

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 145/004	Entwicklungsstufe	3
---------------------------------	--------------------	--------------------------	----------

Diese **Kurzfassung** basiert auf der zitierbaren Langfassung (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/145-004.htm) der interdisziplinären Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“

Autoren: W. Häuser (DGSS), J. Bär (DGPPN), K. Bernardy (DGPSF), W. Eich (DGRh), N. Draheim (GKJR), V. Köllner (DGPM), A. Winkelmann (DGPMR), C. Sommer (DGN), M. Schiltenwolf (DGOOC), F. Petzke (DGSS)

Korrespondenzadresse: Deutsche Schmerzgesellschaft, Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin, E-Mail: info@dgss.org

Erstellungsdatum: Februar 2017
Letzte Überarbeitung: 20.03. 2017
Überarbeitung geplant: April 2022

Zitierbare Quelle: Deutsche Schmerzgesellschaft. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html> [cited: tt.mm.jjjj]

1. Methodik

Die **Empfehlungsgrade (EG)** wurden auf der Basis der Wirksamkeit, Risiken, Patientenpräferenzen und Umsetzbarkeit von Therapieverfahren und unter Berücksichtigung der Meinungen von Experten und Patienten in einem mehrstufigen Konsensusprozess festgelegt. Die Empfehlungsgrade (gemäß den nationalen deutschen Versorgungsleitlinien) lauten:

Empfehlungsgrad	Formulierung
Starke Empfehlung	Soll
Empfehlung	Sollte
Empfehlung offen	Kann

Die zugehörigen **Evidenzlevels (EL) 1- 5** (gemäß Oxford Centre of Evidence-Based Medicine) **als auch die Stärke des Konsensus in der Leitliniengruppe** werden bei den Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie angegeben.

Als weitere Empfehlungskategorie wurde von den nationalen Versorgungsleitlinien zur unipolaren Depression der klinische Konsenspunkt (KKP) entlehnt , d.h. eine Empfehlung als gute klinische Praxis im Konsens und auf Grund der klinischen Erfahrung der Leitliniengruppe in Situationen, in denen keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Bezüglich weiterer methodischer Einzelheiten wird auf den Leitlinienreport (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-004.html) verwiesen.

Die folgenden Feststellungen und Empfehlungen gelten für Erwachsene.

Definition und Klassifikation

Kernsymptome des FMS sind neben chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen, Schlafstörungen bzw. nicht-erholsamer Schlaf und Müdigkeit bzw. Erschöpfungsneigung (körperlich und/oder geistig). EL 3b, starker Konsens

Das FMS ist nicht pauschal mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41 bzw. einer somatischen Belastungsstörung (somatic symptom disorder; DSM 5 300.82) gleichzusetzen. EL3a. Starker Konsens

Das FMS kann mit depressiven Störungen assoziiert sein (EL 1b). Das FMS ist aber nicht als depressive Störung zu klassifizieren. EL3a, starker Konsens

Anhand klinischer Charakteristika können unterschiedlich schwere Verlaufsformen unterschieden werden. Eine allgemein anerkannte Schweregradeinteilung existiert jedoch nicht. EL5, starker Konsens.

Diagnose

Die klinische Diagnose des FMS kann nach den ACR-1990 Klassifikationskriterien oder den vorläufigen modifizierten ACR 2010 Kriterien gestellt werden. Die klinische Diagnose beruht auf der Anamnese eines typischen Symptomkomplexes, klinischer Untersuchung und dem Ausschluss körperlicher Erkrankungen, welche diesen Symptomkomplex ausreichend erklären können. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens.

Im Falle der Erstevaluation eines möglichen chronischen Schmerzes in mehreren Körperregionen werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- **Ausfüllen einer Schmerzskizze oder der regionalen Schmerzskala durch den Patienten**
- **Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Schlafstörungen)**
- **Vollständige medizinische Anamnese inkl. Medikamentenanamnese**
- **Vollständige körperliche Untersuchung (inkl. Haut, neurologischer und orthopädischer Befund)**
- **Basislabor**
 - **Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (z. B. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis)**
 - **Kreatinkinase (z. B. Muskelerkrankungen)**
 - **Kalzium (z. B. Hyperkalziämie)**
 - **Thyreoidea-stimulierendes Hormon basal (z. B. Hypothyreose)**
 - **25 (OH)- Vitamin D (z. B. Vitamin D – Mangel)**
- **Bei Hinweisen auf somatische (Mit-)Ursachen der Symptomatik: Weitere Diagnostik in Abhängigkeit von den Verdachtsdiagnosen**

Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens

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. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens.

Im Falle der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes in mehreren Körperregionen wird ein Screening auf vermehrte seelische Symptombelastung (Angst und Depression) empfohlen. Klinischer Konsenspunkt. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens

Eine fachpsychotherapeutische Untersuchung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) wird bei folgenden Konstellationen empfohlen:

- a. Hinweisen für vermehrte seelische Symptombelastung (Angst, Depression)
- b. Anamnestische Angaben von aktuellen schwerwiegenden psychosozialen Stressoren
- c. Anamnestische Angaben von aktuellen oder früheren psychiatrischen Behandlungen
- d. Anamnestische Angaben von schwerwiegenden biographischen Belastungsfaktoren
- e. Maladaptive Krankheitsverarbeitung
- f. Subjektive psychische Krankheitsattributionen

Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens

Allgemeine Behandlungsgrundsätze

Es wird empfohlen, Patientinnen mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen, welche die Kriterien eines FMS erfüllen, über die Diagnose eines FMS zu informieren. Starke Empfehlung, starker Konsens.

Es wird empfohlen, Patientinnen bei der Erstdiagnose folgende Informationen zu geben:

- Den Beschwerden liegt keine organische Krankheit („Fibromyalgie“ im Sinne einer distinkten rheumatischen Krankheit), sondern eine funktionelle Störung zu Grunde.
- Die Legitimität der Beschwerden wird versichert.
- Die Beschwerden der Patientinnen werden mit Hilfe eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, das an die subjektive Krankheitstheorie der Patientinnen anknüpft, in anschaulicher Weise erklärt, z.B. durch das Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge (Stress, Teufelskreismodelle).
- Die Beschwerden sind ungefährlich im Sinne einer normalen Lebenserwartung. Die Patientinnen können durch eigene Aktivitäten die Beschwerden lindern.

Es wird empfohlen, mit der Patientin individuelle und realistische Therapieziele zu erarbeiten. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens.

Es wird empfohlen, im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung mit der Patientin den möglichen Nutzen und Schaden von nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapieoptionen zu besprechen. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens.

Es wird empfohlen, bei der Auswahl von Therapiemaßnahmen innerhalb der Leitlinien-Empfehlungen die Präferenzen und Komorbiditäten der Patientin zu berücksichtigen. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens.

Es wird empfohlen, bei schwerer Ausprägung des FMS mit den Patientinnen multimodale Therapien * und eine zeitlich befristete medikamentöse Therapie zu besprechen. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens

* multimodal“ = mindestens ein körperlich aktivierendes Verfahren mit mindestens einem psychologischen /psychotherapeutischen Verfahren

Es wird empfohlen, dass die Betroffenen in der Langzeittherapie Verfahren einsetzen, welche sie eigenständig im Sinne eines Selbstmanagements durchführen können: z. B. an das individuelle Leistungsvermögen angepasstes Ausdauer- und/oder Krafttraining, Stretching, Wärmetherapie. Klinischer Konsensunkt. Starker Konsens

Therapie

Ausdauertraining: Ausdauertraining mit geringer bis mittlerer Intensität (z. B. schnelles Spazierengehen, Walking, Fahrradfahren bzw. Ergometertraining, Tanzen, Aquajogging), 2-3 mal/ Woche über mindestens 30 Minuten, soll empfohlen werden. EL1a. Qualität der Evidenz mäßig. Starke Empfehlung. Starker Konsens.

Wassergymnastik (Kombination aerobes Training, Flexibilität-, Koordinations- und Kräftigungsübungen) mit geringer bis mittlerer Intensität mit einer Häufigkeit von 2-3mal/ Woche über mindestens 30 Minuten soll empfohlen werden. EL1a. Qualität der Evidenz mäßig. Starke Empfehlung

Trockengymnastik (Kombination aerobes Training, Flexibilität-, Koordinations- und Kräftigungsübungen) mit geringer bis mittlerer Intensität 2-3mal/ Woche über mindestens 30 Minuten soll empfohlen werden. EL2a. Qualität der Evidenz mäßig. Starke Empfehlung

Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik) soll in einer Häufigkeit von 2mal/Woche (mindestens 30 Minuten) empfohlen werden. EL2a. Qualität der Evidenz mäßig. Starke Empfehlung

Kognitive Verhaltenstherapie soll empfohlen werden. EL 1a. Qualität der Evidenz gering. Starke Empfehlung. Starker Konsens

Der zeitlich befristete Einsatz von Amitriptylin (10-50 mg/d) sollte empfohlen werden. EL1a. Qualität der Evidenz mäßig. Empfehlung. Starker Konsens.

Eine zeitlich befristete Therapie mit Duloxetin (60 mg/d) sollte bei FMS-Patienten mit komorbider Major Depression und/oder generalisierter Angststörung empfohlen werden. EL1a. Qualität der Evidenz gering. Empfehlung. Starker Konsens

Eine zeitlich befristete Therapie mit Pregabalin (150-450 mg/d) sollte bei FMS-Patienten mit komorbider generalisierter Angststörung empfohlen werden. EL1a. Qualität der Evidenz gering. Empfehlung. Starker Konsens

Starke Opioide sollen nicht empfohlen werden. EL 4b. Stark negative Empfehlung. Starker Konsens

Nichtsteroidale Antirheumatika sollten nicht empfohlen werden EL3a. Negative Empfehlung. Starker Konsens

Multimodale Therapie *soll empfohlen werden. EL1a. Qualität der Evidenz mäßig. Starker Konsens

***Multimodal:** Kombination von mindestens einem aktivierenden Verfahren (Ausdauer,- Kraft,- Flexibilitätstraining) mit mindestens einem psychotherapeutischen Verfahren (Patientenschulung und/oder kognitive Verhaltenstherapie)

Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga) sollen empfohlen werden. EL1a, Qualität der Evidenz sehr gering. Starker Konsens

Erstellungsdatum: 03/2008

Überarbeitung von: 03/2017

Nächste Überprüfung geplant: 03/2022

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online