

Leserbrief des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (ANB) e.V. zur im Juni 2008 in der Zeitschrift „Der Schmerz“ publizierten interdisziplinären AWMF-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom

Sichtbarmachung einer Fiktion – die neue S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom

B. Widder, W. Hausotter, I. W. Husstedt, P. Marx, H. U. Puhlmann

Die „Fibromyalgie“ tauchte in der medizinischen Literatur erstmals in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts auf [9]. Nachdem sich gezeigt hatte, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um kein entzündlich-rheumatisches Geschehen handelt, drückt der Ersatz des bis dahin üblichen Begriffs der „Fibrositis“ durch „Fibromyalgie“ bereits seinerzeit die Hilflosigkeit im Umgang mit dieser schwierig zu behandelnden Patientengruppe aus. So bedeutet „Fibromyalgie“ letztlich nicht anderes als die griechisch-lateinische Umschreibung für die Situation, dass es an vielen Stellen des Körpers - nämlich im Bindegewebe und in den Muskeln - weh tut.

Zunehmend in den Blickpunkt des Interesses geriet die Fibromyalgie nach 1990, als Wolfe et al. [15] für das American College of Rheumatology (ACR) scheinbar eindeutige diagnostische Kriterien publizierten. Nach dieser Definition ist von einem „primären“ Fibromyalgiesyndrom auszugehen, wenn nach Ausschluss einer die Symptomatik erklärenden entzündlichen, neoplastischen usw. Ursache (in diesem Fall „sekundäre“ Fibromyalgie) 11 von 18 „tender points“ druckschmerzhaft sind sowie zusätzlich Befindlichkeitsstörungen wie Müdigkeit, Schlafstörungen, funktionelle Darmstörungen, Angst usw. bestehen. Das „primäre Fibromyalgiesyndrom“ gemäß ACR-Kriterien ist damit die wohl einzige Krankheit, bei der die Diagnose ausschließlich dadurch gestellt wird, dass mit dem Finger auf verschiedene Stellen am Körper gedrückt wird, ohne dass hierfür auch eine pathophysiologisch erklärbare Ursache dahinter stehen muss.

In den folgenden Jahren wurde zu dem neuen Krankheitsbild eine kaum mehr übersehbare Zahl von Arbeiten publiziert, ohne dass klar heraus gearbeitet werden konnte, auf welcher konkreten Ätiologie das „Fibromyalgiesyndrom“ beruhen soll. Im Jahr 2003 publizierte schließlich der Erstautor der ACR-Kriterien, Frederick Wolfe, ein Editorial, worin er selbstkritisch vermerkte, dass „by ignoring the central psychosocial and distress features of the syndrome and choosing instead a physical examination item, we allowed FM to be seen as mostly a physical illness. More than that, we removed all traces of the most central features of the illness“ [16]. Weitere Editorials in derselben Zeitschrift unterstützten diese Einschätzung und bezeichnen die Fibromyalgie schlicht als „iatrogenic disease“ [2, 4].

Angesichts des Fehlens einer belegbaren pathophysiologischen Entität trotz mehr als 1.000 Publikationen hierzu [1] und angesichts der in der Medizingeschichte sicherlich seltenen Situation, dass der Erstbeschreiber einer Krankheitsdefinition diese als Irrtum bezeichnet, hätte man danach erwarten können, dass die Diskussion abgeschlossen ist und das „Fibromyalgiesyndrom“ - wie zuvor eine Reihe anderer temporärer „Krankheitsentitäten“ (z.B. Eisenbahnkrankheit, epidemische Neuromyasthenie) mit bemerkenswert ähnlicher Symptomatolo-

gie - im Orkus der Medizingeschichte verschwindet [8, 12]. Umso überraschender erscheint, dass die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) es für erforderlich erachtete zu diesem Thema eine umfangreiche Leitlinie zu erstellen. Durch Heranziehung einzelner Vertreter anderer Fachgesellschaften wurde diese auf S3-Niveau gehoben, was den Eindruck einer verbindlichen und damit auch forensisch einklagbaren Leitlinie für ein gesichertes Krankheitsbild vermittelt.

Nachdem nunmehr sogar eine Leitlinie für das „Fibromyalgiesyndrom“ vorliegt, könnte man erwarten, dass inzwischen vielleicht doch gesicherte Daten zur Ätiologie und Pathogenese dieser Erkrankung existieren. Zwar findet sich in der Leitlinie ein entsprechendes Kapitel, das immerhin 28 mögliche Ursachen diskutiert [14]. Der Leser wird jedoch enttäuscht, denn mit Ausnahme von Angaben darüber, was **nicht** die Ursache des „Fibromyalgiesyndroms“ ist - insbesondere auch keine pathologischen Veränderungen in den Muskeln und Bindegewebe -, findet man mit hohem Evidenzgrad lediglich Zusammenhänge mit psychischen Erkrankungen (affektiven Störungen, Somatisierungsstörungen), unspezifischen Veränderungen zerebraler Transmittersysteme, wie diese bekanntlich auch bei den genannten psychischen Störungen zu finden sind, Stress am Arbeitsplatz sowie einer dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung. Die Tatsache, dass eine familiäre Häufung ohne entsprechend nachweisbare genetische Marker vorliegt, spricht gleichermaßen eher für eine familiäre Konditionierung.

Wenn nun aber keine klar erkennbare Krankheitsentität vorliegt und eine „Störung der zentralen Schmerzverarbeitung“ als letztlich einziges Bindeglied des gesamten Symptomenkomplexes mit hohem Konsensniveau beschrieben wird, zu welchem Zweck benötigt man dann die Diagnose des „Fibromyalgiesyndroms“? Wie der Begriff der „**zentralen** Schmerzverarbeitung“ impliziert, läuft diese im Zentralnervensystem - also dem Gehirn und Rückenmark - ab, so dass das Krankheitsbild entsprechend den Strukturvorgaben des ICD-10-Katalogs - je nach Blickwinkel - den „psychischen oder Verhaltensstörungen“ (F00-F99) oder den „Krankheiten des Nervensystems“ (G00-G99) zuzuordnen ist - in diese Richtung weist auch die aktuelle Erweiterung der somatoformen Störungen im ICD-10 Version 2009 um die F45.41 („chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“). Zumindest gehört die Symptomatik bei Betroffensein der zentralen Schmerzverarbeitung keinesfalls zu den „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ des ICD-10-Katalogs (M00-M99).

Wenn dann noch bei der Behandlung vermerkt ist, dass in der Therapie des „Fibromyalgiesyndroms“ vor allem psychotherapeutische (Verhaltenstherapie) und physiotherapeutische Behandlungsansätze, kombiniert mit dem Einsatz von Psychopharmaka, Mittel der ersten Wahl sind [11], dann entspricht dies „zufällig“ exakt den therapeutischen Maßnahmen, die bei somatoformen Störungen gleichermaßen Mittel der Wahl darstellen. Entsprechend fällt schwer zu erkennen, warum die zumindest im psychiatrischen DSM-IV-Manual sehr prägnant beschriebenen diagnostischen Kriterien für dieses Krankheitsbild nicht herangezogen werden sollten (Übersicht 1). Sollte tatsächlich richtig ist, dass bei einem kleinen Prozentsatz der Betroffenen mit polytopen Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen (15 %) [5] keinerlei

psychische (Ko)Morbidity besteht, wäre es wohl sinnvoller diese kleine Gruppe gesondert zu betrachten, als durch tautologische Wortschöpfungen wie „somatoforme Schmerzstörung vom Typ des Fibromyalgiesyndroms“ oder umgekehrt „Fibromyalgiesyndrom vom Subtyp der somatoformen Schmerzstörung“ [7] für Verwirrung zu sorgen. Angesichts der Untersuchungen von Kisely et al. [10], wonach bei mehr als 4 differenten Schmerzpunkten bzw. Befindlichkeitsstörungen in mehr als der Hälfte und bei mehr als 9 - man erinnere die 11 „tender points“ - in nahezu **allen** Fällen eine psychische Problematik nachzuweisen ist, verbleiben hier jedoch ohnehin Zweifel.

Übersicht 1. Charakterisierung der Schmerzstörung im Rahmen somatoformer Störungen im DSM IV-Manual

-
- A. Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Region(en) stehen im Vordergrund des klinischen Bildes und sind von ausreichendem Schweregrad, um klinische Beachtung zu rechtfertigen
 - B. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leidenszustände oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
 - C. Psychischen Faktoren kommt eine wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zu
 - D. Das Symptom oder der Ausfall wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht
 - E. Der Schmerz kann durch eine affektive, Angst- oder psychotische Störung nicht besser erklärt werden
-

Warum also der große Aufwand der Erstellung einer „S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom“? Eine negative Erklärung findet sich in den bereits genannten Editorials, wenn Nordin Hadler [4] von der „medicalisation of misery“ und George Ehrlich [2] von einer „remunerative industry“ sprechen. Eine positive Erklärung wird von den Leitlinienautoren versucht. So wird von ihnen argumentiert, dass bei erfolgreicher Anwendung der Leitlinie „die Krankheitslast durch die Symptome des Fibromyalgiesyndroms nachhaltig gesenkt werden“ könne [13], da damit Befürchtungen der Betroffenen, sie könnten „psychiatrisiert“ werden, entgegen gewirkt werden könnten [3]. Dies muss jedoch in erheblichem Umfang bezweifelt werden. Kein Arzt käme heute auf den Gedanken, z.B. bei einer Leukämie die zugrunde liegende Krankheit zu verheimlichen und die Behandlung unter einer anderen Diagnose durchzuführen, nur um den Patienten damit nicht zu beunruhigen. Oder, wie George Ehrlich in seinem Editorial vermerkte: „one cannot really treat non-diseases“. Es ist daher im Gegenteil zu befürchten, dass die Leitlinie die bei den meisten Patienten mit „Fibromyalgiesyndrom“ häufig bereits bestehende Konditionierung in Richtung auf ein vordergründig somatisches Krankheitsbild („meine Fibro“) einschließlich der damit verbundenen sozialmedizinischen Folgen weiter verstärkt, und es damit noch schwieriger werden wird, die Betroffenen vom Nutzen einer sachgerechten, diagnosegeleiteten (!) Therapie mit den Schwerpunkten Verhaltenstherapie, aktivierender Physiotherapie und Behandlung mit Psychopharmaka zu überzeugen.

In seiner Einführung stellte der Initiator der Leitlinie die Frage „Fibromyalgiesyndrom – Leitlinie zu einer Fiktion?“ [7]. Diese Frage vermag abschließend nur bejaht werden.

Literatur

1. Bernardy K, Kloese P, Üceyler N, Kopp I, Häuser W (2008) Methodische Grundlagen für die Entwicklung der Leitlinienempfehlungen. *Schmerz* 22: 244-254
2. Ehrlich GE (2003) Pain is real; fibromyalgia isn't (editorial). *J Rheumatol* 30: 1666-1667
3. Eich W, Häuser W, Friedel E et al. (2008) Definition, Klassifikation und Diagnose des Fibromyalgiesyndroms. *Schmerz* 22: 255-266
4. Hadler NM (2003) „Fibromyalgia“ and the medicalization of misery (editorial). *J Rheumatol* 30: 1668-1670
5. Häuser W (2004) Fibromyalgiesyndrom - Subtypen und Schweregrade. *Med Sach* 100: 11-16
6. Häuser W (2006) Das Fibromyalgiesyndrom - eine somatoforme (Schmerz)störung ? *Schmerz* 20: 128-139
7. Häuser W (2008) Fibromyalgiesyndrom. Leitlinie zu einer Fiktion? *Schmerz* 22: 239-240
8. Hausotter Wolfgang (2004) Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen. Urban & Fischer, 2. Auflage
9. Hench PK (1976) Nonarticular Rheumatism, Twenty-Second Rheumatism Review: Review of the American and English Literature for the Years 1973 and 1974, *Arthritis and Rheumatism*, Suppl. 19:1081-1089
10. Kisely S, Goldberg D, Simon G (1997) A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med* 27: 1011-1019
11. Klement A, Häuser W, Brückle W et al. (2008) Allgemeine Behandlungsgrundsätze, Versorgungskoordination und Patientenschulung beim Fibromyalgiesyndrom und chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen. *Schmerz* (2008) 22: 283-294
12. Schäfer F (2002) Zur Geschichte des Neurastheniekonzepts und seiner modernen Varianten Chronic-Fatigue-Syndrom, Fibromyalgie sowie Multiple Chemische Sensitivität. *Fortschr Neurol Psychiat* 70: 570-582
13. Schiltenswolf M, Eich W, Schmale-Grete R, Häuser W (2008) Ziele der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *Schmerz* 22: 241-243
14. Sommer C, Häuser W, Gerhold K et al. (2008) Ätiopathogenese und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms und chronischer Schmerzen in mehreren Körperregionen. *Schmerz* 22: 267-282
15. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 33: 160-172
16. Wolfe F (2003) Stop using the ACR criteria in the clinic (editorial). *J Rheumatol* 30: 1671-1672

Für die Autoren

Prof. Dr. Dr. Bernhard Widder
 Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation
 Bezirkskrankenhaus Günzburg
 Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
 D-89312 Günzburg