

Grenzen der Umsetzbarkeit von Evidenz in Leitlinien – Analyse am Beispiel der interdisziplinären S3-Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom

Limits in Transformating Evidence into Guidelines – Analysis on the Example of the Interdisciplinary Guideline About the Fibromyalgia Syndrome

Autoren

M. Herrmann, A. Klement

Institut

Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Halle und Magdeburg, Magdeburg

Schlüsselwörter

- Fibromyalgie-Syndrom
- Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen
- Leitlinie
- Allgemeinmedizin

Key words

- Fibromyalgia-Syndrome
- chronic widespread pain
- guideline
- primary care

Peer reviewed article

eingereicht: 28.07.2008
akzeptiert: 04.08.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1086020
Online-Publikation: 2008
Z Allg Med 2008; 84: 436–443
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. M. Herrmann,
MPH, MA**

Institut für Allgemeinmedizin
der Universitäten Halle und
Magdeburg
Universität Magdeburg
Leipziger Str. 44
Haus 40, Ebene 6
39120 Magdeburg
markus.herrmann@med.ovgu.
de

Zusammenfassung



Hintergrund: Die Interdisziplinäre S3-Leitlinie zur „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms, (FMS)“ wurde unter Beteiligung von Vertretern der DEGAM, von 10 medizinischen bzw. psychologischen Fachgesellschaften und zwei Patientenselbsthilfeorganisationen erstellt. Eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der primärversorgungsrelevanten Leitlinienempfehlungen sowie eine Kommentierung des Leitlinienprozesses und dessen Ergebnis aus hausärztlicher Sicht standen bisher aus. Die Leitlinie Fibromyalgie hatte mehr als andere Leitlinien die zentralen Probleme: uneinheitlich definiertes Krankheitsbild, Fehlen objektiver Messgrößen zur Diagnosestellung, Fehlen oder unverbindbare unterschiedliche Ätiologie-Konzepte der Beteiligten in der Leitliniengruppe sowie wenig bis fehlende Studien mit methodisch verlässlicher Methodik.

Methoden: Es wird Einblick in den Prozess der Leitlinienentwicklung zum Fibromyalgie-Syndrom gegeben. Analysiert wird die von der Steuerungsgruppe der Leitlinie vereinbarte Methodik im Vorgehen bei der Leitlinienentwicklung (Strukturqualität). Es wird ferner der konsensuelle Gruppenprozess in der Bearbeitung und Gewichtung der vorhanden Literatur hinsichtlich der Erarbeitung der Empfehlungen analysiert (Prozessqualität). Ebenfalls werden wichtige Teile der Leitlinienempfehlungen dargestellt und analysiert (Ergebnisqualität). An diesem Material werden fünf wichtige Aspekte herausgearbeitet, die auch in anderen interdisziplinären Leitliniengruppen von Bedeutung sein dürften, auch wenn in dem hier analysierten Leitlinienprozess das Thema sowie die Literaturlage zum Thema eine besondere Bedeutung hatte.

Ergebnisse: Zusammensetzung der interdisziplinären Leitliniengruppe und gesetzte Rahmen-

Abstract



Background: The interdisciplinary guideline Definition, pathophysiology, diagnostic and therapy of the Fibromyalgia-Syndrome (FMS) was produced with inclusion of the German Society for General Practice and Family Medicine (DEGAM), 10 medical and psychological societies and two patient self-help organizations. A summarized presentation and evaluation of the primary-care relevant guideline recommendations is missing so far. The guideline on fibromyalgia had more than other guidelines as central problems: not uniformly defined disease definition, absence of objective findings for diagnosis, absent or controversially seen aetiological concepts, lack of studies with methodically reliable methodology.

Methods: The article delivers insight into the process of the guideline-development to the Fibromyalgia-Syndrome. The methodology arranged by the steering-committee of the guideline is analyzed in the procedure of the guideline-development (structure-quality). Furthermore the consented group process regarding the formulation of the recommendation to the topic is analyzed. Also important parts of the guideline-recommendation are presented and analyzed (result-quality). Five important aspects are extracted from this material, which should be also important in other interdisciplinary guideline groups, even if in this analyzed guideline process the topic as well as the literature about this theme had a special relevance.

Results: Personal formation of the interdisciplinary guideline-group and sedate master conditions were supposed to have taken a very strong influence on the result, that is reflected in the recommendation of the guideline. The fact that it gives only a few evidence based knowledge about the topic on controlled-studies makes the influence of the consented group process high.

bedingungen haben einen sehr starken Einfluss auf das Ergebnis, das sich in den Empfehlungen niederschlägt, genommen. Die Tatsache, dass es nur wenig evidenzbasiertes Wissen auf Studienbasis zum Thema gibt, bedeutete einen enormen Einfluss auf das Konsensusverfahrens. Strittige, aber möglicherweise für die Praxis nutzbare unterschiedliche Ätiologie-Konzepte wurden nicht dargelegt, wodurch die vordergründige Gemeinsamkeit einer phänomenologischen Diagnosebildung dominiert.

Diskussion: Eine Leitlinie, die sich einem Krankheitsbild (FMS) widmet, für das es keine einheitliche und verbindliche Definition gibt, objektive Diagnosekriterien nicht vorliegen und es keine oder unterschiedliche und unverbindbare ätiologische Vorstellungen nur gibt, muss einen hohen Grad von Unpraktikabilität im Alltag der Versorgung behalten. Auch dürfte bei einer breiten Implementierung der Leitlinie es zu einer Ausweitung der als krank definierten Bevölkerung führen (Disease – Mongering) – zumal Public Health und sozialmedizinischer Dienst in der Gruppe nicht vertreten waren.

Hintergrund

Im Bundesgesundheitsurvey 1998 fand sich eine Prävalenz höhergradiger muskuloskelettaler Schmerzen bei 16% der befragten Bevölkerung. Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen stellen sich recht häufig als klinisches Problem in der hausärztlichen Versorgung. Sofern Hinweise auf entzündliche oder degenerative Ursachen anhaltender Schmerzen in mehreren Stellen des Bewegungsapparates fehlen, wurde der Beschwerdekomples früher in die Kategorie des „Weichteilrheumatismus“, eingeordnet. Im ICD 10 werden diese Beschwerden unter dem Kapitel M79 unter Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert, eingeordnet. Vor allem Rheumatologen nutzen dieses Kapitel als diagnostische Zuordnung für all die Patienten, für die sich keine Hinweise auf entzündliche oder degenerative Ursachen finden lassen.

In westlichen Industrienationen beträgt die Prävalenz des CWP (nach ACR-Kriterien) bei Erwachsenen der allgemeinen Bevölkerung 10%, das Verhältnis von Frauen zu Männern etwa 2:1. Die größte Häufigkeit fand sich bei beiden Geschlechtern zwischen dem 50.–59. Lebensjahr und nahm in den höheren Lebensjahren ab [1]. In Deutschland lag die Prävalenz des CWP (ACR-Kriterien) bei 35–74jährigen Frauen einer Bevölkerungsstichprobe bei 12,3% [2].

Die Prävalenz des FMS beträgt in westlichen Industrienationen nach den ACR-Kriterien bei Erwachsenen in der allgemeinen Bevölkerung 1–2%, das Verhältnis von Frauen zu Männern 4–6:1. In einer Zusammenfassung von 10 Studien zur Prävalenz in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung lag die Prävalenz des FMS zwischen 0.7 und 3.3%.

Mit den Klassifikationskriterien der Fibromyalgie wurde durch das Amerikanische Kollegium für Rheumatologie im Jahre 1990 eine neue diagnostische Kategorie für „weichteilrheumatische“ Beschwerden geschaffen. In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist die Fibromyalgie im Kapitel XIII (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) mit einem eigenen diagnostischen Kode (M79.70) aufgenommen [3]. Das Beschwerdebild „Fibromyalgie-Syndrom“ (FMS) wird hinsichtlich Definition, Klassifikation und Diagnose zwischen medizinischen Fachgesellschaften sowie zwischen einzelnen Ärzten, Psychologen und Betroffenen uneinheitlich betrachtet. Ebenso wird die

Controversial, but possibly for the practice usable different aetiology-concepts were excluded and immolated for the mutuality of phenomenological diagnostics.

Discussion: A guideline, that focuses on a syndrome (FMS), that lacks of a uniformly and binding definition, for which objective diagnosis-criteria are not available and where none or different and controversial aetiological ideas only are given, must keep a high degree for non- practicability in the everyday practice in primary care. A wide implementation of the guideline should lead to an expansion of this as ill defined population (Disease-Mongering), especially since Public Health and social-medical service were not represented in the guideline-group.

Definition, Klassifikation und Diagnose von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen als „Chronic widespread pain“ (CWP) vielfach durch berufspolitische Standpunkte medizinischer Fachgesellschaften, medizinischer Dienste der Sozialversicherungen und Versorgungsansprüche von Betroffenen beeinflusst. Im Forschungszusammenhang und in angloamerikanischen Leitlinien zu CWP und FMS werden überwiegend die Kriterien des Amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie (ACR) verwendet [4]. Die ACR-Kriterien werden insbesondere von Klinikern und Psychologen kritisiert, da sie bedeutsame Aspekte des Symptomkomplexes nicht ausreichend erfassen [5]. Die Überlappung mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist breit [6].

Das Spektrum möglicher diagnostischer Zuordnungen des FMS reicht von organischer Erkrankung mit möglichen psychischen Komorbiditäten über funktionelle somatische Syndrome bis zur somatoformen oder affektiven Störung. Bei vielfältigen Diskussionen im Rahmen der Leitlinienerstellung wurde die praktische Umsetzbarkeit der Tenderpointuntersuchung in der Primärversorgung aufgrund des Zeitaufwandes und mangelnder Standardisierung als problematisch angesehen.

Als wesentliche Aufgabe der Leitliniengruppe wurde daher die Entwicklung von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen zu einer von Betroffenen und Behandlergruppen akzeptierten Definition und Klassifikation des FMS/CWP sowie eines klinischen Diagnosealgorithmus für die klinische Versorgung angesehen. Zusätzlich sollte auf der Grundlage einer systematischen Sichtung der Evidenz zu Verlauf, Prognose und beschwerdeassoziierten Beeinträchtigungen Empfehlungen für Patientenedukation und sozialmedizinische Fragen in der klinischen Praxis erarbeitet werden [7].

Hiermit war die Arbeit in dieser Leitliniengruppe ein Sonderfall: Die zu bearbeitende Diagnose ist nicht einheitlich definiert; damit gab es keine einheitlichen Empfehlungen oder gar verbindliche Leitlinien.

Aufgrund der beschriebenen Kontroversen und Unsicherheiten beschloss die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS), ein Dachverband medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften, eine interdisziplinär angelegte Leitlinie zu CWP/FMS. Methodisch wurde dazu die Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) eingeholt. Dies geschah

mit dem Ziel der Entwicklung einer Leitlinie auf einem S3-Niveau (evidenzbasiert und im Konsensus aller beteiligten Versorger und Patienten).

Der vollständige Methodenreport – also die Vorgehensweise zur Sichtung und Bewertung der Literatur – des FMS-Leitlinienprozesses, Kurz- wie Langfassung sind über das Internet-Portal der AWMF öffentlich einseh- und abrufbar [8]. Bei der Leitlinienrecherche konnten zwei deutschsprachige (S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde aus 1997 und S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie aus 2005) und eine amerikanische Leitlinie zum FMS-Syndrom (American Pain Society, 2005) gefunden werden. Bei der systematischen Literaturrecherche wurden mehr als 5000 Literaturhinweise mit einem zweistufigen Filterverfahren gesichtet, hiervon wurden 644 Publikationen bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt [9].

Die Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) – hier die Autoren – waren in den Arbeitsgruppen zu „Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese“ sowie „Patientenschulung, Allgemeine Behandlungsgrundsätze und Versorgungs-koordination“ eingebunden; d.h. die Literaturrecherche der Leitlinien-Koordinatoren wurde durch eine eigene Recherche zu Fragen der hausärztlichen Versorgung ergänzt, die vorgelegte Literatur hinsichtlich der abzuleitenden Schlussfolgerungen kritisch geprüft. Die Diskussion der Konsensusaussagen erfolgte über internetbasierte Diskussionsforen, Emailaustausch und in zwei Konsensuskonferenzen [10].

Methoden

Es wird über die Erfahrung der beiden Autoren, die als Vertreter der DEGAM Mitglieder der interdisziplinären Leitliniengruppe „FMS“ waren, sowie die in der Leitlinien getroffenen Empfehlungen eine Analyse der besonderen Probleme dieser Leitlinie vorgenommen. Analysiert wird die von der Steuerungsgruppe vereinbarte Methodik im Vorgehen der Leitlinienentwicklung (Strukturqualität). Als „Material“ der weiteren Analyse, mit dem Ziel verallgemeinerbarer Aspekte bei der Arbeit in interdisziplinären Leitliniengruppen werden neben der Kurz- und Langfassung der Leitlinie (Ergebnisqualität) auch Erkenntnisse aus dem abgelaufenen konsensuellen Gruppenprozess (Prozessqualität) genutzt.

An diesem Material werden fünf wichtige Aspekte herausgearbeitet, die auch in anderen interdisziplinären Leitliniengruppen von Bedeutung sein dürften, wenn auch in der hier zur Analyse genutzten besondere Bedeutung hatten, weil sie durch das Thema sowie die Literaturlage zum Thema wesentlich mit bestimmt wurden.

Ergebnisse

Methodik der Leitliniengruppe

Eine systematische Literaturrecherche zu kontrollierten Studien (bis einschließlich 2006) wurde genutzt, evidenzbasierte Literatur zum Thema zu gewinnen. Es erfolgte daraufhin eine Evidenzklassifizierung anhand der Vorgaben des Oxford-Centre for Evidence Based Medicine.

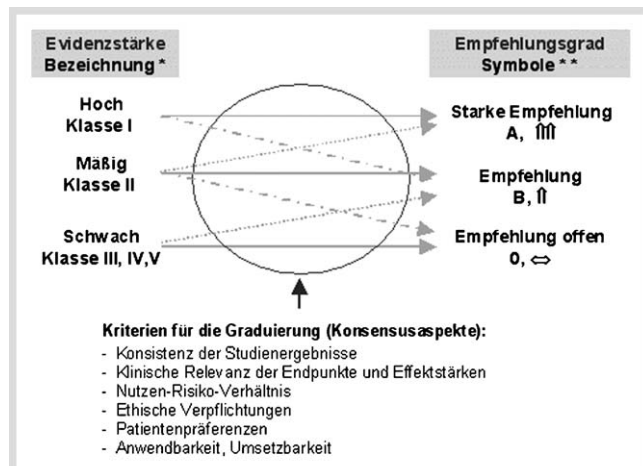


Abb. 1 Verhältnis „Evidenz“- und Empfehlungsgrad [11]. * Nach Oxford Centre of Evidence based Medicine. ** Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert: Starke Empfehlung: „soll“; Empfehlung: „sollte“; Empfehlung offen: „kann“ (Handlungsoption). Negativ-Empfehlungen werden sprachlich ausgedrückt („nicht“) bei gleichen Symbolen. (Abbildung entnommen aus Methodenreport Leitlinie Fibromyalgie, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004m.pdf>)

Klassifikation Empfehlungsgrade

Empfehlungen wurden in einem mehrstufigen nominalen, konsensuellen Gruppenprozess unter Moderation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet. Für die Empfehlungsstärke wurde die Empfehlungsgraduierung der nationalen Versorgungsleitlinien verwendet. Die Stärke einer Empfehlung soll mit dem Ergebnis der klinischen Beurteilung, der Aussagefähigkeit und Anwendbarkeit der methodisch aufgearbeiteten „Evidenzen“ korrespondieren. Dabei kommt der Vergabe der Empfehlungsgrade explizit und implizit Wertendes zu und erfolgte im Rahmen des abschließenden Konsensusverfahrens einer Leitlinie (Nominaler Gruppenprozess). Neben der zugrunde liegenden „Evidenz“ sollen dabei auch ethische Verpflichtungen Berücksichtigung finden, ferner die klinische Relevanz der in den Studien verwendeten Effektivitätsmaße sowie auch die Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und das Deutsche Gesundheitssystem. Schließlich gilt es auch die Präferenzen der Patienten zu berücksichtigen. Aufgrund dieser Aspekte konnten in begründeten Fällen Abweichungen zwischen „Evidenzgrad“ und Empfehlungsgrad vorgenommen werden (siehe **Abb. 1**). (s. Methodenreport der Leitliniengruppe: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004m.pdf>)

Klassifikation der Konsensusstärke

Da abzusehen war, dass einige Themen der Leitlinie nicht aufgrund von Studien beantwortet werden konnten (z.B. Ausmaß der Diagnostik, Art der Versorgungskette) und auch kontroverse Ansichten bei einigen Themen bei unterschiedlichen Fachvertretern antizipiert wurden, wurde beschlossen, an Stelle (bei fehlender „Evidenz“) bzw. zusätzlich zu „Evidenz“- und Empfehlungsgraden auch die Konsensusstärke bei den einzelnen Empfehlungen anzugeben. Es wurde beschlossen, bei der abschließenden Konsensuskonferenz jeder Fachgesellschaft und den Patientenselbsthilfeorganisationen je eine Stimme (Votum) zu-zuerkennen. Mitglieder der Fachgesellschaften bzw. Patientenselbsthilfeorganisationen sollten dabei ihr Votum nach inter-

Tab. 1 Klassifikation der Konsensusstärke.

– Starker Konsens: Zustimmung von >95% der Teilnehmer
– Konsens: Zustimmung von 75–95% der Teilnehmer
– Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung 50–75% der Teilnehmer
– Kein Konsens: Zustimmung <50% der Teilnehmer
– Ein Minderheitenvotum mit Begründung ist möglich

ner Abstimmung mit einfachem Mehrheitsentscheid bilden. Die Konsensusstärke wurde entsprechend der Klassifikation der DGVS bei der Leitlinie zum Morbus Crohn vorgenommen (s. **Tab. 1**) [12] (s. auch Methodenreport der Leitliniengruppe: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.m.pdf>)

Analyse-Material der Leitlinie „FSM“

Trotz umfassender Literaturanalyse können Empfehlungen zu allgemeinen Behandlungsgrundsätzen und zur Versorgungskoordination von Patienten mit CWP und FMS nur selten durch kontrollierte Studien belegt werden. Unterschiedliche Gesundheitssysteme machen Ergebnisse internationaler Studien nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar. Patientenpräferenzen wurden in den für die Empfehlungen verwendeten Studien nicht berücksichtigt. Die Empfehlungen zur abgestuften Behandlung und Versorgungskoordination beruhen daher überwiegend auf Erfahrung von Klinikern und Betroffenen sowie der geschilderten Konsensusbildung.

Die Literaturrecherche ergab keine kontrollierten Studien zu CWP. Empfehlungen zur Therapie des CWP beruhen daher auf indirekter Evidenz (Anwendung der Studienergebnisse bei Patienten mit der Diagnose FMS). Die Leitliniengruppe entschied sich mit starkem Konsens für die Empfehlung, dass bei CWP ein „Vorgehen analog dem FMS erwogen werden“ kann (Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad C) [13].

Die im Folgenden zusammengefasst dargestellten Ergebnisse des Leitlinienprozesses können in vollständiger Form jeweils in der Langfassung der Leitlinie oder in den angeführten Publikationen nachgelesen werden [14, 15]. Für die hier durchgeführte Analyse sind insbesondere die Abweichungen zwischen „Evidenz“, Empfehlungsgrad und Konsensus von Interesse.

Diagnosestellung

Als Orientierung für die Diagnosestellung dienten die international durch das US-Amerikanische Kollegium für Rheumatologie (ACR) eingeführte Definition und Kriterien für chronische Schmerzen (CWP) in mehreren Körperregionen:

- ▶ 3 Monate bestehender Schmerz in:
 - ▶ Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule),
 - ▶ rechte Körperhälfte und linke Körperhälfte und
 - ▶ oberhalb der Taille und unterhalb der Taille.

Das Fibromyalgiesyndrom FMS nach ACR-Kriterien wird durch die anamnestischen Angaben eines CWP und den klinische Befund einer schmerzhaften Palpation von mindestens 11/18 definierten Tender Points. Es wurde empfohlen den Begriff „Fibromyalgiesyndrom“ FMS an Stelle des Begriffes „Fibromyalgie“ (ICD-10 German Modification M 79.7) zu verwenden. In Orientierung an die ACR-Kriterien unter nur noch fakultativer Beachtung der Tender Points wurde die Diagnosestellung folgendermaßen definiert. (s. Textkasten „Diagnoststellung“).

Diagnosestellung eines Fibromyalgiesyndroms

- ▶ Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms als Grundlage für therapeutische Entscheidungen kann nach symptom-basierten Kriterien (chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen und Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, Füße und Gesicht und Müdigkeit und Schlafstörungen) erfolgen.
- ▶ Fakultativ kann die Druckschmerzempfindlichkeit nach ACR-Kriterien überprüft werden. Der Nachweis von *mindestens* 11 von 18 bei Palpation druckschmerzhaften Tender Points ist für die *klinische* Diagnose eines FMS nicht notwendig.
- ▶ Vermehrte Druckschmerzempfindlichkeit an anderen Stellen des Bewegungsapparates (sogenannte Kontrollpunkte) schließt die Diagnose eines FMS nicht aus. **„Evidenz“ grad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

Basistherapie

Aufgrund geringer bis mäßiger Effektstärke sämtlicher aktuell verfügbarer (nicht-) pharmakologischer Behandlungsverfahren sowie der verfügbaren Daten zum Langzeitverlauf des FMS (Persistieren der Beschwerden bei dem meisten Betroffenen, aber Möglichkeit einer besseren Adaptation an beschwerdeassoziierte Beeinträchtigungen) können folgende Therapieziele beim FMS definiert werden: Verbesserung bzw. Erhalt der Funktionsfähigkeit im Alltag, Adaptation an Beschwerden im Alltag (Aktivitätsmanagement) und Beschwerdereduktion.

Empfehlungen zur Basistherapie (Kurzfassung Leitlinie)

- ▶ Patientenschulung, kognitiv-verhaltenstherapeutische und operante Schmerztherapie. „Evidenz“ grad 1a, Empfehlungsgrad A,
 - ▶ An individuelles Leistungsvermögen angepasstes aerobes Ausdauertraining. „Evidenz“ grad 1a, Empfehlungsgrad A
 - ▶ Antidepressivum: Amitriptylin 25-50 mg/d. „Evidenz“ grad 1a, Empfehlungsgrad A,
 - ▶ Diagnostik und Behandlung komorbider körperlicher Erkrankungen und seelischer Störungen. „Evidenz“ grad 5, Empfehlung offen, starker Konsens
- <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004k.htm>

Dabei folgt die Evidenz-Angabe der üblichen Einteilung; eine Empfehlung kann dieser Evidenzlage folgen oder – insbes. bei Konsens – aufgrund auch niedriger Evidenzgrade eine starke Empfehlung (Grad A) aussprechen lassen.

Weiterführende Behandlung

Patienten mit relevanten Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen nach 6-monatiger Basistherapie sollte unter Berücksichtigung der definierten Indikationen und Kontraindikationen eine multimodale Therapie nach Möglichkeit ambulant angeboten werden. Wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichend bzw. nicht möglich sind, wird eine (teil-stationäre multimodale Therapie empfohlen.

Empfehlungen zur weiterführenden Behandlung (Kurzfassung Leitlinie)

- ▶ multimodale Therapie (medizinische Trainingstherapie oder andere Formen der aktivierenden Bewegungstherapie in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren) („Evidenz“ grad 1a, Empfehlungsgrad A)
- ▶ multimodale Therapie sollte ambulant durchgeführt werden; wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichend bzw. nicht möglich, (teil-)stationäre multimodale Therapie empfohlen. „Evidenz“ grad 5, Empfehlungsgrad C, starker Konsens
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004k.htm>

Empfehlungsgrad C beinhaltet, dass es aufgrund der Literatur keine Empfehlung in die eine oder andere Richtung geben kann und auch kein Konsens in eine der beiden Richtungen möglicher Empfehlung gegeben hat.

Langzeitbetreuung

Bei einer Langzeitbetreuung nach den Prinzipien der psychosomatischen Grundversorgung sind die Selbstverantwortung und Eigenaktivität der Betroffenen zu stärken. Mit den Patienten sollte ein individualisiertes Behandlungsprogramm mittels partizipativer Entscheidungsfindung erstellt werden.

Empfehlungen zur Langzeitbetreuung (Kurzfassung Leitlinie)

- ▶ Keine weitere spezifische Behandlung („Evidenz“ grad 5, Empfehlung offen, starker Konsens)
- ▶ Selbstmanagement: Aerobes Ausdauertraining; Funktionstraining, Entspannung, Stressbewältigung („Evidenz“ grad 5, Empfehlung offen, starker Konsens)
- ▶ Ambulante Fortführung multimodaler Therapien („Evidenz“ grad 5, Empfehlung offen, starker Konsens)
- ▶ Multimodale Intervall- bzw. Boostertherapie („Evidenz“ grad 5, Empfehlung offen, starker Konsens)
- ▶ Zeitlich befristet: Fluoxetin 20-40 mg/d bzw. Paroxetin 20-40 mg/d („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens) oder Duloxetin 60-120 mg/d („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad B, Konsens) oder Tramadol/Paracetamol bis zu 150 mg/1300 mg/d („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens) oder Pregabalin 450 mg/d („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens)
- ▶ Zeitlich befristet: Hypnotherapie/geleitete Imagination („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad B, Konsens) oder therapeutisches Schreiben („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens)
- ▶ Zeitlich befristet: Physikalische Therapieverfahren (Balneo- und Spathherapie bzw. Ganzkörperwärmetherapie) („Evidenz“ grade 2b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens)
- ▶ Zeitlich befristet: Komplementäre Therapieverfahren (Homöopathie bzw. vegetarische Kost) („Evidenz“ grad 2b, Empfehlungsgrad offen, Konsens)
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004k.htm>

Der Empfehlungsgrad B beinhaltet eine Empfehlung, die wesentlich aufgrund klinischer Erfahrung und Plausibilität begründet ist, für deren Berechtigung es aber wenig oder methodisch nicht sehr verlässliche Literatur nur gibt.

Versorgungskoordination

Die Langzeitbetreuung eines Patienten mit FMS oder CWP sollte durch den Hausarzt oder andere Fachärzte mit Erfahrung in der Behandlung des FMS erfolgen. Die Langzeitbetreuung beinhaltet die regelmäßige Erfassung des klinischen Zustandes (Beschwerden, Beeinträchtigungen) sowie die Koordination und Dokumentation der Behandlung ebenso wie ggf. Krankenseinweisungen oder Veranlassung einer (teil-stationären Rehabilitationsmaßnahme unter Berücksichtigung der Kriterien der International Classification of Functioning ICF (Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad C, starker Konsens) [13].

Kernaussagen der FMS-Leitlinie aus hausärztlicher Sicht

- ▶ Für die „Verdachtsdiagnose“ eines FMS reicht im Regelfall die (erlebte) Anamnese und eine problemorientierte körperliche Untersuchung
- ▶ Weiterführende Diagnostik ist im Regelfall auf ein Basislabor begrenzt
- ▶ Die Langzeitbetreuung und Versorgungskoordination eines FMS-Patienten erfolgt in der Regel (aber nicht obligatorisch) durch den Hausarzt
- ▶ Wird die „Erstdiagnose“ durch andere als Hausärzte gestellt – ist der Hausarzt über das Beratungsergebnis schriftlich zu informieren
- ▶ Therapieeffekte sollen am Therapieende und nach 6+12 Monaten (ohne Formvorgabe) evaluiert werden um Über- und Fehlversorgung zu minimieren
- ▶ Bei relevanten Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bei „Diagnosestellung“ soll ein „mehrere Therapieoptionen umfassendes“ Behandlungsprogramm angeboten/empfohlen/veranlasst werden: Patientenschulung+ Aerobes Ausdauertraining+(ggf.)Antidepressivum+Beachtung/Behandlung von Komorbiditäts-Faktoren
- ▶ Andere ergänzende Behandlungsformen sind möglich, jedoch nur neben *nicht* an Stelle der „Basistherapie“ wie unter [13] beschrieben

Vergleich zu anderen Leitlinien

Trotz unterschiedlicher Interessen der beteiligten Organisationen (Betroffene und Behandler), konnte ein überwiegend starker Konsensgrad der Empfehlungen erreicht werden. Die Empfehlungen zur Behandlung und Versorgungskoordination wurden auf die in Deutschland bestehende Versorgungsstrukturen abgestimmt. In Übereinstimmung mit der US-Amerikanischen Leitlinie der American Pain Society (APS) werden als Basistherapie Information, Schulung, kognitive und operante Schmerztherapie, aerobes Ausdauertraining sowie Amitriptylin genannt. Im Gegensatz zur US-Amerikanischen Leitlinie der APS wird die multimodale Therapie als zweite Therapiestufe empfohlen. Die APS empfiehlt als zweite Therapiestufe eine auf die Symptome abgestimmte medikamentöse und physikalische Therapie und als dritte Therapiestufe eine multimodale Therapie. Im Gegensatz zu der Leitlinie der APS werden in der deutschen Leitlinie die Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung von Patient und Behandler bzgl. der Therapieoptionen in allen Behandlungsstufen dezidiert festgeschrieben. An Therapieoptionen in der dritten Behandlungsstufe werden in der vorliegenden Leitlinie auch alternative und komplementäre Verfahren genannt. Komplementärmedizinische Therapie-

optionen haben durchweg fakultativen Charakter und sollten nur in Ergänzung zur Basistherapie und Patientenschulung bzw. Langzeitbetreuung erfolgen. Weiterhin gibt die vorliegende Leitlinie erstmals Empfehlungen zu einer Langzeitbetreuung der Patienten.

Analyse wesentlicher Probleme bei der Leitlinienentwicklung

Aufgrund der Beteiligung der beiden Autoren an dem Konsensusverfahren als Vertreter der DEGAM können hier einige lehrreiche Aspekte der Leitlinienarbeit dargestellt und analysiert werden. Zur Frage der Anwendbarkeit der Leitlinie in der hausärztlichen Praxis sollen an dieser Stelle keine Aussagen gemacht werden, sondern diese sollte gesondert in einem Paneltest untersucht werden.

- ▶ Vor dem Hintergrund nur weniger Studien hoher Evidenz spielte das Abstimmungsverfahren innerhalb der Gruppe eine bedeutende Rolle. Damit ist die Leitlinie Experten-geleitet bzw. Ergebnis eines formalen Abstimmungsprozesses, bei dem auch andere als nur inhaltliche Interessen eine Rolle spielen können.
- ▶ Wiederholt kam es dazu, dass einige Empfehlungen trotz mangelnder oder schwacher Evidenz aus dem Konsensusprozess heraus höher ausfielen (Empfehlungsgrad A). Umgekehrt wurden aber auch bei den komplementärmedizinischen Maßnahmen Empfehlungen ausgesprochen, die unterhalb der gefundenen Evidenz lagen. (s. in obigen Empfehlungsübersichten).
- ▶ Die Rahmenbedingungen der Leitliniengruppe waren vorab durch die Initiatoren des Leitlinienverfahrens gesetzt z.B.:
 - ▶ Einführung der Klassifikation der Konsensusstärke,
 - ▶ Zusammensetzung der interdisziplinären Leitliniengruppe mit überwiegender Mehrheit medizinischer Spezialisten und 2 Generalisten und wenigen Nicht-Medizinern,
 - ▶ Abstimmungsmodalitäten in der Leitliniengruppe; „jede Fachgesellschaft hatte eine Stimme“ und
 - ▶ Setzungen des gestuften Vorgehens bei Therapie.
- ▶ Bestimmte Akteure waren nicht vertreten, z.B. Fachvertreter sozialmedizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften, Experten der Gesundheitssystemforschung, Vertreter der Renten-Krankenversicherungen oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Experten aus einigen komplementärmedizinischen Verbänden.
- ▶ Orientierung an den Kriterien einer spezialisierten Fachgesellschaft des American College of Rheumatology (ACR) von 1990 trotz Fehlens einer klaren Ätiologie.

Diskussion

Im Folgenden werden Punkte diskutiert, die sich aus dem Ergebnisteil in Hinblick auf verallgemeinerbare Aspekte bei der interdisziplinären Leitlinienarbeit ableiten lassen.

Legitimation durch Verfahren

Niklas Luhmann hat als erster die Bedeutung der Legitimation durch soziale Verfahren am Beispiel des Rechtssystems in modernen Gesellschaften dargelegt [16]. Da Maßstäbe in den heutigen individualisierten Gesellschaften zwischen Individuen stark differierten und bei der Vielfalt und Komplexität der Themen nicht jeder zu jedem Thema eine Meinung bilden kann, muss an diese Stelle ein soziales Umfeld treten, in welchem die

(generalisierte) verbindliche Anerkennung von Entscheidungen als Selbstverständlichkeit institutionalisiert ist. Die Beteiligten an einem institutionalisierten Verfahren schließen erst durch ihre selektiven Handlungen mehr und mehr Alternativverläufe des Verfahrens aus und steuern so auf ein konkretes Ergebnis hin. Die Verfahrensregeln reduzieren die Komplexität, indem sie die möglichen Verhaltensweisen der Beteiligten einschränken. Die Funktion rechtlich geregelter Verfahren besteht darin, dabei Verhaltensmöglichkeiten offen zu lassen, um den Verfahrensmitgliedern die Annahme von Verhaltensrollen zu ermöglichen. Durch diese relative Autonomie des Verfahrens auf Verhaltens- und auf Rollenebene wird zur sozialen Generalisierung des Ergebnisses beigetragen und eine Umwelt geschaffen, in der eine verbindliche Anerkennung von Entscheidungen im Sinne von Legitimität als Selbstverständlichkeit institutionalisiert wird.

Das Verfahren einer interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Erstellung einer gemeinsam verbindlichen Leitlinie, bei der divergierende und kontroverse Positionen durch verschiedene Akteure eingebracht und argumentativ vertreten werden, erfüllt diese Voraussetzungen. Die Beteiligung der Vertreter der verschiedenen Fachgesellschaften stellt eine wichtige Legitimation für den Verfahrensrahmen dar. Vor dem Hintergrund nur weniger Studien hoher Evidenz, wie in dem Konsensusprozess immer wieder deutlich wurde, spielte somit das Abstimmungsverfahren innerhalb der Gruppe eine bedeutende Rolle.

Als Beteiligte innerhalb des Konsensusverfahrens wurden aber gerade die intersubjektiven oder Interessen-geleiteten Differenzen zwischen den Beteiligten und die Strategien der subjektiven Einflussnahme auf das Verfahren transparent. Wie beschrieben kam es immer wieder dazu, dass einige Empfehlungen trotz mangelnder oder schwacher Evidenz aus dem Konsensusprozess heraus höher ausfielen (Empfehlungsgrad A). Umgekehrt wurden aber auch, z.B. was komplementärmedizinische Maßnahmen anbelangt, Empfehlungen ausgesprochen, die unterhalb der gefundenen Evidenz lagen.

Damit stellt sich die Frage, welcher Einfluss auf das Ergebnis des Verfahrens allein schon die Zusammensetzung der Gruppe hatte: eine überwiegende Mehrheit von Spezialisten aus der medizinischen Versorgung, die aus ihrem Fachgebiet heraus spezifische eigene Interessen in dem Verfahren auch verfolgten, stand den 2 Generalisten und den wenigen Nicht-Mediziner gegenüber. Jede Gruppe hatte jeweils nur eine Stimme bei konsensuellen Abstimmungen. Auch dürfte Einfluss genommen haben, dass Akteure aus Public-Health und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht vertreten waren. Ebenfalls gab es keine Vertreter einzelner komplementärmedizinischer Verfahren – obwohl – wie sich hier herausstellte, die Studienlage hier noch recht gut war (s. Überblick zu Empfehlungen oben). Hier – aber man erlebt es auch in anderen Leitliniengruppen – floss erheblich eine subjektive Voreinstellung der Gruppenmitglieder zu Schul- vs. Komplementärmedizin mit ein – selbst bei Vorliegen relativ vertrauenswürdiger Studien im Hintergrund.

Krankheitskonzept

Das klinische Krankheitskonstrukt der Fibromyalgie wurde im Wesentlichen durch Rheumatologen entwickelt. Als Orientierung dient die 1990 von dem American College of Rheumatology (ACR) entwickelten Kriterien (ACR-Kriterien) [2]. Danach wird von einer Fibromyalgie gesprochen wenn ausgedehnte Schmerzregionen vorliegen und 11 von 18 definierten „Tender Points“ schmerzhaft sind. Trotz erheblicher Forschungsanstrengungen konnte kein plausibles pathophysiologisches Modell für die Ent-

wicklung einer Fibromyalgie formuliert werden. Das Krankheitskonzept der FMS beruht auf einer rein phänomenologischen Grundlage chronischer Schmerzen in drei Körperregionen. So werden in der Langfassung (neuro)biologische Korrelate zwar aufgeführt, können aber (bislang) zu keinem ätiologischen Modell genutzt werden. Das FMS wird als „Endstrecke verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen“ verstanden. Biopsychosoziale Aspekte werden postuliert, konzeptionell wird allerdings auf lerngeschichtliche und genetische Prädisposition eingegangen. „Physikalische und/oder biologische und/oder psychosoziale Stressoren lösen bei einer entsprechenden genetischen und lerngeschichtlichen Prädisposition vegetative, endokrine und zentralnervöse Reaktionen aus, aus denen die Symptome des FMS, wie Schmerz, Fatigue, Schlafstörungen, vegetative und psychische Symptome resultieren“, heißt es in der Langfassung der Leitlinie [17].

Affektive Störungen (PTSD, Depressionen), Somatisierung und somatoforme Schmerzstörungen werden als verbreiteter Risikofaktor gewertet. Obgleich eine nicht unwesentliche Überschneidung mit der Diagnose einer Somatoformen Störung zu erwarten ist, wird dennoch das FMS als ein unabhängiges Krankheitskonstrukt betrachtet.

Eingehende psychologische Modelle beinhalten im Wesentlichen lerntheoretische und behaviorale Konzepte. Folgerichtig werden kognitiv/operante Verhaltenstherapie propagiert. Da bei affektiven und somatoformen Störungen tiefenpsychologische Konzepte Anwendung finden, die auch in der psychosomatischen hausärztlichen Grundversorgung Eingang finden (z.B. in der diagnostischen und therapeutischen Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung), kann mit einem solchen Hintergrund die Diagnosestellung einer FMS zu anderen Interventionen führen als bei einer der o.g. psychischen Störungen.

Diese wichtigen konzeptionellen Unterschiede in der Gruppe sind nicht in die Leitlinie explizit eingeflossen, sie sind damit verdeckt gehalten. Dies aber könnte sich bei der Umsetzung der Leitlinie in der Praxis mit ja recht unterschiedlichen konzeptionellen Hintergrund der unterschiedlichen Versorger zu erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten führen.

Häufigkeit in der hausärztlichen Praxis

Gegenwärtig liegt keine aktuelle publizierte Studie zur Prävalenz/Inzidenz des FMS/CWP in der hausärztlichen Primärversorgung in Deutschland vor. Möglicherweise liegt dies daran, dass in der hausärztlichen Praxis oftmals symptomatisch eine Definition von Beratungsursache vorgenommen wird bzw. nicht primär eine diagnostische Zuordnung gesucht wird, sondern vielmehr problemorientiert gearbeitet wird. Dies muss sich bei einem so wenig ätiologisch abgesicherten Syndromkomplex besonders stark bemerkbar machen. In einer aktuellen praxisepidemiologischen Erhebung findet sich unter dem Begriff „polymorphe, wahrscheinlich nicht organische Beschwerden“ eine durchschnittliche 1-Jahres-Fallprävalenz von 3,1 bis 8,4 Promille entsprechend dem 35. Häufigkeitsrang der Behandlungsursachen beschrieben [18]. Dies korrespondiert mit einer niederländischen Studie, in der von befragten Hausärzten eine Prävalenz des FMS von ca. 1–1,5 Promille unter ihren Patienten vermutet wurde [19]. Die Bedeutung dieser Häufigkeitsangaben liegt in ihrer Niedrigprävalenz: Hausärzte werden vermutlich hinsichtlich Studium und Implementierung von Leitlinien eine Priorisierung analog der Auftretenshäufigkeit der betreffenden Gesundheitsstörung in ihrer Praxis vornehmen und damit wird das FMS nicht unbedingt sehr vorn stehen. Ein zusätzliches Problem ent-

steht aus dem bekannten Phänomen einer verhältnismäßig hohen Rate falsch-positiver Ergebnisse bei gewünschter hoher Sensitivität aber niedriger Spezifität von diagnostischen Testverfahren im Niedrigprävalenzbereich [20].

Mögliche Ausweitung der Diagnosestellung

Durch die Aufweichung der Definition gegenüber den ACR-Kriterien ist zu erwarten, dass es zu einer Ausweitung der Diagnosestellung eines FMS kommt, da der Nachweis von mindestens 11 von bei Palpation druckschmerzhaften Tenderpoints, wie es die ACR-Kriterien vorsehen, nicht zwingend notwendig ist (nur 20% der Patienten mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen („Chronic Widespread Pain“ CWP) weisen 11/18 schmerzhaft Tender-Points auf). Bei schon jetzt etwa 10% Prävalenz in der Bevölkerung, die unter CWP leiden, ist die mit der Ausweitung der Diagnosestellung einer FMS zu erwartende Zunahme von FMS-Diagnosen bevölkerungsmedizinisch nicht unrelevant.

Auch wenn es sich bei dem FMS um keine klassische Diagnose einer Erkrankung handelt, sondern um ein Syndrom rein phänomenologischer Gestalt ohne ätiologisch abgesichertes Modell, ist ferner damit zu rechnen, dass es durch die Leitlinie zu einer stärkeren Verankerung als Krankheit kommt. Anzumerken ist dabei, dass es in verschiedenen „Schulen“ unterschiedliche ätiologische Modelle gibt (z.B. das Modell der somatoformen Störung). Nur wurden diese in der Leitlinie bewusst ausgeklammert, weil ansonsten die Unheillichkeit noch bedrohlicher geworden wäre.

Damit ginge nicht nur das Symptomatische daran – im Unterschied zur DEGAM-Leitlinie Müdigkeit oder Kreuzschmerz – verloren, sondern es führt im gesellschaftlichen Bewusstsein zu einer sozialen Typisierung als eigenständiges Krankheitsbild. Das noch in der Leitlinie vage formulierte Bild einer „Endstrecke verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen“ würde damit in den Hintergrund treten. Für unklare körperliche Schmerzen, die sich organisch nicht weiter abklären lassen, findet sich eine Krankheit, mit dem sich der Anspruch auf Heilbehandlung, Krankengeld und vorzeitige Berentung legitimieren lässt. Kritiker unseres medizinisch-technisch dominierten und krankheitsorientierten Gesundheitswesens diskutieren unter dem Begriff des Disease-Mongering das Umdeuten individueller Mängel oder Missempfindungen als therapiebedürftige Krankheiten und deren gesellschaftliche Folgekosten [21].

Mangelnde Berücksichtigung sozialmedizinischer Relevanz

Begrüßenswert ist die Anknüpfung an aktuelle Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rehabilitation (§ 43 Abs 1 Nr. 2 SGBV), in dem der multimodale-interdisziplinäre (bio-psycho-soziale) Ansatz des Rehabilitationsteams gefordert ist. Die Bedeutung der Rehabilitation wird gesehen und dargelegt.

Im Rahmen des Konsensusverfahrens waren allerdings weder Experten aus sozialmedizinisch-wissenschaftlichen Verbänden, der Gesundheitssystemforschung noch Akteure der Renten-Krankenversicherungen oder des MDK einbezogen. Diskussionen um sozialmedizinische und ökonomische Relevanz der vorgelegten Diagnosekriterien wurden nicht vertieft und als für die Leitlinie nicht relevant betrachtet. Der Vorschlag auch der Bedeutung der International Classification of Function, Disability and Health (ICF) gerecht zu werden, gerade hinsichtlich der Anforderungen von Sozialmedizin und der Beurteilung von Ren-

tenbegehren, fand keine Mehrheit. Die aktuelle Praxis der Diagnosestellung eines FMS und davon abgeleiteten ärztlichen Leistungen zeigt bereits jetzt häufige sozialmedizinische Implikationen in Hinblick auf Arbeitsunfähigkeit, Krankengeldzahlungen und Rentenbegehren. Und damit gilt auch hier wieder: Welche Auswirkungen hat eine mögliche Ausweitung der Diagnosestellung und Legitimation über eine Leitlinie, die das Problem der sozialmedizinischen Relevanz ausspart?

Mangelnder hausärztlicher Zuschnitt

Es handelt sich bei der FMS-Leitlinie nicht um eine „hausärztliche Leitlinie“ im engeren Sinne, obwohl es ganz überwiegend Hausärzte sein werden, die diese Patienten zu versorgen haben. Besonders in Hinblick auf Definition des Fibromyalgie-Syndroms und chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen, der unübersichtlichen Fülle nicht klar priorisierter ergänzender, – überwiegend komplementär-medizinischer – Therapieoptionen bei zudem noch unzureichender Klärung ambulanter Verfügbarkeit der hier mit hohem Empfehlungsgrad nahe gelegten Empfehlungen wird die praktische Anwendbarkeit der Leitlinie im hausärztlichen Bereich begrenzt sein.

Auf der anderen Seite verfügt ein nicht unwesentlicher Anteil von Hausärzten über Zusatzweiterbildungen in Psychotherapie und komplementärmedizinischen Verfahren (Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur). Auch ein hoher Patientenanteil sucht ebenfalls entsprechend weiterqualifizierte Hausärzte gezielt auf, um diese Leistungsangebote in Anspruch zu nehmen. Nach der verabschiedeten Leitlinie sollen aber erst bei der Langzeitbetreuung bei Patienten mit anhaltenden relevanten Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen 6 Monate nach Ende einer (teil-)stationären multimodalen Therapie ein individualisiertes Behandlungsprogramm erstellt werden. Erst dann soll eine individuelle Behandlung ermöglicht werden, die auf gemeinsame Entscheidungsfindung unter Einbeziehung der Prinzipien der psychosomatischen Grundversorgung sowie Selbstverantwortung und Eigenaktivität der Betroffenen beruht. Inwieweit verhalten sich Hausärzte, die ihren Patienten primär spezifische psychotherapeutische oder komplementärmedizinische Leistungen anbieten, dann noch leitlinienkonform? Wieweit kann den Wünschen von Patienten, die gleich zu Beginn der Behandlung ein individualisiertes, von den Empfehlungen der Leitlinie abweichendes Vorgehen wünschen, nachgekommen werden?

Interessenskonflikte: keine angeben.

Literatur

- 1 Gran JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17 (4): 547–561
- 2 Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42 (7): 829–835
- 3 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (German modification) 2007; <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2007/> (Zugriff 24.7.2008)
- 4 Wolfe F, Snythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160–172
- 5 Tunks E, MacCain GA, Hart LE, et al. The reliability of examination for tenderness in patients with myofascial pain, chronic fibromyalgia and controls. *J Rheumatol* 1995; 22: 944–952
- 6 Wild J. Konsensus-Statement zur Fibromyalgie, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie 1995
- 7 Eich W, Hauser W, Friedel E, et al. Definition, Klassifikation und Diagnose des Fibromyalgiesyndroms. *Schmerz* 2008; 22: 255–266
- 8 <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004m.pdf> (Zugriff 24.7.2008)
- 9 <http://www.awmf-leitlinien.de/> (Zugriff 24.7.2008)
- 10 Bernardy K, Klose P, ceyler N, et al. Methodische Grundlagen für die Entwicklung der Leitlinienempfehlungen (Methodenreport). *Schmerz* 2008; 22: 244–254
- 11 Bundesärztekammer, AWMF, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. Programm für Nationale Versorgungsleitlinien – Methodenreport. Berlin, ÄZQ. Inter. www.versorgungsleitlinien.de/methodik
- 12 Hoffmann J. Methodische Basis für die Entwicklung der Konsensusempfehlungen. *Z Gastroenterol* 2004; 42: 984–987
- 13 Klement A, Häuser W, Brückle W, et al. Allgemeine Behandlungsgrundsätze, Versorgungskoordination und Patientenschulung beim Fibromyalgiesyndrom und chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen. *Schmerz* 2008; 22: 283–294
- 14 <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm> (Zugriff 24.7.2008)
- 15 Themenheft „Interdisziplinäre S3-Leitlinie“ Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms, *Der Schmerz* 22. 2008 Themenheft
- 16 Luhmann N. Legitimation durch Verfahren, 6. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main; 2001
- 17 Langfassung, Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms, S.41 <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.pdf> (Zugriff 24.7.2008)
- 18 Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2007; 83: 102–108
- 19 Bazelmans E, Vercoulen JH, Swanink CM, et al. Chronic Fatigue Syndrome and Primary Fibromyalgia Syndrome as recognized by GPs. *Fam Pract* 1999; 16 (6): 602–604
- 20 Fletcher RH, Fletcher SW. *Klinische Epidemiologie – Grundlagen und Anwendung*. Verlag Hans Huber; Bern; 2007; 214–222
- 21 Lynn Payer: *Disease-Mongers. How Doctors, Drug Companies and Insurers Are Making You Feel Sick*. John Wiley, New York; 1992

Zur Person



Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH MA,

Direktor, Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg und Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzweiterbildung: Homöopathie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Suchtmedizin; Studium der

Medizin, Soziologie, postgraduales Studium Public Health; seit 1999 niedergelassen in kassenärztlicher Praxis in Berlin-Tempelhof; wissenschaftliche Arbeiten über Arzt-Patient-Beziehung, Prävention, Risikokommunikation und Versorgungsforschung; DEGAM-Vertreter in den beiden interdisziplinären Leitlinienarbeitsgruppen „Fibromyalgie“ und „Organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden/somatofrome Störungen“.

Dr. med. Andreas Klement,

40 Jahre, verheiratet, 4 Kinder. Medizinstudium in Berlin, Promotion 1999, Facharzt für Chirurgie 2001, Facharzt für Allgemeinmedizin 2004, Niederlassung in Dresden in haus ärztlicher Gemeinschaftspraxis seit 2005, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Halle-Wittenberg seit 2006; DEGAM-Vertreter in den beiden interdisziplinären Leitlinienarbeitsgruppen „Fibromyalgie“ und „Organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden/somatofrome Störungen“.