

# Bearbeitung einer Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes

Oktober 2007

Letzte Aktualisierung Juli 2011

Dr.med.Rolf-R-Frieling  
 FA f. Anaesthesiologie  
 FA f. Allgemeinmedizin  
 Spezielle Schmerztherapie  
 Herner Str.351, 44807 Bochum - e- mail Rolf.Frieling@t-online.de

Bearbeitung einer STELLUNGNAHME des BUNDESVERSICHERUNGSAMTES zur Frage der Gutachterpraxis der BfA bei Betroffenen der Schmerzkrankheit genannt Fibromyalgie- Syndrom (FMS) vom 19.02.2003

Sehr geehrte Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen, ,

die Schilderung der aktuellen Gutachterpraxis der BfA gegenüber Betroffenen mit Ganz-körperschmerzen als Hauptsymptom einer chronischen Schmerzkrankheit ist kritisch zu bewerten, da in der Gutachtensituation in der Regel die falschen Fragen gestellt und die im folgenden beschriebenen falschen Antworten gegeben werden.

Ein Orthopäde fragt und untersucht im Gebiet die Gelenkbeweglichkeit, der Neurologe findet apparativ keine erfassbare Pathologie, der Psychiater will von Schmerzen nichts wissen. Muskeln und der neuropathische Schmerz sind die unbekanntes Wesen der Gutachterpraxis, besonders der chronische Schmerz in seinen vielschichtigen Dimensionen.

Zugrunde liegende gemeinsame Lücke ist eine nicht existente Aus-/Weiter-/Fortbildung zum Erkennen algesiologisch relevanter Probleme, die in der aktuellen Gutachterpraxis bei chronischen Schmerzfragestellungen ihren (traurigen) Höhepunkt finden.

Eine FEHLENDE Funktionsstörung im Bewegungssystem, ausser Relief- und Tonusprüfung der MUSKULATUR keine weitere Untersuchung/Prüfung des grössten menschlichen Organs, keine pathologische Neurologie &ndash; dies ist für diese Gebiete unfassbar, also nicht vorhanden: nur jahrelange Schmerzen?

Ab, marsch in die Psychiatrie, keine Leistungseinschränkung vorhanden, psychogen überlagert, depressive Anpassungsstörung, sofort vollschichtige Tätigkeit mit Einschränkungen möglich (die Einschränkungen resultieren aus der jahrelangen Praxis, Diagnostik mit Roentgen, CT und wiederholten MRTs zu gestalten): und das bei chronischer Schmerzkrankheit und Chronifizierungsstadium III.

Erzählen Sie einem Neurologen als PD und CA einmal etwas über Innervationsgebiete überschreitende Schmerzen. So werden selbst bei dero Wichtigkeiten CRPS I (M.Sudeck) und Phantomschmerzen nicht diagnostiziert. Migraine &bdquo;findet nicht statt&ldquo;.

Zentrale Sensibilisierung? Desinhibition? Repräsentationszonen? Schön, aber was hat das mit Gutachten zu tun?

Mit Fachwissen und Gerechtigkeit.

Auch Psychologen (ca. 120 besitzen eine algesiologische Fortbildung), Psychosomatiker und Psychiater sind in algesiologischen Fragestellungen auf dem Wissen zur Zeit ihres Examens stehen geblieben.

Alles kein Problem für die BfA, dafür liegt keine Zuständigkeit vor - Sie sind aber für den Rechtsfrieden im Lande verantwortlich, und zwar an der Stelle, wo Sie tätig sind. Die Betroffenen sollten sich zumindest im Gutachten wieder erkennen.

Die Hilflosigkeit bei Begutachtungen wird durch Farschheit, Unsensibilität, grobes handwerkliches Durchführen von Untersuchungen kaschiert.

Hilflosigkeit wird getoppt durch die genannten Gutachtenergebnisse.

Für das Bundesversicherungsamt (im Elfenbeinturm) ist natürlich alles paletti.

Diese Zeilen müssen untermauert werden.

Zu unterscheiden ist die hausärztliche Tätigkeit (Betreuung als „Anwalt“ des Patienten, Verdachtsdiagnosen), die Gutachtertätigkeit in ihrer jeweiligen Rechtsnorm, hier des Sozialversicherungsrechts, im Versorgungsrecht die Darstellung der AUSWIRKUNGEN von Funktionsstörungen und Einschränkungen der Teilhabe, für den RVT im Vollbeweis die jeweiligen Schädigungen, Funktionsstörungen, Leistungseinschränkungen nach Maßgabe der VDR.

Die Bedingungen im Rehabilitationsrecht muss ich hier nicht aufführen.

Nach einer REHA- Maßnahme sollte ein Entlassungsbericht erstellt werden, der die genannten Kriterien erfüllt; dieser Bericht hat den Status eines Gutachtens erlangt, sollte also auch den VDR-Empfehlungen entsprechen.

Auch der Bericht des Gutachters (häufig der MDK) zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme ist nach VDR zu messen.

Ebenso treffen diese Standards für das sozialgerichtliche Verfahren zu.

Hier ist von Standards innerhalb einer Rechtsnorm zu sprechen.

Diese Standards, auch die Empfehlungen/Richtlinien der VDR lassen sich durch ICF 2001 der WHO leiten.

Bei Anwendung ist ein Gutachten von mir als „vage und wirr“ von einem neurologischen Chefarzt bezeichnet worden, obwohl auch Artikel im Medizinischen Sachverständigen 2002 ( Dr. Häuser, Psychosomatik, Universität Saarbrücken) hinsichtlich dieser Sachlage angeführt wurden.

Die Gutachterpraxis des MDK hat sich in den vergangenen 2 Jahren als sehr lernfähig betreffs algesiologischer Fragestellungen gezeigt, Voraussetzung ist allerdings eine gute Zuarbeit niedergelassener Kollegen.

Man findet in den MDK-Führungspositionen sehr dynamische Kollegen (auch sehr positiv als Creme unserer Zunft zu bezeichnen). Die Sache steht und fällt auch hier mit der erforderlichen Zunahme algesiologischer Kompetenz der niedergelassenen Kollegen.

Ein trauriges Kapitel sind die Kollegen, die als Niedergelassene den RVT zuarbeiten, hier wäre auch von Seiten der RVT an qualitätssichernde Maßnahmen zu denken: ich meine hier ausdrücklich nur die (zertifizierte) algesiologische Kompetenz; diese wird nun einmal OBLIGAT benötigt.

Ein punktuell verbessertes Bild bieten Kollegen der REHA- Kliniken, hier fehlt in der Regel ein algesiologisch versierter ausgebildeter Kollege und/oder Psychologe für chronische Schmerzpatienten.

Leider kann ich Ihnen bundesweit nur 5-7 Kliniken für FMS- Patientinnen empfehlen, da einerseits das Wissen um diese doch recht häufig anzutreffende Gruppe von grotesken Lücken ausgefüllt ist (mehr noch von Vorurteilen), andererseits der nicht algesiologisch ausgebildete die „gesamte“ Psyche be-arbeiten muss (es fehlen fast immer der Psychosomatiker und IMMER der Psychiater zu Darstellung der Ko- Morbiditäten – Plural!).

Desweiteren wird nicht nach VDR (ICF oder ICDH II) gearbeitet: es wird ausschließlich eine somatisch geführte Untersuchung erstellt, jeweils im Gebiet des beauftragten Kollegen (mit kurzen Konsilen in der gleichen Richtung); der „psycho-sozialen Rest“ wird dem Psychologen überlassen.

Eine psycho-somatische oder gar eine psychiatrische Diagnostik kommen nicht vor. Die Diagnosen erstellt der Psychologe;Aber das kann doch nicht seine Aufgabe sein.

Also auch hier Hilflosigkeit auf der gesamten Linie. Die sozialmedizinische Epikrise, die psychiatrischen Diagnosen, wie beim Zauberer aus der Luft geholten Tauben, die Übersichtsdiagnosen der ersten Seite des Entlassungsberichts sind allerdings vom Feinsten, nur im Text fehlen die Begründungen, Ko- Morbiditäten sind unbekannt, es gibt nur Somatisierungen, eine somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Anpassungsstörung, aber auch nur einzeln aufgeführt. Schüchtern wird Fibromyalgie oder Fibromyalgie- Syndrom genannt: vorher kam aber der Begriff chronische Schmerzen oder Schmerzkrankheit überhaupt nicht vor.

Die Ausführungen des BVA sind sehr kompetent dargestellt.

Chronische Schmerzen können psycho-soziale Folgen zeigen, wie wahr. Ob es auch eine Schmerzkrankheit gibt?

Die Definition der IASP (Int’l Assoc.for Study of Pain) wiederhole ich hier nicht, da sie als bekannt vorausgesetzt wird.

Liegt keine Ko- Morbidität psychologischer/psychosomatischer/psychiatrischer Begründungen vor, ist FMS allein aufzuführen(s.unten).

Vor allen Dingen ist FMS keine psychiatrische Erkrankung; sie wird auch als psychosomatisch begründbarer dynamischer Prozess angesehen &ndash; aber auch auf frühkindliche Schädigungen (Hippocampus) zurückgeführt, auch Konstrukte unterschiedlichen Bindungsverhaltens sollen eine Rolle spielen.

Die &bdquo;Zahl der Fachleute&ldquo;, die eine psychische Genese oder zumindest eine nicht unerhebliche psychische Komponente (was heisst das alles?) sehen und die Zuordnung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (Plural!) für realistischer halten, benötigen einen Blick über den Zaun, z.B. der Amerikanischen Schmerzgesellschaft (ASP), oder nach Canada (Prof. Merskey, IASP), auch die Niederlande sind nicht weit, ebenso wie die Skandinavien.

Diese Fachleute gibt es nur in den deutsch- sprechenden Ländern. International liegt allgemeine Ablehnung einer Psychogenese (was das auch immer sein mag) vor. Eine somatoforme Schmerzstörung ist als Ko- Morbidität zu kodieren.

Wie ist eine Erniedrigung der Schmerzschwelle zu erklären, wie eine Allodynie, eine Hyperalgesie ? Wie ist der Chronifizierungsfaktor (in der Regel III) zustande gekommen?

Ich unterstreiche die Aussage des Berichts des BVA, dass die Beurteilung &bdquo;dieser Schmerzsyndrome&ldquo; zu den schwierigsten Aufgaben der Begutachtung gehört. Also packen wir&rsquo;s denn an&hellip;

Es ist Teil der Fürsorgepflicht , die aktuelle Gutachtenpraxis, die der BfA zuarbeitet, in der HINSICHT zunächst zu verändern, dass RESPEKT vor der Würde der Probandin einzieht, Sensibilität bei der Untersuchung zur Regel wird, nicht irgendetwas &bdquo;Psychisches&ldquo; zusammengerührt wird (die Klassifikation nach ICD-10 oder DSM IV 1996 wird selbst von Psychiatern auffallend oft nicht angewandt; zur Diagnosestellung gehört das Sammeln von Symptomen und Befunden - wie bei der Diagnostik der Herzinsuffizienz - , ich schäme mich fast, derartig Banales aufzuführen).

Man liest noch zu häufig diesen Unsinn von &bdquo;psychogen&ldquo; oder &bdquo;einer psychischen Überlagerung&ldquo;. Diese Formulierungen bedeuten NICHTS.

Algesiologen betreiben eine Art &bdquo;anrühiger&ldquo; Medizin, die sich auf die subjektiven Angaben und SUBJEKTIVEN Antworten bezieht. Es ist sehr schlimm, wenn es für Schmerzempfindungen keine Normwerte gibt.

Ein Schmerzfragebogen ist unerlässlich, auch um Inkonsistenzen bei der Begutachtung zu erfassen. Auch hat Schmerzempfinden kognitive/sensorische und emotionelle Anteile, die bei Angabe der Schmerzintensität übereinandergestülpt zu denken sind. Die Intensität kann nur durch den Probanden angegeben werden. Schmerzschätzung durch den Arzt ist nicht möglich.

Ich stimme nicht dem Fossil der Begriffe vom Absinken der Schmerztoleranz und der zunehmenden Erwartungshaltung zu: hier handelt es sich mehr um philosophische Begriffe &ndash; abgesehen davon, was haben Schmerzen mit irgendeiner Toleranz und einer Erwartungshaltung zu tun: eine Erwartungshaltung war ein politisches Problem. Jetzt heißt es doch Kompanie kehrt.

Schmerzphysiologie und &ndash;pathologie ist in Kalkutta wie in Heidelberg nicht unterscheidbar.

Hier geht es um Schmerzkrankheit und Begutachtung, WELTWEIT (auch in Indonesien und China stehen die Ärzte vor beschränkten Ressourcen bei den gleichen Patientinnen) um Schädigung/Funktionsstörung/Teilhabe und Gesundheit bei FMS. Auch dort gilt ICF, WHO 2001, mit gleicher Epidemiologie.

Mutmaßungen des Hauses (BVA) sind also hier nicht am rechten Platz.

FMS mit chronischen Schmerzen und Minderung der Muskelkraft und Minderung der Leistungsfähigkeit ist sicher nicht automatisch mit &bdquo;einer schwerwiegenden Leistungsminderung im Erwerbsleben gleichzusetzen&ldquo;.

Die Feststellung eines FMS als Endstadium eines Kontinuums (GC CARLI, Wien, Weltkongress 1999) mit Empfinden von tief somatischen Schmerzen (in den Muskeln, Gelenken, Viszera) sagt zunächst nichts über den tatsächlichen Umfang der Beeinträchtigung aus.

Ich betone, tief somatisch.

Zum Beschwerdensyndrom sind aber auch die Minderung der Muskelkraft/-ausdauer zu zählen.

Eine Schweregradeinteilung findet man im Kommentar (Dr. Schillings) zu den Anhaltspunkten zur Beurteilung der Auswirkungen von Schädigungen im Versorgungsrecht 1996; diese ist recht praktikabel.

Auch Dr. Häuser hat kürzlich in Der Medizinische Sachverständige 2002/03 in mehreren Heften über FMS und Begutachtung publiziert, auch dort ist eine gute brauchbare Stadieneinteilung der Schweregrade bei FMS nachzulesen.

Auch ich werde in mehreren Vorträgen die Gutachtenproblematik beleuchten.

Die Ausprägung des Beschwerdenkomplexes FMS sowie die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sind sehr unterschiedlich, das erfordert halt den versierten, erfahrenen Gutachter.

Orthopädisch/neurologisch/rheumatologisch erfolgen aber nur Begutachtungen im Gebiet; psychologisch / psychosomatisch / psychiatrisch bieten diese Gutachter (fast) nichts.

Eine Schmerzkrankheit mit Beeinträchtigungen wird nicht erfasst, geschweige denn, eine Ko- Morbidität herausgearbeitet.

Subjektiv empfundene Schmerzen und Unauffälligkeit des Bewegungssystems schliessen sich gegenseitig aus (häufig liegt auch noch Hypermobilität vor) und führen routinemässig zur Bewertung von wenig eingeschränktem Leistungsvermögen, also nur auf "bio" der WHO bezogen.

Es sind obligat die psycho-sozialen Folgen, aber auch die begründbaren psych-sozialen Störungen zu erfassen, in der Überzahl der Fälle sind dadurch die Leistungen um mehr als die Hälfte (bis zu 1/3 der ursprünglich möglichen) abgesunken.

Wie gesagt, die Feststellung von FMS allein reicht nicht zur Verrentung.

In der realen Welt werden Probandinnen aber verhöhnt (wie vor noch nicht langer Zeit die Betroffenen mit Phantomschmerzen und Migraine) und mit einem gutachterlichen Tritt als vollschichtig (mehr als 6 Stunden) einsatzfähig zurückgeschickt, und das nach Begutachtungen ALLEIN im Gebiet, OHNE die hier notwendigen STANDARDS (SOZIALGERICHTSBARKEIT!) der Begutachtung verschiedener Fachgesellschaften zu berücksichtigen (algesiologisch, psycho-therapeutisch, sozial-medizinisch). Literatur dazu bei mir.

Bezeichnend für die "Denke" (oben S.3) ist das Gleichheitszeichen (somatoforme Schmerzstörung & beziehungsweise; das chronische Schmerzsyndrom).

Hierbei handelt es sich aber um 2 verschiedene Gesundheitsstörungen:

- a) der chronifizierte Schmerz als Schmerzkrankheit,
- b) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die nach Definition nur bei vorliegender Psychopathologie benutzt werden darf, und diese ist herauszuarbeiten.

Ich lese genüsslich das Wort KOMPETENZ: gerade diese fordern Betroffene ein.

Der Rheumatologe schliesst nur eine rheumatologische Erkrankung aus, mit FMS möchte er nichts zu tun haben, da eine chronische Schmerzkrankheit nicht in sein Gebiet fällt & er behandelt ausschliesslich anti-entzündlich;

der Nervenarzt findet apparativ Unauffälligkeit, sein "Psychischer Befund" umfasst in der Regel 12-19 Zeilen ("kam mit dem Pkw, pünktlich, flotten Schrittes, angemessen bekleidet");

Im Allgemeinen findet der Nervenarzt keine psychiatrisch relevante Symptomatik, außer F43.23 (depressive Anpassungsstörung) erfährt man im Text des Gutachten nichts: es wird nicht gemäß den Standards (Sozialrecht) des Gebiets nach den Ko- Morbiditäten wie Post-traumatische Belastungsstörung, Dysthymie, Depression, Persönlichkeitsstörung, Angst- / Panikstörung, Coenaesthesia u.a. gesucht und kodiert (die Diagnosen müssen aus dem Text nachvollziehbar sein).

Ein Schmerzfragebogen (-tagebuch) wird nicht angeboten (nie im Aktenmaterial auffindbar, weniger selten ist der Tagesablauf ersichtlich mit den zu beschreibenden Einschränkungen und ausserberuflichen Aktivitäten (Einschränkungen ?).

Die psychopathologischen Auffälligkeiten sind auch durch einen (validierten) Schmerzfragebogen leicht zu finden und auf Inkonsistenzen zu prüfen.

Das hat wenig mit Akzeptanz und Psychiatrisierung zu tun, es handelt sich einfach um eine ganzheitliche BEURTEILUNG, die , bei entsprechender Aufklärung VOR dem Gutachtentermin, unproblematisch von der Probandin bereitgestellt wird (und nicht in der Gutachtensituation, wobei, wie die Regel, die Probandin 3-4 Stunden einen

Fragebogen über 565 Fragen auszufüllen hat).

Diese Antworten sind aber gegenzuschecken mit der Probandin &ndash; ein wohl kaum produktives Verfahren der BEGUTACHTUNG in der zur Verfügung stehenden Zeit.

Die angezogene Psychiatisierung erfolgt aber oben auf S.3 (&bdquo;bzw&ldquo;) und durch die VOLLSTÄNDIGE ABLEHNUNG der Subjektivität des Schmerzes. Wie äussern Sie sich denn, mit welchen Adjektiven?; oder sehen Sie chronische Schmerzen auf dem Roentgenbild (auch dieses wird subjektiv befundet, Nachemson, Schweden).

Der Mitteilung von Schmerzempfinden, -erleben, -verhalten und &ndash;deutung sieht man zunächst nicht an, ob somatische / soziale / psychologische / psychosomatische / psychiatrische Begründungen vorliegen.

FMS- Betroffene zeigen in wechselnder Ausprägung eine Beeinträchtigung der Teilhabe sowie soziale Problematik (Rückzug u.a.) &ndash; dies wird aber in der Regel im Gutachten nicht ersichtlich.

Bis FMS- Patientinnen zur REHA- Maßnahme oder zur Begutachtung im Rentenverfahren gelangen, liegt fast ohne Ausnahme das Chronifizierungsstadium III vor.

Das sogenannte angesprochene therapeutische Fenster ist (bis auf Ausnahmen) nur noch geöffnet für leichte Tätigkeiten von 3-6 Stunden Dauer, in der Regel liegt es aber bei sozialgerichtlichen Begutachten nur noch bei unter 3 Stunden, die zu erbringenden Tätigkeiten können nur noch langsam, mit Pausen, ohne Anwendung körperlicher auch nur leichtgradiger Kraftanwendung erfolgen - therapeutisch ist mental Herunterzufahren, mit Akzeptanz und persönlicher Motivation auf ca. 1/3 des ursprünglichen vorhandenen Leistungsvermögens notwendig.

DAS ist zu begutachten.

Auch die Frage der zumutbaren Willensanstrengung ist eine philosophische.

Ist es einmal bis zur sozial-medizinischen Begutachtung gekommen und ein Rentenverfahren eingeleitet, liegt de facto Unbehandelbarkeit vor (außer für akute Formen).

Die heile Welt im BVA stellt Schmerzbewältigung, Beurteilung von Verstärkungs- und Vermeidungsreaktionen in den REHA-Vordergrund. Diesen Anteil eines multi-modalen Ansatzes schaffen Psychologen sehr häufig in ausgezeichneter Weise (ihnen fehlt aber fast ausnahmslos eine algesiologische Kompetenz, leider).

Das schwache Glied der REHA sind ärztliche Kollegen: in der Aufnahme, auf der Station, im oberärztlichen Bereich. Hier gibt es noch viel zu tun.

Ein Beispiel hierfür ist ihre Beschränkung im Gebiet, z.B. die Anordnung &bdquo;intensiver physiotherapeutischer Maßnahmen&ldquo;; diese erträgt der Betroffene nur EINMAL, darauf hütet er 2 Tage das Stationsbett wegen zugefügter Schmerzen zum allgemeinen Unverständnis.

Ihre Zuweisungssteuerung sollte beispielhaft die folgenden multimodal arbeitenden psycho-somatischen Kliniken multiplizieren wie z.B. Bad Bramstedt, Klinik Roseneck in Prien, die Kliniken in Bad Säckingen (auch die Park-Klinik), Dürkheim, Bad Bocklet, Liebenwerda, Heringsdorf.

FMS- Betroffenen profitieren von REHA- Maßnahmen durch den interdisziplinären Ansatz mit Betonung auf Information, Stressbewältigung, psychologischer Verhaltenstherapie, Anleitung zur Bewegung, Betonung der Eigenmotivation, FMS selbst in die Hand nehmen, Herunterfahren s.o.

Betont werden sollte die fast ausnahmslos fehlende (Ausnahmen s.o.) psycho-somatische und psychiatrische Diagnostik, die während der Maßnahme eigentlich wegen der Ko- Morbiditäten gut einzufügen wäre, um auch die Zeit und Ressourcen des Aufenthalts besser zu nutzen.

Physiotherapie ohne vorherige Schmerztherapie (wenn möglich) ist kontrapunktiv und verschleudert 90% der Ressourcen der &bdquo;normalen&ldquo; REHA.

Der REHA- Entlassungsbericht ist ein wertvolles Dokument für den weiteren Verlauf, er hat das Ansehen eines Gutachtens und kann demnach nicht genug in seiner Wertigkeit betont werden. Es ist schrecklich zu erfahren, dass die

Maßnahme ohne Benefit war, und der Bericht noch schrecklicher in seiner Nullaussage.

Eine wesentliche Aufgabe des REHA- Verfahrens ist also eine ganzheitliche Beurteilung, bio-psycho-sozial.

Ich bestreite heftig, dass eine vorzeitige Berentung die Chronifizierung zusätzlich verstärkt. Mein Eindruck ist vielmehr, dass von den Betroffenen u.a. der doch äusserst belastende finanzielle Druck genommen wird, der jahrelang (häufig) wegen Begutachtungen auf ihnen lastete und sie jetzt endlich ihre Reorganisation des Lebensvollzugs in die Hände nehmen können.

Die schon vorliegende Chronifizierung (Stadium III) ist nicht mehr zu verstärken.

Der Chronifizierungsgrad III wird ausnahmslos schon vor der REHA und vor dem Rentenverfahren erreicht, bei FMS-Betroffenen.

Ich stelle fest, dass übereinstimmend FMS- spezifische Besonderheiten vorliegen.

Daß die BfA dies bei der gutachterlichen Bewertung (bei den getroffenen Entscheidungen) UMFASSEND würdigt, kann nur einem Traum entsprungen sein. Die leitenden Herrn des MDK kennen ihre Schwachstellen genau.

Sie auch; warum schreiben Sie nicht einen kritischen Bericht und behandeln ihnen bekannte Lösungsmöglichkeiten.

Abgespalten und abgedriftet von der Realität wie vordem der real existierende Sozialismus. Man glaubt es kaum.

Ich sehe jährlich rund 400 "neue" Ganzkörperschmerzpatientinnen, abgesehen von den ca. 1600, die weiterhin in Abständen mit mir Kontakt aufnehmen oder akut zu behandeln sind. Schmerzpatienten sind mir seit 1974 mehr und mehr vertraut. FMS- Betroffene kenne ich seit 1992, dem Jahr wo ich ca. 100 Patientinnen Abbitte leisten musste, da ich sie "als nervig und zeitraubend" erfuhr, aber nur aus Unwissen und tatsächlicher Hilflosigkeit.

Seitdem beschäftige ich mich intensiv mit dieser schlimmen Schmerzkrankheit durch Vorträge, Kongresse wie Weltschmerzkonferenz San Diego 2002, Fokus on Pain Orlando 2003, Muskelschmerz Heidelberg 2003; Fortbildung durch internationale spezialisierte Journals, Offene Schmerzkongress Frankfurt 26.04.2003 – UND im September 2003 behandelt die Mayo-Klinik (Rochester NY) in San Francisco das Fibromyalgie- Syndrom in einem eigenen abendlichen Workshop als neuropathischen Schmerz!

Mit freundlichen Grüßen,

Dr.med.Rolf-R.Frieling,  
Herner Str.351  
44807 Bochum

NB Ein Vortrag zur sozialrechtlichen Beurteilung bei FMS ist in Vorbereitung.

Schmerzkrankheit / AHP1966 / Versorgungsrecht / Sozialrechtliche Fragestellungen / Beispiele .

NB Neue Erkenntnisse zum Ganzkörperschmerz sind ebenso als Vortrag in Vorbereitung / zentrale Sensibilisierung / Neurodynamik / Repräsentationszonen / Nozizeption unter pathologischen Bedingungen / neuropathische Dysfunktion / Allodynie / Hyperalgesie / Desinhibition / Glia (nicht neuronale Modulation) / Oestrogene – Somatotopie des Thalamus / EbM-basierte Pharmakotherapie.

Das Konstrukt FMS sollte zugunsten des Begriffs "Ganzkörperschmerz" aufgegeben werden; als Überbegriff gilt die chronische Schmerzkrankheit mit der Beschreibung psycho-sozialer Folgen und des Beachtens des zweiten Teils der IASP- Definition "chronischer Schmerz", d.h. dass die Begründung auch in der Person, der Persönlichkeit, der BIOGRAFIE, des Umfelds und den Umfeldbedingungen zu finden sein kann.

Mehrere Begründungen können parallel zur chronischen Schmerzkrankheit kodiert werden (ICD-10), seien sie psychologischer / psychosomatischer/psychiatrischer Art.

Bei Vorliegen von Ko- Morbidität können mehrere psychiatrische Diagnosen untereinander gelistet und auch Kodierung erfahren. Bei Festmachen von FMS kann die Ko- Morbidität (besonders bei Gutachten) zwischen 70-75% betragen. Bei

chronischen Schmerzkrankheiten findet sich regelmässig eine Ko -Morbidity von 20-40%. Auch das ein Argument für den zwingend erforderlichen bio-psycho-sozialen Ansatz als *conditio sine qua*