multicenter Studie mit Patienten mit FMS und einer Kontrollgruppe mit Patienten, die an einer nicht-entzündlichen rheumatischen Erkrankung litten, durch. Hieraus wurden die vorläufigen Diagnosekriterien nach ACR 2010 entwickelt [5].

Diagnosekriterien des FMS – ACR 2010 [5]

Die Diagnosekriterien sind erfüllt, wenn die folgenden drei Bedingungen vorhanden sind:

1. Widespread Pain Index (WPI) ≥ 7 und Symptom Severity (SS) Scale Score ≥ 5 oder WPI 3–6 und SS ≥ 9
2. Die Symptome bestehen in ähnlicher Intensität seit mindestens drei Monaten.
3. Der Patient leidet nicht an einer anderen Krankheit oder Störung, die die Beschwerden und Schmerzen erklärt.

In der ursprünglichen ACR 2010 Version wurde eine Vielzahl vegetativer und funktioneller Symptome abgefragt und bezüglich Anzahl und Stärke bewertet. Da dies jedoch für den klinischen Alltag zu umfangreich war, wurde eine vereinfachte Symptomabfrage (drei Symptome stellvertretend) entwickelt, die eine ähnliche Zuverlässigkeit wie die ursprüngliche Version zeigte (► **Abb. 1**; Abschnitt II.). Um die modifizierten und sogenannten „vorläufigen Diagnosekriterien ACR 2010, 2011 modifizierte Kriterien“ [15] zu erfüllen, ist die Angabe von mindestens 7 Schmerzorten an 19 möglichen Lokalisationen des „Widespread Pain Index“ (WPI) (► **Abb. 1**; Abschnitt III.) [15][16] und zusätzlich ein Score der Symptom Severity Scale von ≥ 5 von maximal 12 Punkten (► **Abb. 1**; Summe Abschnitte I. und II.) nötig. Die Kriterien sind auch erfüllt, wenn an 3–6 definierten Regionen (WPI) Schmerzen auftreten und eine Symptomschwere von ≥ 9 vorliegt. Somit wird die Diagnose Fibromyalgiesyndrom vergeben bei Vorliegen von WPI ≥ 7 und SS ≥ 5 oder WPI 3–6 und SS ≥ 9 [5]. Vorausgesetzt wird, dass auch der Abschnitt IV des FMS-Symptomfragebogens mit „Ja“ beantwortet wird oder die Beschwerden im WPI (I.) und SS (II. + III.) zumindest die letzten drei Monate ähnlich vorhanden waren.

Nach der Fibromyalgie Leitlinie sollen folgende diagnostische Schritte vor der Vergabe der Diagnose Fibromyalgiesyndrom durchgeführt werden [17][18]:

- Ausfüllen einer Schmerzskizze und des Fibromyalgiesymptomfragebogens
- explizite Exploration weiterer Kernsymptome (u. a. Müdigkeit, Schlafstörungen)
- vollständige medizinische Anamnese (u. a. Abfrage psychiatrischer Erkrankungen und Behandlungen), vollständige Medikamentenanamnese
- vollständige körperliche Untersuchung (inkl. der Haut sowie des neurologischen und orthopädischen Befunds)
- Labor: kleines Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, Kreatinkinase, Kalzium, TSH, 25-OH-Vitamin D
- nur bei Verdacht auf andere Pathologien als Ursache für die Symptomatik ist weitere Diagnostik zu veranlassen

Vereinfacht wird der Prozess der Diagnosestellung folgend in ► **Abb. 2** dargestellt.

Trotz vorhandener Leitlinien und vereinfachter Kriterien zur Diagnosestellung berichten Patienten noch häufig über

einen langen Weg bis zur Diagnosestellung, was unter anderem hohe Kosten für das Gesundheitssystem mit sich bringt und mit einer Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Nach Diagnosestellung können sowohl Kosten gesenkt als auch die Lebensqualität gebessert werden [20][21][22]. Deswegen ist eine rasche leitlinienbasierte Diagnosestellung mit Erfassung von Funktions- und Aktivitätseinschränkungen wichtig, um eine leitliniengerechte und auf die individuelle Situation und Begleiterkrankung abgestimmte Therapiekonzept zu erstellen und zu starten.

Therapieansätze beim Fibromyalgiesyndrom

Bei den allgemeinen Behandlungsgrundsätzen nach der Leitlinie [23] steht an erster Stelle, die Betroffenen über die Erkrankung zu informieren. Unter Berücksichtigung der Patienten-Präferenzen, der Begleiterkrankungen sowie bisheriger Therapien soll eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Betroffenen über realistisch erreichbare Ziele und die Anwendung verschiedener Therapieoptionen erfolgen. Realistisches Ziel ist eine Verbesserung der Funktion und Lebensqualität, nicht jedoch Schmerzfreiheit. In Abhängigkeit vom Schweregrad des FMS oder von den vorhandenen Aktivitätseinschränkungen wird eine stufenweise Behandlung empfohlen. Dabei stehen individuell dosierte und auf längere Sicht selbstständig durchführbare Therapiemaßnahmen im Vordergrund.

Die Behandlung des FMS orientiert sich an der aktuellen S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom von 2017 [18]. Als wichtige Therapiesäulen werden hier physikalische Therapieverfahren wie zum Beispiel dosiertes Ausdauer-/Krafttraining, Balneo-/Hydrotherapie, meditative Bewegungstherapien (z. B. Qigong, Yoga, Feldenkrais) und kognitive-/Verhaltenstherapie für einen besseren Umgang mit den Beschwerden genannt. Medikamentöse Therapieoptionen sind oft begrenzt. Amitriptylin wird von Patienten mit FMS häufig in sehr geringer Dosierung als hilfreich für den Schlaf und teils auch für Schmerz empfunden. Je nach individueller Situation kann die Therapie abhängig von Aktivitätseinschränkungen und Begleiterkrankungen meist ambulant durchgeführt, teils auch teilstationär oder stationär notwendig werden. Bei verstärkten Aktivitätseinschränkungen wird ein multimodales Therapiekonzept empfohlen [24]. Als wichtigster Zielparameter sollen die Lebensqualität und die Funktionsfähigkeit für Alltagsaktivitäten fokussiert, erhalten und optimiert werden.

Die S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom empfiehlt bei einer schweren Ausprägung des FMS eine multimodale Therapie [18].

► **Abb. 3** Wassergymnastik wird von der S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom empfohlen [18]. (Quelle: Rido/adobestock.com (Symbolbild))

► **Abb. 4** Funktionstraining wird von der Leitlinie vor allem bei Patienten empfohlen, die ein Übungsprogramm aufgrund kognitiver oder physischer Beeinträchtigungen nicht selbstständig durchführen können [18]. (Quelle: JackF/AdobeStock.com (Symbolbild))

Der Start oder die Optimierung eines regelmäßigen Trainings, oft beginnend in kleinen, möglichst leicht ausführbaren Schritten, kann psychoedukativ, im Rahmen eines ärztlich verordneten Funktionstrainings oder Rehasports sowie einer Physiotherapie als Einzeltherapie (KG kann bei Indikationsschlüssel CSa verordnet werden) unterstützt werden. Individuelle Anleitung zur Selbsthilfe fördert Selbstkompetenz, eigenverantwortliches Handeln, Akzeptanz und Lebensqualität. Die Betroffenen sollen in der Lage sein, die Strategien langfristig selbst und unabhängig durchzuführen.

Im Rahmen dieses Artikels wird insbesondere auf für Physiotherapeuten relevante Therapieverfahren inklusive psychoedukativer Handlungsstrategien eingegangen.

Physiotherapie, Ergotherapie, Physikalische Verfahren

Leitlinie FMS: starke positive Empfehlung [18][25]

Mit jeweils geringer bis mittlerer Intensität, in einer Frequenz von zwei bis dreimal pro Woche für mindestens eine halbe Stunde (zu Beginn gegebenenfalls auch in kürzeren Zeitintervallen):

- Ausdauertraining (zum Beispiel schnelles Spazierengehen, Walking, Fahrradfahren, Ergometertraining, Tanzen oder Aquajogging)
- Trocken- und Wassergymnastik (► Abb. 3, ► Abb. 4) (Kombination von aerobem Training, Flexibilitäts-, Koordinations- und Kräftigungsübungen), auch als Funktionstraining. Besonders, wenn aufgrund kognitiver oder physischer Beeinträchtigungen eine autonome, kontinuierliche Durchführung eines Übungsprogramms nicht oder noch nicht möglich ist, wird die Verordnung und Durchführung von Funktionstraining empfohlen.

Leitlinie: positive Empfehlung [18][25]

- Baden in mineralhaltigem Wasser
- Krafttraining mit geringer bis mäßiger Intensität

Leitlinie: offene Empfehlung [18][25]

- Vibrationstraining (Whole Body Vibration, Beschleunigungstraining, Schwingungstraining mit einer Vibrationsplatte)
- Muskeldehnung
- In der aktuellen Leitlinien-Version wurde der klinische Konsenspunkt ergänzt, dass Physiotherapie und Ergotherapie bei Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts zeitlich befristet erwogen werden können. Dabei kann die Physiotherapie über Anleitung zu einem dosierten Training und Vermittlung von Freude an Bewegung einen wichtigen Beitrag leisten.

Leitlinie: keine Empfehlung, aber Expertenempfehlung

Auch wenn in der Leitlinie keine Empfehlung für Physiotherapie bei FMS ausgesprochen wird, so kann Physiotherapie im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe vom Experten angeraten werden. Unter dem Indikationsschlüssel CSa wird dafür eine ärztliche Heilmittel-Verordnung (KG) ausgestellt. In der Therapie wird dabei für die verschiedenen Ziele ein Heimprogramm erarbeitet. Die Übungen werden kontrolliert und optimiert. Nicht hilfreich erscheint es dabei, wenn sich Therapeuten bei der Erarbeitung von Übungen durch die Patienten wegen häufig wechselnder Beschwerden, die typisch für ein FMS sind, zu sehr leiten lassen und damit (in der Regel unbewusst) Quantität vor Qualität bei den Übungen setzen.

Aufgrund der eigenen 20-jährigen klinischen Erfahrung bei der Behandlung von Patienten mit dem FMS kann außerdem festgestellt werden, dass für einige der Betroffenen auch eine Serie Manuelle Therapie bei teilweise begleitend auftretenden Funktionsstörungen der Wirbelsäule (segmentale Dysfunktionen in den verschiedenen Abschnitten der HWS, BWS, LWS oder SIG) oder der Gelenke (zum Beispiel der Schultergelenke bei teils fehlerhaltungsbedingtem Impingement) empfohlen werden kann. Hier handelt es sich dann um die Behandlung von Begleiterkrankungen oder einer begleitenden Funktionsstörung mit einem anderen ICD-10-Diagnoseschlüssel als M79.70 für FMS.

Weitere Expertenempfehlungen

Zu Thermotherapie gibt es viele Rückmeldungen von FMS-Betroffenen im Deutschen Fibromyalgie-Verbraucherreport [26][27], allerdings bisher keine ausreichende Evidenz für leitlinienbasierte Empfehlungen. Von den Patienten wird in der Regel Wärme als hilfreichste Therapie genannt [26][27]. Wegen geringer Gefahren und leicht umsetzbarer Selbstanwendung kann, soweit keine Kontraindikationen bestehen, lokale Wärme oder Wärme in vielen Körperregionen (Vollbad, Sauna, IR-Kabine) bei Bedarf ergänzend eingesetzt werden. Auch wenn im Verbraucherreport Kälte (zum Beispiel auch lokale Kälte) als häufig schädlich beurteilt wird, so kann mit einer Kälteanwendung, zum Beispiel Eiswickel oder kalte Güsse, im Rahmen eines multimodalen Therapieprogrammes in geschützter Umgebung und mit Anleitung oft eine positive Wirkung wahrgenommen werden.

Psychotherapie und psychologische Verfahren [18][28]

Eine starke Empfehlung gibt es nach aktueller Leitlinie FMS für Kognitive Verhaltenstherapie [28]. Diese soll bei FMS-Betroffenen bei maladaptiver Krankheitsbewältigung (Katastrophisieren, Vermeidungsverhalten, dysfunktionellen Durchhaltestrategien), bei relevanter Modulation der Beschwerden durch Alltagsstress und/oder interpersonellen Probleme und/oder komorbid psychischen Störungen durchgeführt werden.

Offene Empfehlungen nach Leitlinie („... kann erwogen werden“) gibt es für psychotherapeutisch eingesetzte Verfahren wie Biofeedback, Hypnose und geleitete Imagination.

Medikamentöse Behandlung [18][29]

Das von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagene Stufenschema zur Behandlung chronischer Schmerzen greift beim FMS nicht.

- Aufgrund möglicher Gefahren durch Nebenwirkungen gibt es in der aktuellen Leitlinienversion eine negative Empfehlung für NSAR.

- Eine stark negative Empfehlung gibt es für starke Opiate wegen möglicher Nebenwirkungen und eines Abhängigkeitsrisikos sowie fehlender analgetischer Effekte.
- Aufgrund fehlender Studien ist keine positive oder negative Empfehlung für Paracetamol und Metamizol möglich. Wegen relativ geringer Nebenwirkungsraten ist dies schon die beste Empfehlung, die für reine Analgetika ausgesprochen werden kann.
- Empfohlen wird der Einsatz von Amitriptylin in kleiner Dosis von 10–50 mg, früh am Abend (um möglichst wenig Überhang des dämpfenden Medikamentes zu haben). Dieses trizyklische Antidepressivum ist in Deutschland zur Behandlung chronischer Schmerzen im Rahmen eines Gesamttherapiekonzeptes zugelassen.
- Bei psychiatrischen Begleiterkrankungen, depressiven Störungen oder generalisierter Angststörung können ärztlich je nach Art der Beschwerden sowie Ansprechen auf die Medikation Duloxetine (soweit nicht ausreichend antidepressiv wirksam gegebenenfalls Quetiapin oder auch andere Antidepressiva) oder bei generalisierter Angststörung Pregabalin empfohlen werden.

Es ist zu betonen, dass bei allen Medikamentenempfehlungen, die in der aktuellen Leitlinie ausgesprochen wurden, mangels Studien mit längerem Beobachtungszeitraum stets die zeitliche Befristung und wiederholte Indikationsprüfung empfohlen werden.

Multimodale Therapie

Bei der leitlinienbasierten Feststellung, dass das bio-psycho-soziale Modell bezüglich Prädisposition, Auslösung und Chronifizierung zu beachten ist, erscheint es für chronifizierte Patienten mit FMS nur logisch, bei Aktivitätseinschränkungen auch eine multimodale Therapie einzusetzen. Diese ist definiert als eine Kombination aus mindestens einem körperlich aktivierenden Verfahren (Ausdauer-, Kraft-, Flexibilitätstraining) und mindestens einem psychotherapeutischen Verfahren (Patientenschulung und/oder Kognitive Verhaltenstherapie). Multimodale Therapie kann ambulant oder teilstationär/stationär in multidisziplinären Gruppentherapieprogrammen durchgeführt werden. Nach Leitlinie soll ein multimodales Therapieprogramm mindestens 24 Stunden umfassen [18][24].

Therapiemodule

Im Rahmen der mittlerweile 20-jährigen Erfahrung mit der Behandlung von Patienten mit FMS in vierwöchigen multimodalen Behandlungsprogrammen haben sich folgende ineinandergreifende Therapiemodule etabliert und können für viele Patienten als hilfreich beschrieben werden:

Über einen Zeitraum von 4 Wochen befinden sich die Teilnehmer von Montag bis Freitag ganztägig in der Klinik. Das

Programm umfasst insgesamt mehr als 100 Therapieeinheiten à 45–90 Minuten.

Folgende Therapiebereiche bilden die Bausteine unseres multidisziplinären Gruppen-Programms (Auflistung nach zeitlichem Einsatz von Therapiestunden):

- Physiotherapie (Kleingruppen 5–6 Pat., teils 10–12 Pat.)
- Psychologie (Kleingruppen 5–6 Pat., teils 10–12 Pat., Einzelsprechstunden)
- Ergotherapie (Kleingruppen 5–6 Pat.)
- Hydro- Balneotherapie (Kleingruppen 5–6 Pat.)
- Ärztliche Information und Beratung (meist 10–12 Pat., Einzelsprechstunden)

Inhalte der Physiotherapie

In den fast täglichen Physiotherapiestunden sind die übergeordneten Ziele:

- Erlangen von Selbst- und Gesundheitskompetenz
- bessere Schmerzbewältigung
- gesteigerte Ausdauer
- bessere Beweglichkeit und Koordination
- mehr Bewegungsfreude im täglichen Leben

Die Ziele werden in Gruppenstunden mit den Teilnehmern Schritt für Schritt erarbeitet.

Aufwärmen, spielerisches Bewegen, aktive Bewegung wie Gehen/Laufen, Dehn-, Mobilisierungs- und Koordinationsübungen, auch mit Musik, können als Inhalte genannt werden. Hierbei steht das gezielte Erlernen und individuelle Variieren einfacher und effektiver Übungen im Vordergrund. Die Teilnehmer sollen in der Lage sein, das Erlernte leicht in den Alltag integrieren zu können [30]. Somit kommt es zu einer allgemeinen Steigerung der physischen und psychischen Leistungsbereitschaft. Die Teilnehmer stimmen sich auf ihre Gruppe ein und werden für die nachfolgenden Bewegungsaufgaben sensibilisiert. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Erarbeiten von gezielten Stabilisations- und Gleichgewichtsübungen. Hierbei werden den Teilnehmern verschiedene Übungsgeräte für ein abwechslungsreiches und an die individuelle Fitness angepasstes Training, auch zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, vorgestellt. Für ein besseres Verständnis der körperlichen Funktionen werden die muskulären Zusammenhänge anschaulich mit Bildern erklärt. Kurze Theorieeinheiten vermitteln Kenntnisse zur Wirkung und Durchführung der angebotenen Übungen. Damit wird die Umsetzung unterstützt und versucht, Einstellungen und Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen [30]. Entspannung und Körperwahrnehmung unterstützen das Erreichen eines aktuellen und langfristigen Wohlbefindens, bewirken eine psychische und physische Gelöstheit und helfen dem Teilnehmer verkrampte Muskelpartien zu lösen [30]. Im Rahmen der Tagesklinik für Fibromyalgie arbeiten die Physiotherapeuten außerdem mit Techniken aus dem Tai Chi, Qigong (in der Leitlinie im Rahmen Komplementä-

ren Therapieverfahren empfohlen [31]) und der Progressiven Muskelrelaxation (PMR).

Durch oben genannte Maßnahmen soll es jedem Teilnehmer, unabhängig von seiner aktuellen körperlichen Verfassung, möglich sein, den Bewegungsapparat gezielt und regelmäßig im Alltag zu entlasten und zu unterstützen. Im Laufe der Tagesklinik werden die Teilnehmer folglich im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe angeleitet, um dann eigenverantwortlich und selbstständig Gesundheitsressourcen zu mobilisieren.

Inhalte der Psychotherapie

Im Rahmen der fast täglich stattfindenden Psychotherapiestunden sollen neue Wege und individuelle Möglichkeiten erarbeitet werden, auf den Schmerz Einfluss zu nehmen. Dies geschieht beispielsweise durch Aufmerksamkeitslenkung, Ressourcenarbeit und Strategien zur Stressbewältigung. Dabei wird darauf geachtet, realistische Veränderungsziele zu definieren und von Beginn an Verhaltensübungen im Alltag umzusetzen.

Inhalte der Ergotherapie

Das übergeordnete Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist es, die Selbstständigkeit der Patienten im Alltag zu erhalten oder zu fördern. Die Therapieinhalte lassen sich in die folgenden vier Themenbereiche gliedern:

- Fatigue-Konzept
- moderne Rückenschule und Gelenkschutzprinzipien
- Hilfsmittelberatung
- kreatives Arbeiten

Inhalte der Physikalischen Therapie

Im Bäderbereich erhalten die Patienten Hydro- und Balneotherapie: Bäder, Packungen, Elektrotherapie mit dem Schwerpunkt der Anleitung zur Selbsthilfe. Ziel ist neben der Entspannung auch, Erfahrungen mit verschiedenen Reizen zu machen und Thermotherapie unterschiedlich zu dosieren.

Inhalte der ärztlichen Informationsstunden

Über die ärztlichen Informations-Stunden und täglichen Visiten erhalten die Patienten Informationen über das Krankheitsbild, Therapieoptionen und im Rahmen von Einzelsprechstunden auch über optimierte individuelle Therapieeinstellungen, teils auch medikamentöse Einstellung. Außerdem wird für alle Tagesklinikpatienten eine ernährungsmedizinische Informationsstunde über Reizmagen/-darm und Ernährungsberatung angeboten.

Fazit

Bewegung und Physikalische Therapie sind wichtige Säulen in der Behandlung von Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. Auch wenn es beim Fibromyalgiesyndrom keine direkte Leitlinienempfehlung für Physiotherapie gibt, so können Physiotherapeuten über Anleitung zur Selbsthilfe und

mit evidenzbasierten Therapieinhalten wie aerobem Ausdauertraining, Krafttraining oder meditativen Bewegungstherapien einen wichtigen Beitrag für Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen leisten.

Danksagung

Allen im Therapeutenteam der Tagesklinik für Fibromyalgie, die in den nun 20 Jahren durch Ihren unermüdlichen Einsatz für die Unterstützung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Fibromyalgiepatienten gemeinsam die Seele der Tagesklinik gebildet haben und noch bilden, möchte ich auf diesem Wege sehr dafür danken. Besonders hervorheben möchte ich dabei den therapeutischen Leiter der Tagesklinik für Fibromyalgie, Martin Fischer, der die 20 Jahre Tagesklinik therapeutisch mitgeprägt hat und stets ein besonnener und inspirierender Co-Leiter ist. Außerdem danke ich meinen Koautoren zum Kapitel Multimodale Therapie sehr für Ihren Einsatz in der Tagesklinik und ihre Beiträge: Stephanie Wetzel (Physiotherapeutin), Johanna Benischek (Ergotherapeutin), Hanna Lindemann (M.Sc., M.A., Psych. Psychotherapeutin).

Autorinnen/Autoren

Dr. med. Andreas Winkelmann

ist Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Er ist seit 2002 als Oberarzt und Ärztlicher Leiter für den Campus Innenstadt der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation (OPM & R) am Klinikum der Universität München und als ärztlicher Leiter der Tagesklinik für Fibromyalgie und der interdisziplinären Schmerzambulanz Campus Innenstadt tätig. Zahlreiche Publikationen zum Thema Fibromyalgiesyndrom zeichnen ihn als Experte auf diesem Gebiet aus.

Korrespondenzadresse

Andreas.Winkelmann@med.uni-muenchen.de

Literatur

Literaturverzeichnis am Ende der HTML-Version unter www.thieme-connect.de/products/manuelletherapie

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0903-9094>
manuelletherapie 2019; 23: 107–114
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1433-2671