



<b>AWMF-Register Nr.</b>	<b>041/004</b>	<b>Klasse:</b>	<b>S3</b>
--------------------------	----------------	----------------	-----------

## Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms

Diese **Kurzfassung** basiert auf der zitierbaren Langfassung ([www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm)) der interdisziplinären Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“

Autoren: W. Häuser (DIVS), B. Arnold (DGSS), J. Bär (DGPPN), W. Eich (DGRh), R. Häfner (GKJR), P. Henningsen (DGPM/DKPM), A. Winkelmann (DGPMR), C. Sommer (DGN), M. Schiltenswolf (DGOOC), K. Thieme (DGPSF)

### **Korrespondenzadresse:**

PD Dr. med. W. Häuser  
Innere Medizin I  
Klinikum Saarbrücken  
66119 Saarbrücken  
[whaeuser@klinikum-saarbruecken.de](mailto:whaeuser@klinikum-saarbruecken.de)

Erstellungsdatum: Januar 2012  
Letzte Überarbeitung: 16.04. 2012  
Überarbeitung geplant: April 2017

Zitierbare Quelle: Themenheft „Fibromyalgiesyndrom – Eine interdisziplinäre S3-Leitlinie. Hintergründe und Ziele – Methodenreport – Klassifikation - Pathophysiologie - Behandlungsgrundsätze und verschiedene Therapieverfahren. Der Schmerz 26 (2012)

## 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:

<b>Empfehlungsgrad</b>	<b>Formulierung</b>	<b>Bedeutung</b>
Starke positive Empfehlung	„Soll“	Die meisten Patienten sollen die Therapie erhalten.
Positive Empfehlung	„Sollte“	Die Mehrheit der Patienten soll die Behandlung erhalten. Auf Grund medizinischer Gründe und/oder Patientenpräferenzen erhalten viele Patienten die Therapie nicht.
Offen	„Kann angewendet werden“	Datenlage unsicher. Einige Patienten können die Therapie erhalten
KKP (Klinischer Konsens-Punkt)	„Standard in der Behandlung“	Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und auf Grund der klinischen Erfahrung der Leitliniengruppe als ein Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist
Negative Empfehlung	„Sollte nicht“	Die Mehrheit der Patienten sollte die Intervention nicht erhalten.
Starke negative Empfehlung	„Soll nicht“	Die meisten Patienten sollen die Intervention nicht erhalten

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 die Langversion der Leitlinie ([www.leitlinien.net](http://www.leitlinien.net)) 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**

**Die Kriterien eines FMS (ICD 10 M79.70) und die einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41) erfassen zum Teil überlappende, zum Teil unterschiedliche klinische Charakteristika von Personen mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen ohne spezifischen somatischen Krankheitsfaktor. Das FMS ist nicht pauschal mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren 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**

**5. Die klinische Diagnose des FMS kann nach den ACR 1990 Klassifikationskriterien, den symptom-basierten Kriterien der S3-Leitlinie zum FMS oder den vorläufigen modifizierten ACR 2010 Kriterien gestellt werden. Die klinische Diagnose gründet sich auf der Anamnese eines typischen Symptomkomplexes, klinischer Untersuchung und dem Ausschluss**

**körperlicher Erkrankungen, welche diesen Symptomkomplex ausreichend erklären könnten. Klinischer Konsenspunkt, 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**
  - o **Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (z. B. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis)**
  - o **Kreatininkinase (z. B. Muskelerkrankungen )**
  - o **Kalzium (z. B. Hyperkalziämie)**
  - o **Thyreoidea-stimulierendes Hormon basal (z. B. Hypothyreose)**
- **Bei Hinweisen auf somatische (Mit-)Ursachen der Symptomatik: Weitere Diagnostik in Abhängigkeit von den Verdachtsdiagnosen**

**Klinischer Konsenspunkt. 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 Konsenspunkt. 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. 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 Konsenspunkt. Starker Konsens**

## **Allgemeine Behandlungsgrundsätze**

**Patienten mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen, welche die Kriterien eines FMS erfüllen, sollen über die Diagnose eines FMS informiert werden. EL4, starke Empfehlung, starker Konsens**

**Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass seinen Beschwerden keine organische Krankheit ( „Fibromyalgie“ im Sinne einer distinkten rheumatischen Krankheit), sondern eine funktionelle Störung zu Grunde liegt. Die Legitimität der Beschwerden soll versichert werden. Die Beschwerden des Patienten sollen mit Hilfe eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, das an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten anknüpft, in anschaulicher Weise erklärt werden, z.B. durch das Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge (Stress, Teufelskreismodelle). Eine Information über die Ungefährlichkeit der Beschwerden soll erfolgen. Die Möglichkeiten des Patienten, durch eigene Aktivitäten die Beschwerden zu lindern, soll betont werden. Klinischer Konsenspunkt. Starker Konsens**

**Bei der Auswahl von Therapiemaßnahmen sollen innerhalb der Leitlinien-Empfehlungen die Präferenzen und Komorbiditäten des Patienten berücksichtigt werden. Klinischer Konsenspunkt. Starker Konsens.**

**Bei leichten Formen des FMS soll der Patient zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung ermutigt werden. Klinischer Konsenspunkt. Starker Konsens.**

**Bei schweren Verläufen sollen mit dem Patienten körperbezogene Therapien\*, eine zeitliche befristete medikamentöse Therapie sowie multimodale Therapien\*\* besprochen werden. Klinischer Konsenspunkt. Konsens.**

\* Aerobes Ausdauertraining; meditative Bewegungstherapien (Tai-Ci, Qi-Gong, Yoga)

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

**Für die Langzeittherapie sollten die Betroffenen 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 Konsenspunkt. Starker Konsens**

## **Therapie**

**Ausdauertraining: Ausdauertraining von geringer bis mittlerer Intensität (z. B. schnelles Spazierengehen, Walking, Fahrradfahren bzw. –ergometertraining, Tanzen, Aquajogging) soll dauerhaft 2-3 mal/ Woche über mindestens 30 Minuten durchgeführt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens.**

**Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik) soll 2mal/Woche (mindestens 30 Minuten) eingesetzt werden. EL2a, starke Empfehlung, starker Konsens**

**Entspannungsverfahren in Kombination mit aerobem Training (multimodale Therapie) sollen eingesetzt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens**

**Kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit aerobem Training (multimodale Therapie) soll eingesetzt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens.**

**Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga) sollen eingesetzt werden. EL1a, starke Empfehlung, starker Konsens**

**Amitriptylin (10-50mg/d) sollte zeitlich befristet eingesetzt werden. EL2a, Empfehlung, starker Konsens**

**Eine zeitlich befristete Therapie mit Duloxetin 60mg/d sollte bei FMS-Patienten mit komorbiden depressiven Störungen und/oder generalisierter Angststörung durchgeführt werden. EL1a, Empfehlung, Konsens**

**Nichtsteroidale Antirheumatika sollten nicht eingesetzt werden EL3a, negative Empfehlung, starker Konsens**

**Starke Opiode sollen nicht eingesetzt werden. EL 4b, stark negative Empfehlung, starker Konsens**

**Massage soll nicht eingesetzt werden. EL2a, starke negative Empfehlung. Starker Konsens**



**Erstellungsdatum:** 03/2008

**Überarbeitung von:** 04/2012

**Nächste Überprüfung geplant:** 04/2017

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

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!**