

Richtige Einstufung des FMS

Oktober 2007

Letzte Aktualisierung Februar 2008

Richtige Einstufung des FMS

Dr. med.Rolf-R. Frieling
 FA f. Anaesthesiologie
 FA f. Allgemeinmedizin
 Spezielle Schmerztherapie
 Herner Str. 351/ 44807 Bochum Bochum, 20.04.03

Unter dem Namen Fibromyalgie- Syndrom verstehen wir einen diagnostizierten Beschwerdenkomplex, der unbedingt als chronische Schmerzkrankheit nach ICD-10 zu kodieren ist (R52.2), da auch regelhaft das Chronifizierungsstadium III (Mainzer Pain Staging Score – MPSS – nach Gerbershagen) vorliegt.

Einige Sätze zum Verständnis – hier verweise ich auf weitere Ausführungen in der Anlage.

Besonders der allgemeinärztlich tätige Kollege sollte mit der Problematik dieses Syndroms mindestens in den Grundzügen vertraut sein, damit keine Überweisungen an den Orthopäden erfolgen oder an den Chirurgen zu irgendeinem Eingriff („Jeder Schmerz findet seinen Chirurgen“).

Warum diese harte Sprache?

Schmerzempfinden steht oft in keiner Beziehung zur Schwere einer Schädigung.

Die Schmerzsysteme im zentralen Nervensystem sind überaktiviert, die Schmerzschwelle zum Empfinden von z.B. Berührung ist gesenkt (Verminderung der körpereigenen Schmerzhemmung).

Tief somatische Schmerzen in den Muskeln und Gelenken werden verstärkt wahrgenommen, sind also immer real.

Das Schmerzempfinden des eigenen Körpers hat jahrelangen Schmerzreizen (nozizeptiv, neuropathisch, neurodynamisch, zentrale Sensibilisierung, Wegfall der Hemmung), beispielsweise beim Fibromyalgie- Syndrom, offenbar nichts mehr entgegenzusetzen.

Der allgemeinärztlich Niedergelassene sollte durch Fortbildung in die Lage versetzt werden, die in der Mehrzahl weiblich Betroffenen zu selektieren, diese bei einem Kollegen vorzustellen, der Ganzkörperschmerzprobleme differentialdiagnostisch bearbeiten kann (das ist in ein paar Minuten durch Abtasten der Tender Points beim Rheumatologen nicht möglich, dieser kann allerdings den notwendigen Ausschluss einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises leisten).

Natürlich wäre die eigene Kompetenz vorzuziehen und auch im Rahmen der algesiologischen Fortbildung in Zukunft zu fordern, da die Spezielle Schmerztherapie (ein Misnomer) kapazitativ überfordert ist.

Es handelt sich um Betroffene mit einem empfundenen Ganzkörperschmerz, die neben der erforderlichen Differentialdiagnostik einem ganzheitlich denkenden Kollegen zuzuführen sind (bio-psycho-sozial), da eine Schmerzkrankheit nur so und wegen des sehr hohen Anteils vorliegender Ko- Morbidität zu erfassen ist.

Prof. Fischer betont die äusserste Priorität des Themas „Rückenschmerz“ zur Entwicklung zu einem DMP, da akute Rückenschmerzen schon innerhalb von 3-4 Wochen chronifizieren (yellow flags); hier startet die Firma Grüenthal schon im Juni dieses Jahres ein fertig gestelltes Pilotprogramm - auch ich habe hieran sehr aktiv mitgearbeitet - mit Beteiligung von 50 Kollegen und einer Rekrutierung von ca. 1000 Patienten.

Das Fibromyalgie- Syndrom (ein Beschwerdenkomplex, keine Diagnose, keine Krankheitsentität) ist ein Schmerzproblem im Rahmen chronischer Schmerzkrankheiten mit einem zu errechnenden Chronifizierungsfaktor (meistens III), das sich wohl in ein Rückenschmerzprogramm integrieren lässt, dies würde aber wegen des notwendigen Einschlusses der gesamten „denkbaren“ Möglichkeiten nicht mehr praktikabel sein.

In den Ausführungen des Sachverständigenrates, Gutachten Rückenschmerzen, Bd III,2, ist FMS richtigerweise nur

randständig behandelt, da hier chronische Rückenschmerzen AUCH eine Rolle spielen, die aber in der Alltagsrealität in der Regel als „Bandscheibenschäden“ dargestellt und therapiert werden, nicht ganzheitlich oder als Veränderung der kortikalen Repräsentationszonen bei zentraler Sensibilisierung.

FMS unter rheumatischer Formenkreis zu subsumieren, zu positionieren, zeigt zwar die gute Lobby-Arbeit der rheumatologischen Gesellschaften, geht aber an den medizinischen Erkenntnissen zur FMS vollständig vorbei. Wie gesagt sind Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis differential-diagnostisch auszuschließen, FMS ist aber als Schmerzkrankheit, als Ganzkörperschmerz ohne fassbare anatomische Korrelate anzusiedeln.

FMS ist aber mit Sicherheit kein hervorstechendes Problem des Arzthaftrechts; denkbar ist aber, dass FMS im Rahmen einer unzureichenden Differentialdiagnostik als „Diagnose“ deklariert wird und so somatische Aetiologien übersehen werden (systemische Bluterkrankung, Epilepsie, Karzinom).

Es ist bekannt, dass eine „gewisse Uneinigkeit in der ärztlichen Bewertung“ besteht: abgesehen von einer Bewertung, die sich in der Regel in Hilflosigkeit und nicht-ärztlichem Verhalten äussert (wieviele Beispiele möchten Sie lesen?), besonders in Gutachtensituationen, ist Ausbildung/Weiterbildung/Fortbildung in Richtung Erkennen dieser doch in Allgemeinpraxen (2-5%), beim Rheumatologen (bis zu 50%), Orthopäden (ca. 30%) überaus wichtigen Gesundheitsstörung zu fordern, um nicht wertvolle Ressourcen zu verschleudern und iatrogene Schäden zu setzen.

Eine chronische Schmerzkrankheit ist nur ganzheitlich zu erfassen:

- a) die somatische Situation (z.B. Schäden im Bewegungssystem, Störungen der Muskelfunktion, Erfassen neuro-muskulärer Schädigungen bei Vorliegen von Trigger-Punkten),
- b) Aufzeigen psychologischer/psychosomatischer/psychiatrischer Störungen,
- c) Prüfung der sozialen Dimension (auch einer Mobbing- Situation).

Ein Teil der Probleme sind schon im Text verstreut aufgeführt: bei der Beurteilung chronischer Schmerzen in somatischer Hinsicht geht es immer um die Dominanz der folgenden Systeme: nozizeptiv, neuropathisch (nozizeptives System unter pathologischen Bedingungen), neurodynamisches System (Bewegungsausmaß der peripheren Nerven, des Dura-Systems mit Innervation und arterieller Versorgung, Nervi nervorum und C-Faser-System), um eine zentrale Sensibilisierung und den Wegfall der deszendierenden Schmerzhemmsysteme (Bahnung).

Bei Ganzkörperschmerzen liegen wechselnde Anteile strukturell und/oder dysfunktionell vor.

Die zentrale Sensibilisierung und der Wegfall der Hemmung bedeuten, dass den andauernden Schmerzreizen offenbar nichts mehr entgegengesetzt ist.

Der chronische Schmerz wird hier, obwohl apparativ (noch) nicht erfassbar, zu einer destruirenden, invalidisierenden Erkrankung, die neben den physischen, psychischen und sozialen Folgen, Depression und psycho- motorische und kognitive Veränderungen mit sich bringt.

Der Beschwerdenkomplex FMS bedeutet (noch) keine Diagnose und keine Krankheitsentität.

Egal welcher Ursache, kann dieser Beschwerdenkomplex festgemacht werden, stehen wir vor einer schwergradigen Schädigung/Funktionsstörung mit Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und des Lebensvollzugs.

Das Tender Point- Konzept wird z. Z. richtigerweise zunehmend in Frage gestellt wegen des unterschiedlichen Empfindens/Erlebens von

Ganzkörperschmerz auf ausgeübten leichten Druck; auch der Untersucher ist in der Regel ungeübt und arbeitet mit unterschiedlicher Druckanwendung und Bewertung (Interratervariabilität) – daran ändert auch die Druckalgesiometrie wenig.

Wichtiger ist die Herausarbeitung von Allodynie und Hyperalgesie oder der Ausschluss.

Das Tender Point- Konzept der ACR von 1990 (leider haben wir aber bisher keine Alternative) hat neben dem Positiven (Vereinheitlichung der Diagnostik mit ihren Schwächen) auch eine Fehlentwicklung eingeleitet, in dem Sinne, dass das pure „Abgreifen“ der definierten Areale zur „Diagnose“ Fibromyalgie / Fibromyalgie-Syndrom führte, und dies insbesondere bei Rheumatologen / Orthopäden / , die plötzlich einen enormen Zuwachs an FMS - Betroffenen erfuhren (mit Ablehnung , da keine entzündlichen Parameter zu eruieren waren oder schlicht als Rheumatiker geführt wurden bei irgendwelchen grenzwertigen Laborbefunden und als solche dann behandelt – ODER mit

multiplen orthopädisch / radiologischen Syndromen eine Annäherung an die Schmerzen gesucht wurde mit unendlichen Spritzenreihen in der Folge und Operationen, „da, wo es weh tut“ unter Missachtung von Befund und Befinden.

Besonders Rheumatologen gelten als „erfahrene Fachleute“ dieser Schmerzform, da nach 3-5-Minuten-Untersuchung bis zu 50% der Klientel als Fibromyalgiker geführt werden.

Eine chronische Schmerzkrankheit kann nur nach den Kriterien des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der WHO (ICF 2001, Genf), Schädigung, Funktion, Teilhabe, Gesundheit diagnostiziert werden (in Deutschland auch ICDH II genannt) und beinhaltet anfänglich einen erheblichen Zeitaufwand.

Bei FMS liegt in der Regel eine Ganzkörperdauerschmerz-Problematik vor.

Ausgang sind chronische regionale Schmerzsyndrome, die sich langsam über Jahre als chronischer Schulter-Arm-Schmerz oder chronischer Rückenschmerz ausbreiten (zentrale Sensibilisierung, Beteiligung der Glia als nicht neuronaler Anteil) oder auch schnell im Verlaufe von Wochen und Monaten zu einem Endstadium führen, das auch als Ende eines Kontinuums begriffen werden kann.

Der Symptomkomplex setzt sich zusammen aus den erwähnten Dauerschmerzen, einer Dauererschöpfung, schneller Ermüdung bei leichten Tätigkeiten mit verzögerter Erholung, Einschlaf-/Durchschlafstörungen, der Schlaf ist nicht erholsam, Druck-/Berührungsempfindlichkeit (als Allodynie und auch als Hyperalgesie vorliegend), Schwellneigung der Extremitäten, Minderung der Muskelkraft/-ausdauer, psychomotorische Verlangsamung mit Konzentrations-/Gedächtnisminderung, Beschreibung eines negativen Leistungsbilds, Depression u. a. als Ausdruck psycho-sozialer Folgen.

Der Ganzkörperschmerz ist also kein Weichteilrheumatismus, keine Muskelerkrankung, keine psycho-somatische und auch keine psychiatrische Störung.

Könnte man den somatischen Teil der Schmerzkrankheit benennen, wäre eine fachlich sinnvolle Diskussion fruchtbar – oder man geht von einer frühkindlichen Schädigung z.B. des Hippocampus und der Amygdala aus (Neuro-Corticoide als toxisch begriffen).

Das wäre dann ein Anteil zur Aetiologie.

Im Zentrum steht bis heute der zu beschreibende Beschwerdenkomplex. Eine Darstellung der psychologischen / psychosomatischen / psychiatrischen Ko -Morbidity(en) ist obligat.

FMS = anhaltende somatoforme Schmerzstörung – hierzu gibt es keine Grundlagen.

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- Morbidity können mehrere psychiatrische Diagnosen untereinander gelistet und auch Kodierung erfahren. Bei Festmachen von FMS kann die Ko- Morbidity (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*.

Dr.med.Rolf-R.Frieling
FA f.Anaesth./FA f.Allgemeinmedizin
Spezielle Schmerztherapie