

Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe Claudiana

DIPLOMARBEIT

Die Fibromyalgie in Südtirol: Diagnose, Therapie, Perspektive

Eine Umfrage mittels eines „Info – Fragebogens“.

La fibromialgia in Alto Adige: diagnosi, terapia, prospettive

Un'indagine attraverso un "Questionario informativo".

Relatore/Erstbetreuer Dr. Pietro Murrari

Laureando/Verfasser der Diplomarbeit: Dr. Moriz Biamino

Anno Accademico/Akademisches Jahr 2022/23

**I GET SO IRRITATED
WITH PEOPLE WHO
DON'T BELIEVE
FIBROMYALGIA IS
REAL...**

Lady Gaga

Inhaltsverzeichnis

0.	Abstract	1
0.1	Abstract auf Deutsch	1
0.2	Abstract auf Italienisch.....	1
1.	Einleitung	2
1.1	Definition.....	3
1.2	Geschichte	3
1.3	Epidemiologie	4
1.4	Ätiologie und Pathophysiologie	4
1.5	Symptome.....	6
1.6	Diagnose.....	7
1.7	Differentialdiagnose	8
1.8	Therapie.....	9
2.	Ziel	11
3.	Methoden.....	11
3.1	Online-Fragebogen	11
3.1	Interviews mit Südtiroler Allgemeinmedizinern	15
4.	Ergebnisse	15
4.1	Ergebnisse der Online-Fragebögen	15
4.2	Ergebnisse der Interviews mit den Südtiroler Allgemeinmedizinern.....	18
4.3	Vergleich der Ergebnisse der Online-Fragebögen mit denen der Interviews.....	20
5.	Diskussion	22
5.1	Diskussion der Online-Fragebögen	22
5.2	Diskussion der Interviews mit den Südtiroler Allgemeinmedizinern.....	24
5.3	Diskussion des Vergleichs der Online-Fragebögen mit denen der Interviews.....	26
6.	Die Perspektiven.....	28
6.1	Ticketbefreiung.....	28
6.2	Landesweiter Dienst für Rheumatologie, Rheuma Liga Südtirol, Selbsthilfegruppen, Vernetzung	28
6.3	Internetplattformen, Fortbildungen, SÜGAM	29
6.4	EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology)	29
6.5	Pilot Projekt.....	30
6.6	Telemedizin	30
6.7	Andere Regionen.....	30
6.8	Andere Welten.....	31
7.	Konklusion	31
	Quellen	33

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: FIBROMYALGIA SYNDROME (FMS) PREVALENCE (%) BASED ON DATA FROM THE REVISION BY CABO-MESEGUER ET AL. (6).....	4
ABBILDUNG 2: ASCENDING AND DESCENDING PATHWAYS THAT INFLUENCE PAIN SENSITIVITY (18).....	6
ABBILDUNG 3: WPI AND SSS SCORE (25).....	8
ABBILDUNG 4: AKTUALISIERTE EMPFEHLUNGEN ZUR BEHANDLUNG DER FIBROMYALGIE (PUBLIZIERT IM JAHR 2016 „EULAR REVISED RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF FIBROMYALGIA“) (29)	10
ABBILDUNG 5: „INFO-FRAGEBOGEN“ MIT 10 FRAGEN AN DIE ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN (DEUTSCHSPRACHIGE VERSION) FRAGEN 1-4.....	12
ABBILDUNG 6: „INFO-FRAGEBOGEN“ MIT 10 FRAGEN AN DIE ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN (DEUTSCHSPRACHIGE VERSION) FRAGEN 5-7.....	13
ABBILDUNG 7: „INFO-FRAGEBOGEN“ MIT 10 FRAGEN AN DIE ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN (DEUTSCHSPRACHIGE VERSION) FRAGEN 8-10.....	14
ABBILDUNG 8: ROHDATEN DER FRAGEBÖGEN TABELLARISCH DARGESTELLT	15
ABBILDUNG 9: GRAFIK MIT ANTWORTEN IN PERZENTILEN AUF FRAGE NUMMER 7.....	17
ABBILDUNG 10: GRAPHIK MIT ANTWORTEN AUF FRAGE NUMMER 8	18
ABBILDUNG 11: ALTERSKLASSEN DER BEFRAGTEN ÄRZTE IN BEZUG AUF FRAGE NUMMER 8.....	18
ABBILDUNG 12: TICKETBEFREIUNG	28

0. Abstract

0.1 Abstract auf Deutsch

Die folgende Diplomarbeit behandelt das Thema: Die Fibromyalgie in Südtirol: Diagnose, Therapie, Perspektiven. Eine Umfrage mittels eines „Info – Fragebogens“.

Die Fibromyalgie (FM), oder Fibromyalgie-Syndrom (FMS), ist eine häufig auftretende Erkrankung, dessen Inzidenz in den letzten Jahren zugenommen hat. Es handelt sich um ein chronisches Schmerzsyndrom, das schwere Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen haben kann. Trotz vieler Bemühungen bleiben die dahinterliegenden pathophysiologischen Prozesse unklar. Bis zur endgültigen Diagnose dauert es meist lange und der Hausarzt bleibt in vielen Fällen die erste Anlaufstelle. Die Therapie ist vielfältig und oft mangelhaft.

Ziel dieser empirischen Forschungsstudie ist es zu eruieren, ob Südtiroler Hausärzte die FM richtig erkennen und welche Behandlungsmethoden sie bevorzugen.

Bei der folgenden Studie handelt es sich um eine quantitative Forschungsmethode, bei der möglichst viele Südtiroler Hausärzte mittels eines „Info-Fragebogens“ zum Thema „Fibromyalgie“ befragt werden. Die Bezeichnung „Info-Fragebogen“ wurde gewählt, da es sich bei der Umfrage um eine Kombination aus Fragen und einzelnen Informationen über Fibromyalgie handelt. Diese einzelnen Sätze sollten gleichzeitig als eine allgemeine Repetition zur Krankheit dienen.

Bei den persönlichen Angaben der Hausärzte sind Alter, Erfahrungsdauer und Ort (Land/Stadt) von Interesse. Darauf folgt eine subjektive Frage zur Selbsteinschätzung zum Wissen über die Fibromyalgie als auch eine Kontrollfrage zum Wissensstand der Befragten in Bezug auf die aktuellen Richtlinien. Die weiteren Fragen sind indirekt auf die Inzidenz der Erkrankung sowie der bevorzugten Behandlungsmethoden abgerichtet.

Der Fragebogen wird am 11. Juni 2023 an 429 Südtiroler Hausärzte per E-Mail versendet und am 05. Juli 2023 ausgewertet. Der Fragebogen war sowohl in deutscher als auch in italienischer Sprache verfügbar.

Außerdem werden weitere 5 Ärzte für Allgemeinmedizin im Zeitraum vom 31. Juli bis 06. August 2023 zu einem Interview eingeladen. Es werden dieselben Fragen des Online-Fragebogens gestellt, als auch weitere Details wie z.B. die Medikamentenwahl besprochen.

0.2 Abstract auf Italienisch

La seguente tesi di diploma tratta il tema: Fibromialgia in Alto Adige: diagnosi, terapia, prospettive. Un'indagine attraverso un "Questionario informativo".

La fibromialgia (FM), nota anche come sindrome fibromialgica, è una malattia comune la cui incidenza è aumentata negli ultimi anni.

È una sindrome da dolore cronico che può avere un grave impatto sulla vita quotidiana delle persone che ne sono affette. Nonostante molti sforzi, i processi fisiopatologici sottostanti rimangono poco chiari. Generalmente necessita molto tempo prima che la diagnosi risulti definitiva, in molti casi il medico di medicina generale rimane il primo punto di contatto. La terapia è varia e spesso insoddisfacente.

Lo scopo di questo studio di ricerca empirica è determinare se i medici di medicina generale in Alto Adige identifichino correttamente la fibromialgia e quali metodi di trattamento prediligano. Si tratta di un metodo di ricerca quantitativa in cui vengono intervistati quanti più medici di medicina generale altoatesini sia possibile contattare. La ricerca viene effettuata mediante un "questionario informativo" sul tema della "fibromialgia". Il termine "questionario informativo" è stato scelto perché si tratta di una combinazione di domande e informazioni singole sulla fibromialgia. Queste singole informazioni dovrebbero allo stesso tempo fungere da ripetizione generale sulla malattia.

L'età, la durata dell'esperienza e il luogo (paese/città) sono di interesse per le informazioni personali fornite dai medici di medicina generale. Segue una domanda soggettiva in cui si richiede al medico un'autovalutazione delle conoscenze sulla fibromialgia.

La successiva è una domanda di controllo sul livello di conoscenza degli intervistati in relazione alle attuali linee guida.

Le altre domande sono indirettamente mirate all'incidenza della malattia ed ai metodi di trattamento preferiti. Il questionario viene inviato via e-mail in data 11 giugno 2023 a 429 medici di medicina generale in Alto Adige e valutato il 5 luglio 2023.

Si ha la possibilità di sostenere il test nella lingua prescelta (in tedesco od italiano).

Inoltre, diversi medici di medicina generale saranno invitati a un colloquio tra il 31 luglio 2023 e il 6 agosto 2023. Vengono poste le stesse domande del questionario con maggiori dettagli, come per esempio la scelta dei farmaci.

1. Einleitung

Die Fibromyalgie wird subjektiv auf verschiedene Art und Weise interpretiert. Ein Arzt führt sie auf die Psyche zurück, ein anderer auf die Gene, ein dritter wiederum meint es sei idiopathisch. Im Grunde hat jeder recht, zumindest teilweise. An den dahinterliegenden pathophysiologischen Prozessen wird intensiv geforscht, aber die eigentliche Ursache bleibt bis

heute unbekannt. Betroffene werden oft erst spät richtig diagnostiziert. Manchmal wirft man diesen sogar vor, die Beschwerden seien nicht real. Auch nach Diagnosestellung fehlt häufig die nötige Empathie und eine geeignete Therapie zu finden, scheint oft schwierig.

Eine Hauptursache für die oben genannten Probleme zur FM könnte sein, dass die Allgemeinmediziner zu wenig über dieses Krankheitsbild und über dessen Behandlung wissen. Deshalb wäre interessant zu erfahren, auf welchem Stand die Südtiroler Hausärzte sind. Sind sie ausreichend über die Krankheit informiert? Wie gehen sie therapeutisch vor?

Die folgende Untersuchung könnte zu besseren Diagnose- und Therapieitinerare verhelfen. Ärzte sollten generell mehr sensibilisiert werden. Einrichtungen wie die Rheumaliga bzw. die Ticketbefreiung für die Fibromyalgie sind Beispiele dafür.

1.1 Definition

Fibromyalgie ist ein Syndrom, das durch chronische und ausgedehnte Schmerzen des Bewegungsapparates gekennzeichnet ist und häufig von anderen Symptomen wie Müdigkeit, Darmstörungen sowie Schlaf- und Stimmungsschwankungen begleitet werden. Typisch ist ein sog. „chronic widespread pain (CWP)“. D.h. ein diffuser Schmerz in mindestens 4 von 5 Körperregionen welcher mit erheblicher emotionaler Belastung (Angst, Wut, Frustration oder depressive Verstimmung) oder funktioneller Beeinträchtigung (Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens und verminderte Teilnahme an sozialen Rollen) einhergeht. CWP ist multifaktoriell: Biologische, psychologische und soziale Faktoren tragen zum Schmerzsyndrom bei. Die Diagnose ist angemessen, wenn der Schmerz nicht direkt auf einen nozizeptiven Prozess in dieser Region zurückzuführen ist. Akute Schmerzen hingegen werden hier ausgeschlossen. (1,2)

1.2 Geschichte

Die Fibromyalgie ist eine häufig auftretende Erkrankung (ca. 3%) unklarer Genese, dessen Inzidenz in den letzten Jahren zugenommen hat. Es handelt sich um ein chronisches Schmerzsyndrom, das schwere Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen haben kann. Sir William Gowers führte den Begriff „Fibrositis“ im Jahre 1904 erstmals ein. Erst im Jahre 1994 wurde die Fibromyalgie in das offizielle Verzeichnis der WHO aufgenommen. Bis zum Jahr 2019 wurde sie noch als „sonstige Erkrankung des Weichteilgewebes“ (ICD-10-Code M79.7) im Rahmen rheumatischer Erkrankungen angesehen. Nun wird die Fibromyalgie unter der Kategorie „chronic widespread pain“ (ICD-11 Code MG30.01) angeführt. (3,4)

1.3 Epidemiologie

Die Prävalenz liegt bei ca. 3% der Bevölkerung mit steigender Tendenz. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer (9:1). Man beobachtet eine Häufung zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Die Risikofaktoren sind u.a. rheumatologische Erkrankungen (bis zu 50%), genetische Prädisposition, sowie psychosoziale Aspekte.

Man geht davon aus, dass die Prävalenz in verschiedenen Ländern unterschiedlich ist, da die Art und Weise, wie sie gemessen wird, unterschiedlich ist, die einbezogenen Altersgruppen differieren und es auch Unterschiede in den soziokulturellen Überzeugungen und Normen gibt.

(3, 5, 6)

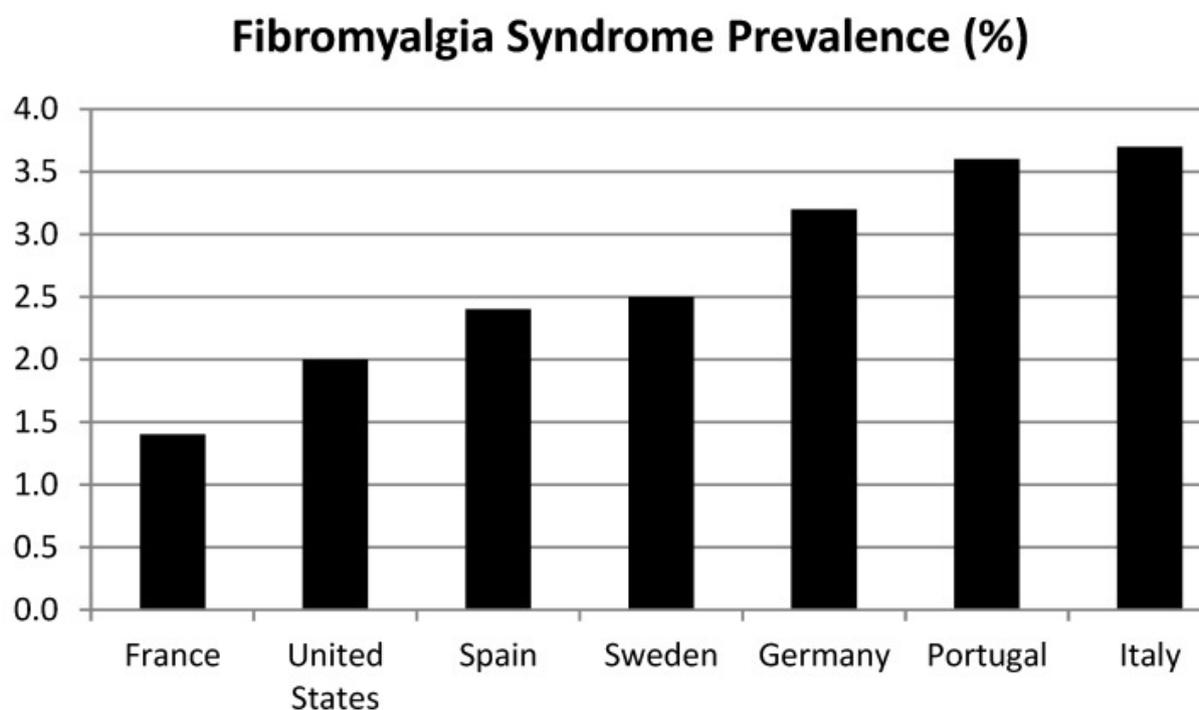


Abbildung 1: Fibromyalgia syndrome (FMS) Prevalence (%) based on data from the revision by Cabo-Meseguer et al. (6)

1.4 Ätiologie und Pathophysiologie

Trotz vieler Bemühungen bleiben Ätiologie und die zugrunde liegenden pathophysiologischen Prozesse unklar. Die Fibromyalgie kann primär oder sekundär sein. Das primäre Fibromyalgie-Syndrom kann mit oder ohne Depressionen auftreten. Das sekundäre Fibromyalgie-Syndrom tritt hingegen im Zusammenhang mit rheumatischen Systemerkrankungen und Infektionserkrankungen (v.a. Virusinfekte wie EBV, Hepatitis B/C, HIV) auf.

Es scheint, dass es einen Zusammenhang zwischen der Fibromyalgie und der Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystem gibt. In den meisten Fällen entwickeln Patienten nämlich eine Hypersensitivität auf Schmerz. (3, 8)

Allgemein unterscheidet man bei Schmerz zwischen nozizeptiven und neuropathischen Schmerz. Bei der Fibromyalgie scheint aber ein neuer, dritter Mechanismus eine wesentliche Rolle zu spielen: der nozioplastische Schmerz. Es handelt sich hierbei laut Definition um Schmerzen, die aus einer veränderten Nozizeption entstehen, obwohl keine eindeutigen Indizien für eine effektive oder drohende Gewebeschädigung vorliegen, die die Aktivierung peripherer Nozizeptoren verursacht, oder Hinweise auf eine Erkrankung bzw. Schädigung des somatosensorischen Systems, die den Schmerz herbeiführt. (9)

Zu den wichtigsten pathophysiologischen Prozessen zählen Funktionsstörungen der monoaminergen Neurotransmission, die zu erhöhten Spiegeln exzitatorischer Neurotransmitter wie Glutamat und Substanz P sowie zu verringerten Spiegeln von Serotonin und Noradrenalin im Rückenmark, auf der Ebene der absteigenden antinozizeptiven Bahnen, führen. Weitere beobachtete Anomalien sind eine Dopamin-Dysregulation und eine veränderte Aktivität endogener zerebraler Opioide. Zusammengenommen scheinen diese Phänomene die zentrale Physiopathologie von FM zu erklären. (10)

Die FM ist ein zentrales Sensibilisierungs-Syndrom, d.h. es besteht ein neuronaler Signalverstärkungsmechanismus im Zentralnervensystem, der zu einer stärkeren Schmerzwahrnehmung führt. Aus diesem Grund kommt es bei FM-Patienten zu einer Vergrößerung der rezeptiven Felder, Allodynie und Hyperalgesie. Eine zentrale Sensibilisierung ist somit mit anhaltenden und chronischen Schmerzen verbunden. (10, 11)

Obwohl die zentrale Sensibilisierung bei FM eine wichtige Rolle spielt, ist es noch wichtiger, die anfängliche Ursache zu verstehen, sprich den anhaltenden nozizeptiven Input, der mit Gewebeschäden, einschließlich peripherer Sensibilisierung, einhergeht. Dennoch konzentrieren sich Forscher mehr auf die zentrale Sensibilisierung als Mechanismus der Schmerzempfindlichkeit, da es weniger Beweise für die Beteiligung peripherer Schmerzgewebeanomalien und nozizeptiver Prozesse bei FM gibt. (11)

Im Laufe der Jahre wurden auch periphere Schmerzgeneratoren als mögliche Ursache für FM erkannt. In solchen Fällen zeigen die Patienten Symptome wie kognitive Beeinträchtigung, chronische Müdigkeit, Schlafstörungen, Darmreizbarkeit, interstitielle Zystitis und Stimmungsstörungen. (12,13)

Sensibilisierung ist jedoch kein einheitliches Phänomen und es muss zwischen zentraler, peripherer und psychosozialer Sensibilisierung unterschieden werden (14).

Der Begriff “cognitive-emotional sensitization” soll erklären, wie selektive Aufmerksamkeit auf bestimmte Körperschmerzen, die Wahrnehmung dieser Schmerzen steigern kann. (15)

Weitere Faktoren, die an der Pathophysiologie von FM beteiligt zu sein scheinen, sind neuroendokrine Faktoren, genetische Veranlagung, oxidativer Stress sowie umweltbedingte und psychosoziale Veränderungen. (16)

FM scheint aus folgenden Gründen bei Frauen häufiger vorzukommen als bei Männern: höheres Maß an Angstzuständen und Depressionen, verändertes Verhalten als Reaktion auf Schmerzen, veränderter ZNS-Input und hormonelle Effekte im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus. (17)

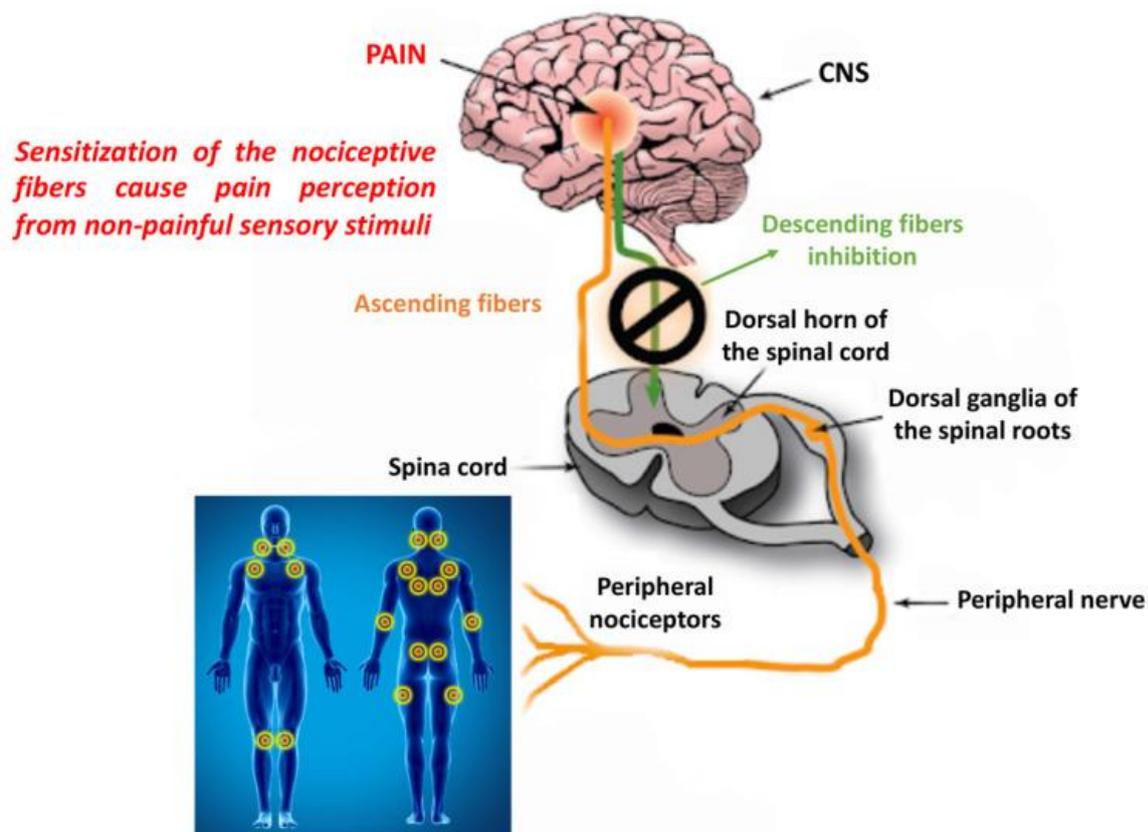


Abbildung 2: Ascending and descending pathways that influence pain sensitivity (18)

1.5 Symptome

Die Fibromyalgie äußert sich mit chronischen funktionellen Symptomen. Die Symptome und der Schweregrad variieren von Person zu Person. Diese reichen von leicht und zeitweise bis hin zu anhaltend und behindernd. Die Leitsymptome sind (1) diffuser chronischer Muskel-Skelett-Schmerz auf allen oder den meisten Körperregionen. Der Schmerzcharakter ist variabel, oft neuropathisch, ohne objektive pathologische Befunde; (2) Ermüdung; (3) nicht erholsamer Schlaf.

Weitere häufig assoziierte Symptome sind „Fibro-Fog“, eine Form der kognitiven Dysfunktion, die Konzentrationsschwierigkeiten und mangelnde Klarheit des Denkens umfasst, Kopfschmerzen, wie z. B. Migräne, Morgensteifigkeit, Parästhesien, Gedächtnisdefizite, Bauchschmerzen oder Krämpfe, autonome Veränderungen, Xerostomie, Xerophthalmie, verschwommenes Sehen, Photophobie, Raynaud-Phänomen. Auffallend ist oft eine sog. Hypervigilanz. (19, 20)

1.6 Diagnose

Die Diagnose und der Schweregrad der Fibromyalgie erfolgt mittels Patientenfragebögen - es bleibt eine klinische Diagnose. Die aktualisierten ACR-Diagnosekriterien (American College of Rheumatology) stützen sich ausschließlich auf die anamnestischen Angaben der Patienten. Die einst verwendeten schmerzhaften Druckpunkte (*tender points*) sollten zwar im Prinzip nicht mehr verwendet werden, aber andererseits kann der Klinker das Schmerzerleben des Patienten hiermit besser erfassen. Zudem werden auch die begleitenden Symptome und Komorbiditäten mehr berücksichtigt. (21, 22)

Ein Patient erfüllt die diagnostischen Kriterien der Fibromyalgie, wenn die folgenden 3 Bedingungen erfüllt sind:

- 1) Widespread-Pain-Index (WPI) ≥ 7 und Wert auf der Symptomschwere (SS)-Skala ≥ 5 oder WPI 3–6 und SS-Skala Wert ≥ 9
- 2) Die Symptome bestehen seit mindestens 3 Monaten in ähnlicher Stärke.
- 3) Der Patient bietet keine Hinweise auf eine Erkrankung, die die Schmerzen anderweitig erklären könnte.

Der WPI dient zur Bestimmung der Zahl der Areale, in denen der Patient in der Woche zuvor Schmerzen hatte. Der Wert liegt zwischen 0 und 19. Die Schmerzregionen sind folgende: Schultergürtel links und rechts, Hüfte (Gesäß, Trochanter) links und rechts, Kiefer links und rechts, oberer Rücken, unterer Rücken, Oberarm links und rechts, Oberschenkel links und rechts, Brustkorb, Nacken, Abdomen, Unterarm links und rechts, Unterschenkel links und rechts.

Die SSS (Symptom Severity Scale) ist eine Symptomschweregradskala und gliedert sich in zwei Teile.

Im ersten Teil wird der Schweregrad für folgende 3 Symptome eruiert: (1) Fatigue, (2) nicht erholsames Erwachen, (3) kognitive Symptome. Es werden jeweils Punkte vergeben von 1-3. 0 - kein Problem, 1 - unbedeutende oder leichte Probleme, allgemein geringfügig oder

intermittierend, 2 - mittelgradige, beträchtliche Probleme, oft und/oder in mittlerer Stärke vorhanden, 3 - schwere, tiefgreifende, kontinuierliche, lebens einschränkende Probleme. Dies Punkte werden addiert.

Im zweiten Teil werden somatische Beschwerden quantifiziert. Einige Beispiele somatischer Symptome sind Muskelschmerzen, Reizdarmsyndrom, Denk- oder Gedächtnisstörungen, Muskelschwächen, Kopfschmerzen, Schmerzen/Krämpfe im Abdomen, um nur einige zu nennen. Die Skala geht auch hier von 0 bis 3 Punkte. 0 - keine Symptome, 1 - wenige Symptome, 2 - eine mittlere Zahl von Symptomen, 3 - ein hohes Maß an Symptomen.

Der SSS-Wert ist die Summe der Belastung der 3 Symptome aus Teil 1 (Fatigue, nicht erholsames Aufwachen, kognitive Symptome) zuzüglich des Ausmaßes (schwer)somatischer Symptome allgemein. Der Endwert liegt zwischen 0 und 12. (23,24)

Widespread Pain Index
(1 point per check box; score range: 0-19 points)

① Please indicate if you have had pain or tenderness **during the past 7 days** in the areas shown below. Check the boxes in the diagram for each area in which you have had pain or tenderness.

Symptom Severity
(score range: 0-12 points)

② For each symptom listed below, use the following scale to indicate the severity of the symptom **during the past 7 days**.

- No problem
- Slight or mild problem: generally mild or intermittent
- Moderate problem: considerable problems; often present and/or at a moderate level
- Severe problem: continuous, life-disturbing problems

Symptom Severity (score range: 0-12 points) Points	No problem 0	Slight or mild problem 1	Moderate problem 2	Severe problem 3
A. Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trouble thinking or remembering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Waking up tired (unrefreshed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③ During the **past 6 months** have you had any of the following symptoms?

Points	0	1
A. Pain or cramps in lower abdomen	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
B. Depression	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
C. Headache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Additional criteria (no score)

④ Have the symptoms in questions 2 and 3 and widespread pain been present at a similar level for at **least 3 months**?

No Yes

⑤ Do you have a disorder that would otherwise explain the pain?

No Yes

Abbildung 3: WPI and SSS score (25)

1.7 Differentialdiagnose

Die wichtigsten Differentialdiagnosen der Fibromyalgie sind: Tendopathien, entzündliche und degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkleiden, Myofaszielles Schmerzsyndrom (MSS), Polymyositis, Polymyalgia rheumatica, Psychosen, psychosomatische Leiden, protrahierte Virusinfekte. (3)

1.8 Therapie

Eine optimale Behandlung erfordert eine zeitnahe Diagnose. Um Fibromyalgie vollständig zu verstehen, ist eine umfassende Beurteilung der Schmerzen, der Funktion und des psychosozialen Kontexts erforderlich. Generell sollte die Behandlung der Fibromyalgie in einem abgestuften Ansatz erfolgen. (22)

Ziel der Behandlung ist, die Lebensqualität zu verbessern und dies erfordert häufig einen multidisziplinären Ansatz mit einer Kombination aus nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Behandlungsmodalitäten. Alle Behandlungsmethoden müssen individuell an die Schmerzintensität, die funktionelle Beeinträchtigung und an die assoziierten Merkmale (z.B. Depression) angepasst werden. Weitere Faktoren sind Müdigkeit, Schlafstörungen, Patientenpräferenzen und Komorbiditäten. Die Entscheidungsfindung soll mit dem Patienten gemeinsam besprochen werden. Vor allem die anfängliche Therapie sollte idealerweise nicht pharmakologisch sein. (19, 22)

Spezifische nicht-pharmakologische Behandlungen sind Aerobe Aktivitäten und Kräftigungsübungen, kognitive Verhaltenstherapien, definierte physikalische Therapien wie z.B. Akupunktur oder Hydrotherapie, meditative Bewegungstherapien (Qigong, Yoga, Tai Chi) und achtsamkeitsbasierte Stressreduktion. Die Verwendung von Biosauna und Infrarotkabine kann erwogen werden, während TENS nicht empfohlen werden sollten. (22)

Bei der Mesotherapie handelt es sich um eine Technik, bei der Wirkstoffe in die oberflächliche Schicht der Haut injiziert werden. Studien zeigen, dass diese Methode potenzielle Vorteile hinsichtlich der klinischen Wirksamkeit und Kosteneinsparungen bei der Behandlung von Muskel-Skelett-Schmerzen bietet. (26)

Die pharmakologische Therapie limitiert sich auf nur wenige Medikamente. Aus der Gruppe der Antidepressiva hat das trizyklische Amitriptylin (in niedriger Dosis) gute Ergebnisse gezeigt. Dasselbe gilt für Duloxetin oder Milnacipran. Tramadol aus der Gruppe der Opiate hat ebenfalls gute analgetische Wirkungen gezeigt. Zuletzt gibt es das Antikonvulsivum Pregabalin, mit u.a. antidepressiver Wirkung. Studien zeigen, dass Amitriptylin, im Gegensatz zu Duloxetin oder Milnacipran, besser abschneidet, wenn es um Schmerzlinderung, Verbesserung der Schlafqualität und um weniger Fatigue geht. (27)

Antidepressiva haben bei Fibromyalgie eine deutlich analgetische Wirkung. Bei Schmerzen im unteren Rücken haben sie nur eine schwache Wirkung, sind aber genauso wirksam wie andere Analgetika. SNRIs werden als TCAs besser vertragen.

Antidepressiva haben bei Rheumatoider Arthritis und SA eine geringe analgetische Wirkung, können aber Müdigkeit und Schlafstörungen lindern. (28)

Opiate und Nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente (NSAIDs) werden zur Behandlung von Fibromyalgie nicht empfohlen. Paracetamol kann als Bedarfsmedikation bei manchen Patienten von Nutzen sein. (22)

Hier der Therapie Algorithmus zur Fibromyalgie.

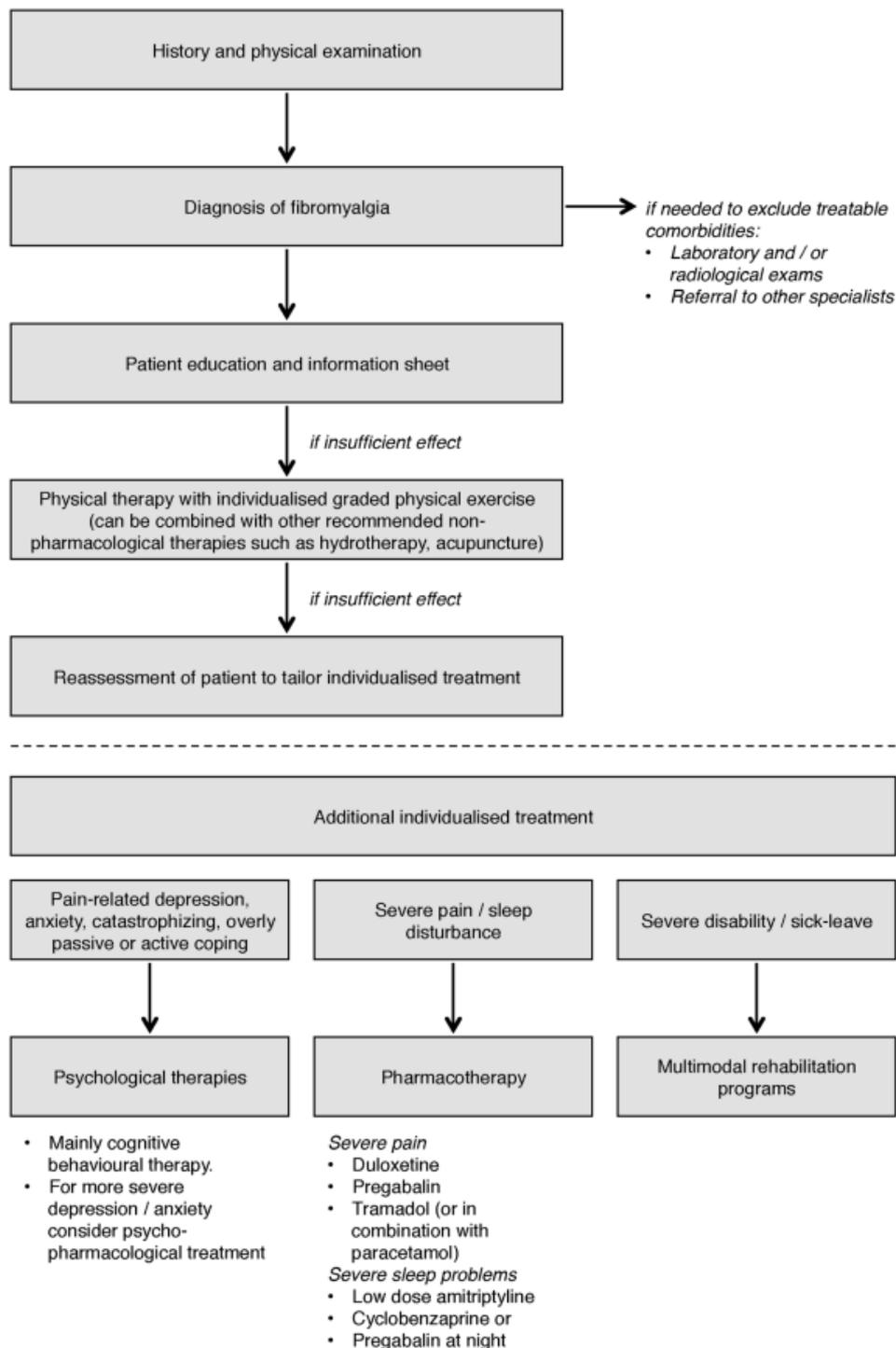


Abbildung 4: Aktualisierte Empfehlungen zur Behandlung der Fibromyalgie (publiziert im Jahr 2016 „EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia“) (29)

2. Ziel

Ziel dieser empirischen Forschungsstudie ist es festzustellen, wie der aktuelle Stand der Dinge bzgl. der Fibromyalgie in Südtirol ist. Welche Diagnosekriterien benutzen Südtiroler Hausärzte und welche therapeutischen Maßnahmen bevorzugen sie?

3. Methoden

3.1 Online-Fragebogen

Es handelt sich hierbei um eine quantitative Forschungsmethode, bei der möglichst viele Südtiroler Hausärzte mittels eines „Info-Fragebogens“ zum Thema Fibromyalgie befragt wurden. Die Bezeichnung „Info-Fragebogen“ bezieht sich auf die Kombination aus Fragen und einzelnen Informationen über Fibromyalgie bei jeder Frage. Diese einzelnen informativen Sätze sollten gleichzeitig als eine allgemeine Repetition zur Krankheit dienen.

Zu den persönlichen Angaben der befragten Hausärzte waren Alter, Erfahrungsdauer und Ort (Land/Stadt) von Interesse. Auf die persönlichen Angaben folgt eine subjektive Frage, in der eine Selbsteinschätzung zum Wissen über die Fibromyalgie gestellt wird und eine Kontrollfrage über den Wissensstand der Befragten in Bezug auf die aktuellen Richtlinien. Die weiteren Fragen sind indirekt auf die Inzidenz der Erkrankung sowie der bevorzugten Behandlungsmethoden abgerichtet. Es folgen Abbildungen des Fragebogens.

Umfrage für Ärzte für Allgemeinmedizin zur Fibromyalgie

1 Wie alt sind Sie?

- < 30 Jahre 31 - 40 Jahre 41 - 50 Jahre 51 - 60 Jahre > 60 Jahre

Wussten Sie, ...

Die FM ist ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom in Kombination mit einer vegetativen Symptomatik und funktionellen Beschwerden.

2 Wie lange üben Sie den Beruf als Hausarzt aus?

- < 1 Jahr 1 - 5 Jahre 5 - 10 Jahre 11 - 20 Jahre > 20 Jahre

Wussten Sie, dass...

Die Prävalenz der FM liegt bei 2-5% der Bevölkerung. Frauen sind häufiger betroffen.

3 Sind Sie in der Stadt oder in der Peripherie tätig?

- Stadt Peripherie Stadt und Peripherie

Wussten Sie, dass...

Die Ätiologie der FM ist unbekannt. Eine zentrale Sensitivierung kann eine mögliche Rolle spielen.

4 Wieviel wissen Sie über die Fibromyalgie?

- gar nichts wenig ausreichend viel Experte

Wussten Sie, dass...

Die FM kann „primär“ (=idiopathisch) oder „sekundär“ (z.B. bei rheumatischen Systemerkrankungen) auftreten.

Abbildung 5: „Info-Fragebogen“ mit 10 Fragen an die Ärzte für Allgemeinmedizin (deutschsprachige Version) Fragen 1-4

5 Haben Sie schon einmal eine FM bei einem Ihrer Patienten VERMUTET?

- Nein, nie daran gedacht
 Nein, nie vorgekommen
 Selten (ca. 1-2 mal pro Jahr)
 Schon öfters (3-10 mal pro Jahr)
- Oft (mehr als 10 pro Jahr)

Wussten Sie, dass...

Die Differentialdiagnosen der FM sind Tendopathien, Myofasziales Schmerzsyndrom (MSS), Fehlbelastung, Polymyositis, Polymyalgia rheumatica, Psychosen, psychosomatische Leiden.

6 Betreuen Sie auch aktiv Patienten, bei denen als Hauptdiagnose eine FM festgestellt wurde?

- Nein, ich habe keine Fibromyalgiker unter meinen Patienten
 Nein, ich verweise Fibromyalgiker prinzipiell in andere Strukturen
 Ich behandle Fibromyalgiker meistens in Zusammenarbeit mit anderem Fachpersonal
 Ich behandle die meisten Fibromyalgiker allein

Wussten Sie, dass...

Klinisch zeigen sich generalisierte Schmerzen mit Allodynie und Müdigkeit, die in keinem Verhältnis zu den körperlichen und Laborbefunden stehen.

7 Was ist typisch für die FM?

- Starke Müdigkeit und Schlafstörungen
 Stuhlgangunregelmäßigkeiten
 wechselnde Gelenkschmerzen
 Trockenheit von Mund und Augen
- alle Antworten

Wussten Sie, dass...

Diagnostisch relevant sind Anamnese, Klinik, psychosozialer Kontext, Ausschluss anderer Erkrankungen und die ACR-Diagnosekriterien.

Abbildung 6: „Info-Fragebogen“ mit 10 Fragen an die Ärzte für Allgemeinmedizin (deutschsprachige Version) Fragen 5-7

8 Welche Aussage zur Fibromyalgie ist richtig?

- Die Fibromyalgie wird anhand druckschmerzhafter, sog. „Tender Points“ diagnostiziert.
- Als diagnostische Hilfsmittel werden das Widespread pain index (WPI) und das Symptom severity scale (SSS) verwendet.
- Antidepressiva sind nur indiziert, wenn eine Depression zusätzlich vorliegt.
- Ein positiver Rheumafaktor schließt eine Fibromyalgie praktisch aus.
- Häufig bestehen Gelenksschwellungen.

Wussten Sie, dass...

Die Therapie sollte multimodal sein und primär nicht-medikamentös (z.B. Sport, Psychotherapie, Ergotherapie). Antidepressiva soll man in Betracht ziehen und Analgetika meiden.

9 Wie würden Sie prinzipiell handeln, falls Sie eine FM vermuten?

- Sie empfehlen primär sportliche Aktivität.
- Sie empfehlen vorerst eine rheumatologische Visite.
- Sie empfehlen eine psychologische Visite.
- Sie empfehlen eine medikamentöse Therapie.

Wussten Sie, dass...

Bei frühzeitiger (in den ersten 2 Krankheitsjahren) Diagnose und Therapie, beobachtet man bis zu 50 % komplette Remissionen.

10 Ein Fibromyalgiker mit diffusen leicht- bis mittelgradigen Schmerzen bittet Sie um medikamentöse Therapie zur Schmerzlinderung.

- Sie verschreiben ein Schmerzmittel.
- Sie entscheiden sich für ein Antidepressivum.
- Sie kombinieren ein Antidepressivum mit einem Schmerzmittel.
- Sie verschreiben ein Placebo.
- Sie verschreiben eine fachärztliche Visite.

Wussten Sie, dass...

... es nur in Südtirol eine Ticketbefreiung für die FM gibt?

Der BEFREIUNGS-CODE lautet: BZ2.729.1

Abbildung 7: „Info-Fragebogen“ mit 10 Fragen an die Ärzte für Allgemeinmedizin (deutschsprachige Version) Fragen 8-10

3.1 Interviews mit Südtiroler Allgemeinmedizinern

Es wurden weitere 5 Ärzte für Allgemeinmedizin im Zeitraum vom 31. Juli 2023 – 06. August 2023 zu einem Interview eingeladen. Dabei wurden dieselben Fragen des Online-Fragebogens gestellt zusätzlich der Frage, welche Medikamente bei der Behandlung der FM bevorzugt werden. Außerdem wurden besondere Fälle und persönliche Anregungen notiert.

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Online-Fragebögen

Der Fragebogen wurde an 429 Hausärzte per E-Mail versendet. Insgesamt 55 dieser E-Mails konnten von den Hausärzten nicht empfangen werden. 45 galten als unzustellbar, da sie aufgrund des automatischen Antivirus des Empfängers geblockt wurden. Bei weiteren 10 E-Mails kam eine automatische Nachricht in der mitgeteilt wurde, dass der Empfänger wegen temporärer oder endgültiger Abwesenheit nicht erreichbar sei. Effektiv haben somit 374 Ärzte die E-Mail erhalten, wovon 68 den Fragebogen ausgefüllt haben.

Fragen:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fragen:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arzt 1	4	4	3	3	3	3	5	2	2	3	Arzt 35	2	3	2	2	3	3	3	1	4	5
Arzt 2	5	5	2	3	3	3	5	1	1	2	Arzt 36	3	4	2	3	4	3	5	1	2	3
Arzt 3	2	1	2	2	1	3	1	3	1	5	Arzt 37	5	5	2	3	4	3	5	1	1	1
Arzt 4	5	4	2	3	3	3	2	2	3	2	Arzt 38	4	5	2	3	3	3	5	1	1	1
Arzt 5	3	3	2	3	3	3	1	1	2	2	Arzt 39	2	3	1	3	3	3	5	1	2	5
Arzt 6	5	5	2	2	3	2	1	2	2	3	Arzt 40	5	5	1	3	3	1	5	1	2	3
Arzt 7	3	2	1	2	3	3	5	4	3	5	Arzt 41	5	5	1	2	3	3	3	2	4	3
Arzt 8	2	3	1	2	3	3	5	1	1	3	Arzt 42	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2
Arzt 9	5	5	3	3	4	3	1	2	1	2	Arzt 43	3	3	2	2	3	3	1	1	2	5
Arzt 10	2	2	1	2	4	3	3	1	2	1	Arzt 44	3	3	2	3	4	3	5	2	1	2
Arzt 11	5	5	2	2	4	3	3	2	3	5	Arzt 45	3	4	1	2	4	3	5	2	2	3
Arzt 12	5	5	2	3	4	3	5	1	2	3	Arzt 46	5	5	2	3	3	3	5	1	2	3
Arzt 13	3	4	1	3	4	3	1	2	1	3	Arzt 47	5	5	3	4	4	3	5	1	4	3
Arzt 14	5	5	2	4	3	3	5	1	2	3	Arzt 48	5	5	1	4	3	3	3	2	4	1
Arzt 15	4	4	3	2	3	3	5	1	2	2	Arzt 49	5	5	2	3	3	3	5	1	2	2
Arzt 16	4	4	1	3	3	3	5	2	2	2	Arzt 50	3	3	2	2	3	3	5	1	2	1
Arzt 17	5	5	2	4	4	4	5	2	4	3	Arzt 51	3	4	1	1	3	4	5	4	4	4
Arzt 18	5	2	2	4	3	3	3	1	2	3	Arzt 52	3	3	1	4	4	3	5	4	1	4
Arzt 19	4	5	2	3	3	4	5	1	1	2	Arzt 53	2	2	1	3	5	3	5	2	1	3
Arzt 20	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3	Arzt 54	2	2	1	3	4	3	5	2	1	3
Arzt 21	4	4	1	3	4	3	1	1	2	5	Arzt 55	3	2	2	2	3	3	1	1	1	1
Arzt 22	2	2	1	3	3	3	3	1	2	3	Arzt 56	4	5	1	2	4	2	5	1	2	3
Arzt 23	5	5	2	3	3	3	5	1	2	5	Arzt 57	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1
Arzt 24	5	5	2	3	3	3	5	1	2	5	Arzt 58	1	1	1	3	3	3	1	2	2	2
Arzt 25	3	3	2	3	3	3	5	1	2	2	Arzt 59	3	4	2	4	4	3	5	2	2	3
Arzt 26	3	4	2	2	3	3	5	2	2	3	Arzt 60	5	5	1	3	4	3	5	2	2	3
Arzt 27	2	2	2	2	3	3	5	2	1	3	Arzt 61	3	2	1	3	4	3	1	1	1	5
Arzt 28	4	5	1	3	3	3	5	2	2	3	Arzt 62	2	2	1	2	3	3	5	2	2	3
Arzt 29	3	3	1	3	3	3	5	2	1	2	Arzt 63	2	3	2	1	2	1	3	2	1	2
Arzt 30	2	2	2	2	3	3	5	1	2	3	Arzt 64	5	5	1	3	4	3	5	1	2	5
Arzt 31	4	3	2	3	3	3	5	1	2	3	Arzt 65	2	2	1	3	4	3	5	1	2	5
Arzt 32	4	4	2	2	4	3	5	1	2	1	Arzt 66	5	5	2	2	3	1	5	1	2	3
Arzt 33	5	5	2	3	4	3	5	3	2	1	Arzt 67	2	2	1	2	4	3	5	1	2	3
Arzt 34	3	4	2	2	4	3	5	1	1	3	Arzt 68	2	2	1	3	4	3	5	2	2	2

Abbildung 8: Rohdaten der Fragebögen tabellarisch dargestellt

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Fragen erläutert und interpretiert.

Bei Frage 1 wird die Altersklasse ermittelt. Alle Altersgruppen sind relativ gleich vertreten. Es gab nur eine Person, welche unter 30 Jahre alt ist. (1.47%). 18 der befragten Ärzte sind zwischen 31 - 40 Jahre alt (26.47%), 17 zwischen 41 - 50 Jahre (25.00%), 10 zwischen 51 - 60 Jahre (14.71%), 22 sind über 60 (32.35%).

Bei Frage 2 geht es um die Erfahrungsdauer. Hier geben 35% an, seit mehr als 20 Jahren tätig zu sein, 20% seit 11 - 20 Jahren, 24% seit 1 - 5 Jahren, 18% seit 5 - 10 Jahren, 4% seit weniger als 1 Jahr. Die Erfahrungsdauer korreliert positiv mit steigender Altersklasse. Die italienischen Fragebögen (25%) wurden hauptsächlich (knapp 50%) von jüngeren Altersgruppen ausgefüllt (30 – 40 Jahre), mit entsprechend weniger Erfahrung.

Bei der dritten Frage ging es darum zu erfahren, ob der befragte Hausarzt in der Stadt oder Peripherie tätig sei. 53% der Befragten arbeiten in der Peripherie, 44% in der Stadt, 3% arbeiten sowohl in der Stadt als auch in der Peripherie.

Die darauffolgenden Fragen 4 und 5 behandeln den Wissensstand zu Fibromyalgie, wie viel sie selbst schätzen darüber zu wissen, und ob sie diese Krankheit bei ihren Patienten bereits einmal vermutet haben. 35 der befragten Ärzte (51.47%) führen an, ausreichend über die Fibromyalgie zu wissen. 24 der Befragten (35.29%) geben an, wenig zu wissen. Nur 7 (10.29%) meinen viel zu wissen. Nur 2 (2.94%) wählen die Antwort „gar nichts“ zu wissen.

Bei Frage 5 führen 40 Ärzte (58.82%) an, die Fibromyalgie "selten" (ca. 1–2-mal pro Jahr) bei ihren Patienten zu vermuten und 25 (36.76%) "schon öfters" (3–10-mal pro Jahr). Ein einziger Arzt (1.47%) gibt an, die FM "oft" (mehr als 10 pro Jahr) zu vermuten. Einem Arzt (1.47%) ist sie "noch nie vorgekommen" und ein weiterer (1.47%) hat "nie dran gedacht".

40% von denen, die angeben ausreichend zu wissen haben schon öfters die FM vermutet. Fast 70% von denen die angeben wenig zu wissen haben nur selten die FM vermutet. Von den 2 Ärzten, die angeben nichts zu wissen, antwortet einer, dass er die Fibromyalgie noch nie bzw. nur sehr selten vermutet hatte.

Frage 6 fragt nach aktiven FM-Patienten unter den Ärzten. 84% behandeln die Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, 4% verweisen Fibromyalgiker prinzipiell in andere Strukturen, 4% behandeln die meisten Fibromyalgiker allein, 4% haben keine Fibromyalgiker als Patienten. Die 3 Ärzte, die die Fibromyalgiker meist allein behandeln, behaupten dementsprechend von der Fibromyalgie „(sich) viel“, „genügend“ und „gar nichts“ zu wissen. Über 50% behaupten ausreichend zu wissen, aber nur 50% von ihnen kennen die aktuellen Richtlinien. Dasselbe gilt für jene, die behaupten viel zu wissen.

Frage 7 „Was ist typisch für die FM?“ haben 15% Antwort 1 „Starke Müdigkeit und Schlafstörungen“ gewählt, 1,5% Antwort 2 „Stuhlgangunregelmäßigkeiten“, 15% Antwort 3 „wechselnde Gelenkschmerzen“, 0% Antwort 4 „Trockenheit von Mund und Augen“, 68% Antwort 5 „alle Antworten“.

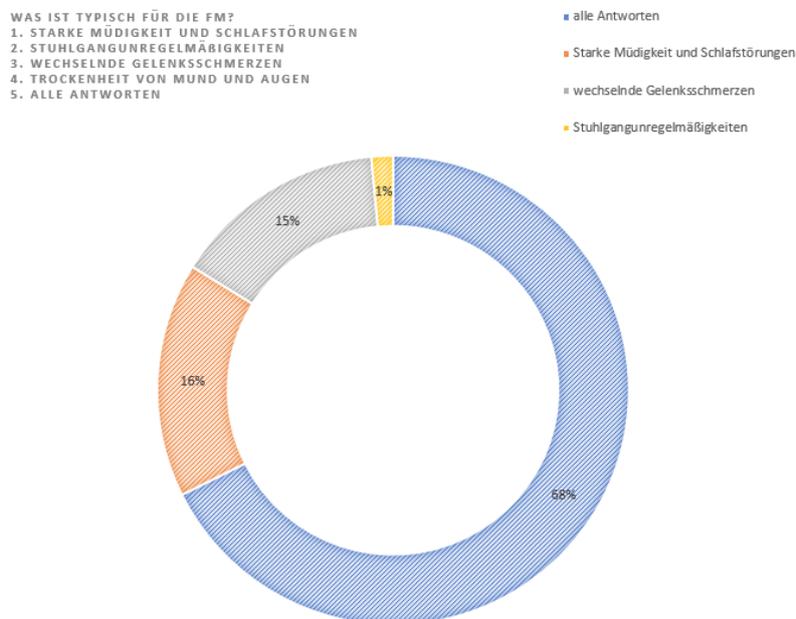


Abbildung 99: Graphik mit Antworten in Perzentilen auf Frage Nummer 7

Frage 8 testet in wiederum den Wissensstand zu FM. Dabei wurden folgende Antworten ausgewählt. 37 Personen (55.22%) wählten „Die Fibromyalgie wird anhand druckschmerzhafter, sog. „Tender Points“ diagnostiziert“. 26 (38.81%) wählten „Als diagnostische Hilfsmittel werden das Widespread pain index (WPI) und das Symptom severity scale (SSS) verwendet“. 3 (4.48%) wählten „Ein positiver Rheumafaktor schließt eine Fibromyalgie praktisch aus“. 2 (1.49%) wählten „Antidepressiva sind nur indiziert, wenn eine Depression zusätzlich vorliegt“. Die Antwort „Häufig bestehen Gelenksschwellungen“ wurde nie gewählt.

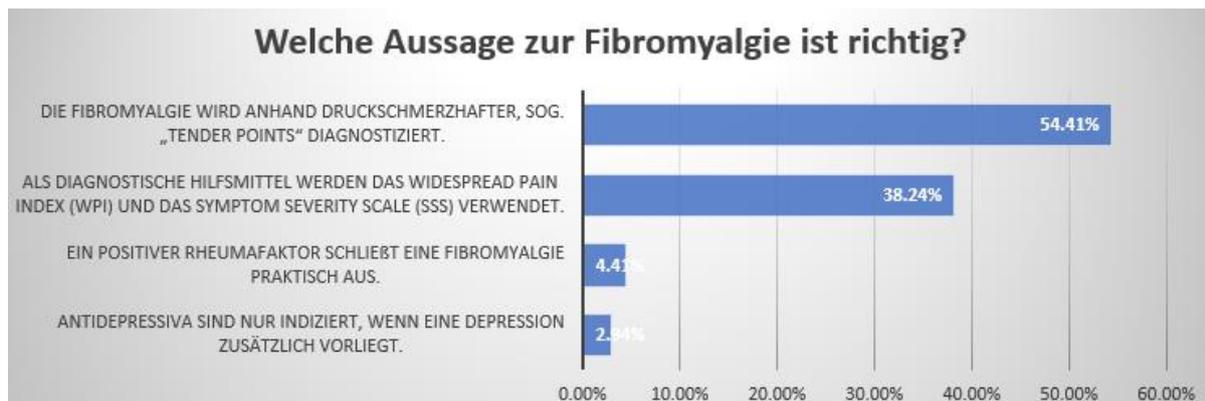


Abbildung 10: Graphik mit Antworten auf Frage Nummer 8

	< 30 Jahre	31 - 40 Jahre	41 - 50 Jahre	51 - 60 Jahre	> 60 Jahre	Grand Total
Antwort 1			9	8	7	13
Antwort 2	1	8		6	3	8
Antwort 3				3		3
Antwort 4		1				1
	1	18	17	10	22	68

Abbildung 11: Altersklassen der befragten Ärzte in Bezug auf Frage Nummer 8

Frage 9 ermittelt, wie der befragte Arzt bei vermuteter FM handeln würde. 41 (60.29%) der befragten Hausärzte empfehlen vorerst eine rheumatologische Visite. 18 (26.47%) empfehlen primär sportliche Aktivität. 6 (8.82%) empfehlen eine medikamentöse Therapie. 3 (4.41%) empfehlen eine psychologische Visite.

Bei Frage 10 geht es um die Reaktion auf einen spezifischen Fall eines Fibromyalgikers („Ein Fibromyalgiker mit diffusen leicht- bis mittelgradigen Schmerzen bittet Sie um medikamentöse Therapie zur Schmerzlinderung.“). 29 (43.28%) der befragten Ärzte kombinieren ein Antidepressivum mit einem Schmerzmittel, 15 (22.39%) entscheiden sich für ein Antidepressivum, 12 (17.91%) verschreiben eine fachärztliche Visite, 9 (13.43%) verschreiben ein Schmerzmittel und 2 (2.99%) verschreiben ein Placebo.

4.2 Ergebnisse der Interviews mit den Südtiroler Allgemeinmedizinern

Es ist relativ irreführend, bei einer Stichprobe von nur 5 Teilnehmern, die Ergebnisse graphisch und in Perzentilen darzustellen. Die beobachteten Resultate werden in diesem Abschnitt geschildert.

Zusammenfassend ergeben sich aus den Fragen 1-3 folgende Ergebnisse. 4 Ärzte sind in der Peripherie und 1 Arzt in der Stadt tätig. 2 Ärzte sind zwischen 31 - 40 Jahre alt, einer davon arbeitet in der Stadt. 2 weitere Kollegen sind zwischen 51 - 60 Jahre alt, ein weiterer ist über 60 Jahre alt. Die Erfahrungsdauer beträgt bei den 2 jüngeren Kollegen 1 - 5 Jahre, bei allen älteren Kollegen über 20 Jahre.

Zur Selbsteinschätzung bzgl. des Wissens über Fibromyalgie, Frage 4, gibt der jüngere Kollege aus der Stadt an „wenig“ zu wissen, der in der Peripherie tätige Kollege gibt hingegen „ausreichend“ an. Aus der Altersklasse 51 - 60 Jahre gibt auch jeweils einer „wenig“ bzw. „ausreichend“ an. Der Kollege über 60 Jahre schätzt sich selbst als „viel“ wissend ein.

Bzgl. der Häufigkeit auf vermutete FM, Frage 5, geben alle an, dass sie „schon öfters“ den V.a. FM gestellt haben, wobei ein älterer Kollege spezifiziert hat, dass es sich v.a. um sekundäre Formen der Fibromyalgie handelte.

Bei der Frage 6, nach aktiven FM-Patienten, geben 3 Kollegen an, die Fibromyalgiker meistens in Zusammenarbeit mit anderem Fachpersonal zu behandeln, während 2 der anderen Ärzte die meisten Fibromyalgiker allein behandeln. Nur diejenigen mit über 20 Jahren an Erfahrung behandeln die Patienten tendenziell allein.

Bei den zwei darauffolgenden Fragen geht es wieder detaillierter um das Wissen über die FM. „Was ist typisch für die Fibromyalgie?“, Frage 7, haben alle die richtige Antwort gewählt bis auf den jungen Kollegen aus der Peripherie. Er glaubt, dass v.a. starke Müdigkeit und Schlafstörungen typisch für die Fibromyalgie seien. Bei Frage 8 hingegen „Welche Aussage zur Fibromyalgie ist richtig?“, gibt nur der jüngere Kollege aus der Stadt, der behauptet, wenig zu wissen, korrekterweise an, dass der WPI und SSS als diagnostische Hilfsmittel für die Fibromyalgie verwendet wird. Alle anderen der befragten Ärzte verlassen sich auf die Tender Points.

Bei Frage 9, „Wie würden Sie prinzipiell handeln, falls Sie die Fibromyalgie vermuten?“ empfehlen 3 Kollegen eine rheumatologische Visite und 2 eine medikamentöse Therapie.

Bei der letzten Frage, Frage 10, wird nach einer Schmerztherapie gefragt. Hier geben 3 der Kollegen an, dass sie ein Schmerzmittel mit einem Antidepressivum kombinieren würden. 2 Kollegen würden nur 1 Antidepressivum geben.

Die 5 interviewten Allgemeinmediziner werden zusätzlich gefragt, welche Medikamente sie bei der Fibromyalgie verwenden. Alle zitieren zuerst Medikamente aus der Klasse der Antidepressiva und sind sich einig, mit Schmerzmitteln zu sparen. Der junge Kollege aus der Peripherie meint, dass er generell ein SSRI oder SNRI verschreibt. Der jüngere Kollege

aus der Stadt zitiert Amitriptylin, Duloxetin und Pregabalin. Von den erfahrenen Kollegen bevorzugt einer hauptsächlich Duloxetin und Amitriptylin Tropfen. Außerdem arbeitet er gerne mit Acetylcarnitin und anderen Antioxidantien. In manchen Fällen habe er gute Erfolge mit homöopathischen Mitteln gehabt. Ein weiterer Kollege benutzt auch in erste Linie Amitriptylin Tropfen. Auch andere Antidepressiva werden in Betracht gezogen, aber kein spezifisches. Zudem hätte dieser Kollege schon mehrmals ein Placebo ausprobiert. Der letzte und „viel“ Wissende Hausarzt bevorzugt ebenfalls vorwiegend Amitriptylin Tropfen. Weitere von ihm häufig verschriebene Medikamente sind das Antidepressivum Duloxetin sowie das Antikonvulsivum Pregabalin. Selten versucht er es mit dem Antipsychotikum Amisulpride (niedrig dosiert) oder mit Sulpirid. Auch Muskelrelaxantien und Opiate, insbesondere Tramadol, setzt er gelegentlich ein.

Zur Frage nach besonderen Erfahrungen mit Patienten werden einige Beispiele kurz beschrieben. Ein Kollege erzählt z.B., wie 2 seiner Patienten von der Cannabis Therapie profitiert hätten. Was viele Fälle gemeinsam haben, ist die lange Suche nach einer adäquaten Therapie. Die wenigsten profitieren von einer einzelnen Therapie. Es gilt der Spruch „was hilft – hilft“. Aber längst nicht alle Fibromyalgie Patienten sind „schwierige Patienten“. 2 Kollegen haben sich darüber vorsichtig geäußert und geben an, dass etwa die Hälfte der FM-Fälle wirklich komplexe Fälle darstellen.

Zuletzt wurden die Kollegen um persönliche Anmerkungen zum Thema Fibromyalgie gefragt. 2 der Kollegen geben an, dass manche ihrer Patienten sehr gute Erfahrungen in rheumatologischen Zentren in Deutschland gemacht haben. 3 Kollegen schlagen alternative Methoden vor wie z.B. Akupunktur oder die Mesotherapie. Nur einer von ihnen führt diese letztere auch selbst durch. Die 3 erfahrenen Kollegen empfehlen regelmäßige Kontrollen.

4.3 Vergleich der Ergebnisse der Online-Fragebögen mit denen der Interviews

Wenn man die 68 Antworten der Online-Fragebögen, mit denen der 5 Interviews vergleicht, so ergeben sich Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede, welche im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

Zu den persönlichen Angaben ergibt sich ein ähnliches Schema. Während in den Online-Fragebögen alle Altersgruppen relativ gleich vertreten sind (nur 1 Person unter 30 Jahre), sind bei den Interviews 2 Ärzte zwischen 31 - 40 Jahre, 2 zwischen 51 - 60 Jahre und einer über 60 Jahre alt. Die Erfahrungsdauer korreliert in beiden Fällen positiv mit steigendem Alter. In beiden Fällen ist auch der Großteil der Ärzte auf dem Land beschäftigt.

Bzgl. des Wissens über FM, Frage 4, behaupten 51% der befragten Ärzte der Onlinebefragung „ausreichend“ und 35 % „wenig“ über die Fibromyalgie zu wissen. Im Interview sind es jeweils 40% für die beiden Antworten „ausreichend“ und „wenig“.

Nur 10% der online-befragten Hausärzte geben an „viel“ zu wissen und nur 2 (3%) die „nichts“ wissen. Im Interview gibt 1 (20%) Kollege an „viel“ zu wissen und niemand (0%) der „nichts“ weiß.

Zu Frage 5, ob die Kollegen schon einmal bei einem ihrer Patienten die Fibromyalgie vermutet hätten, geben 58.82% der Ärzte der Online-Fragebögen "selten" (ca. 1–2-mal pro Jahr) an. Die 5 interviewten Kollegen hingegen geben alle (100 %) „schon öfters" (3–10-mal pro Jahr) an.

Zu Frage 6, ob es aktive FM-Patienten in Behandlung gibt unter den befragten Ärzten, antworten 84% der online-befragten Kollegen, dass sie die Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften behandeln; von den 5 persönlich interviewten Ärzten machen 3 das genauso. 4% (3 Personen) der online-befragten Kollegen sagen, dass sie die meisten Fibromyalgiker allein behandeln; von den persönlich interviewten Ärzten würden dies 2 machen. In beiden Umfragen sind es ausschließlich jene Ärzte, welche mehr als 20 Jahre Erfahrung haben, die die Patienten tendenziell allein behandeln.

Bei den Wissensfragen bei Frage 7 und 8, wurde erstere von 68% der der online-befragten Ärzte richtig beantwortet. Im Gegensatz haben im Interview alle 5 (100%) richtig geantwortet.

Frage 8 wurde von 38.81% der online-befragten Ärzte richtig beantwortet und 55.22% antworteten, dass die Fibromyalgie anhand druckschmerzhafter, sog. „Tender Points“ diagnostiziert wird. Im Interview antwortet ebenfalls nur ein Kollege richtig, alle anderen verlassen sich auf die Tender Points.

Bei der Frage nach einer Behandlung im Falle einer FM-Vermutung, Frage 9, empfehlen seitens der Online-Befragten 60.29% vorerst eine rheumatologische Visite, 26.47% empfehlen primär sportliche Aktivität. Von den 5 interviewten Hausärzten, empfehlen 3 Kollegen eine rheumatologische Visite und 2 eine medikamentöse Therapie.

Zur letzten Frage, Frage 10, über die Schmerztherapie würden 43% der Online-Befragten ein Antidepressivum mit einem Schmerzmittel kombinieren und 22% entscheiden sich für ein Antidepressivum. Vergleichsweise verschreiben 3 der 5 befragten Kollegen, ein Schmerzmittel in Kombination mit einem Antidepressivum, und 2 Kollegen würden nur 1 Antidepressivum geben. Nur in den Online-Fragebögen geht hervor, dass 2.99% ein Placebo verschreiben.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Online-Fragebögen

Die Aussagekraft oder statistische Signifikanz ist aufgrund der limitierten Stichproben mit Vorsicht zu betrachten. Aus zweckdienlichen Gründen wurden nur 10 Fragen an die Hausärzte gesendet, um zu vermeiden, dass ihnen der Test zu lange vorkommen würde. Aus diesem Grund konnten aber auch einige interessante Fragen nicht gestellt werden.

Auch wenn das Ausfüllen der Fragebögen in 2 Sprachen möglich war, gibt das noch lange nicht Auskunft über die tatsächliche Muttersprache der jeweiligen Ärzte, da in Südtirol die Zweisprachigkeit Pflicht ist. Die Fragebögen werden aus diesem Grund alle zusammen ausgewertet und auch nicht auf unterschiedliche Ergebnisse zwischen den beiden Sprachen analysiert. Es folgt eine Diskussion der einzelnen Fragen.

Bezogen auf Frage 1 ergibt sich, dass alle oben angeführten Altersklassen ab 30 Jahre regelmäßig vertreten sind, wobei die Gruppe über 60 Jahre mit 32.35% am meisten vertreten ist. Unter 30 Jahre gibt es nur einen Arzt, was möglicherweise auch widerspiegelt, dass junge Allgemeinmediziner eine Seltenheit bleiben.

In Korrelation mit Frage 2 ergibt sich, dass das Alter mit der Erfahrungsdauer korreliert. Dadurch kann man davon ausgehen, dass es keine (oder kaum) späte Quereinsteiger in die Allgemeinmedizin gibt unter denen, die den Fragebogen ausgefüllt haben.

Aus Frage 3 folgt, dass 53% der Online-Befragten in der Peripherie arbeiten, 44 % in der Stadt, 3% sowohl in der Stadt als auch in der Peripherie.

Bei Frage 4 geben die Ärzte ihren Wissenstand zur Fibromyalgie an. Dabei geben 51% der Ärzte an, ausreichend über die Fibromyalgie zu wissen, aber nur die Hälfte von ihnen kennt die aktuellen Richtlinien. Auch von den 10 Kollegen, die angeben viel zu wissen, wissen nur die Hälfte von den neuen Richtlinien. 35% geben an wenig zu wissen, wobei von diesen immerhin 34% die neuen Richtlinien kennen.

Frage 5 ermittelt ob die Ärzte FM schon mal vermutet haben. Von den Ärzten aus der Peripherie geben fast 30% an, schon öfters die Fibromyalgie vermutet zu haben. Während 67% angeben, nur selten den Verdacht zu haben. Im Gegensatz dazu, geben 50% der Hausärzte in der Stadt an, schon öfters und 50% selten die Fibromyalgie zu vermuten. Nur in der Stadt gibt es einen Arzt, der angibt viele Fälle zu haben.

Somit ergibt sich hier die Frage, leiden die Menschen in der Stadt mehr an Fibromyalgie?

Eine Studie ermittelte eine Prävalenz im Stadtgebiet zwischen 0,69 % und 11,4 % und im ländlichen Gebiet zwischen 0,06 % und 5,2 %. Es scheint jedoch eine Tendenz zu geben, dass der ländliche Raum eine höhere Prävalenz aufweist als der städtische Raum. (30)

Die Tatsache, dass einige Ärzte noch nie oder nur selten die Fibromyalgie vermutet haben, heißt nicht unbedingt, dass sie die Krankheit übersehen, vielleicht ist sie tatsächlich nie vorgekommen. Statistisch gesehen, ist dies aber eher unwahrscheinlich. MUS (medically unexplained symptoms) sind tägliches Brot für Hausärzte und die Fibromyalgie steckt in manchen Fällen dahinter. (31)

Bei Frage 6 nach aktiven FM-Patienten ergeben sich folgende Antworten. Die absolute Mehrheit (84%) betreut die Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften. Nur 3 erfahrenere Kollegen geben an, die Fibromyalgiker meist allein zu behandeln. Relativ klar erkennbar wird also, dass unabhängig von den eigenen Qualitäten, ein multidisziplinärer Ansatz in den meisten Fällen wohl nötig ist. Allerdings scheint es, dass ein Arzt mit mehr Erfahrung (über 20 Jahre) den einen oder anderen Patienten auch selbstständig behandeln.

Bei der Frage „Was ist typisch für die FM?“, Frage 7, haben 68% die richtige Antwort gewählt. Sowohl starke Müdigkeit und Schlafstörungen als auch vegetative Symptome wie Trockenheit von Mund und Augen, Stuhlgangunregelmäßigkeiten, etc. sind typische Symptome der Fibromyalgie. Dasselbe gilt für wechselnde Gelenkschmerzen. Vor allem vegetative Symptome scheinen oft nicht im Zusammenhang mit der Erkrankung angesehen zu werden.

Auch bei Frage 8 geht es um das Wissen über die FM. Insgesamt 55% der Ärzte benutzen die „tender points“ als diagnostisches Kriterium, woraus man indirekt vermuten kann, dass sie die neuen Richtlinien nicht kennen. Über 50% behaupten, ausreichend zu wissen, aber nur 50% von ihnen kennen die aktuellen Richtlinien. Dasselbe gilt für jene, die behaupten viel zu wissen. Wie bereits erwähnt sind „Tender points“ nicht mehr aktuell. Knapp 39% kannten die richtige Antwort, welche „WPS und SSS-Score als diagnostische Hilfsmittel“ lautet. Die Ärzte der Altersklassen 31–40 und 41-50 Jahre sind eher mit den neuen Richtlinien vertraut als die erfahrenen Kollegen. Trotzdem muss erwähnt werden, dass auch wenn jemand diese Scores nicht kennt, dies noch nicht heißt, dass man bis dato nicht im Stande war die Fibromyalgie richtig zu erkennen. Dasselbe gilt auch umgekehrt.

Bei Frage 9 zur Handlungsweise bei V.a. Fibromyalgie, gab es sehr unterschiedlich Reaktionen. Man könnte jedoch anmerken, die Frage als irritierend einzustufen, wegen der Antwortmöglichkeit „es kommt drauf an“.

Eine korrekte Antwort gibt es hier nicht, aber wenn man die evidenzbasierten Empfehlungen der EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) für die Behandlung von

Fibromyalgie befolgt, so heißt es, dass sich eine optimale Behandlung auf eine schnelle Diagnose, Patientenaufklärung und nicht-pharmakologische Behandlung konzentrieren sollte. 60.29% der Befragten haben somit sicher richtig geantwortet, indem sie eine rheumatologische Visite priorisieren. (29)

Bei der Fibromyalgie ist die sportliche Aktivität wohl die erste Maßnahme, die ergriffen werden sollte. Deshalb ist diese Antwort auch korrekt, da man den ersten Schritt in der Behandlung vornimmt. 26.47% empfehlen primär sportliche Aktivität. Falls es sich im Nachhinein nicht um die Fibromyalgie handeln sollte, so hat man den Patienten immerhin nur Gutes getan. Falls jedoch sportliche Aktivitäten nicht möglich sind, dann sollte man immerhin medikamentöse Maßnahmen vorerst meiden (insbesondere Analgetika). Cognitive behavioral therapy oder Psychotherapie sind mögliche Therapieoptionen. Hier kommt nun aber das Dilemma der fehlenden bestätigten Diagnose, weshalb wohl mehrere Kollegen eine rheumatologische Visite wiederum bevorzugen. Eine medikamentöse Therapie sollte primär vermieden werden, während eine psychologische Visite in Erwägung gezogen werden kann. (29)

Bei Frage 10 wird der Arzt herausgefordert, leicht – bis mittelstarke Schmerzen zu behandeln. Die Frage soll den Arzt verleiten fälschlicherweise ein Schmerzmittel zu verschreiben. Effektiv verschreiben 55% der Ärzte leider ein Schmerzmittel, 78% davon kombinieren es mit einem Antidepressivum und die übrigen verschreiben nur das Schmerzmittel allein. Nur 22% versuchen es mit einem Antidepressivum ohne Schmerzmittel. Die übrigen Ärzte (18%) optieren für fachärztliche Visiten. Interessant ist auch, dass immerhin 3% ein Placebo verschreiben. Ganz genau betrachtet ist eine analgetische Therapie erst bei schweren Schmerzen oder bei Schmerzen, die eine Beeinträchtigung verursachen indiziert. (29)

5.2 Diskussion der Interviews mit den Südtiroler Allgemeinmedizinern

Im folgenden Abschnitt werden die Antworten der interviewten Ärzte erläutert.

Die interviewten Kollegen kommen hauptsächlich aus der Peripherie, diese haben sowohl weniger, als auch mehr Erfahrung. Da nur ein jüngerer Kollege in der Stadt tätig ist, ist die urbane Situation hier kaum beurteilbar.

Bei der Selbsteinschätzung gibt 1 junger Kollege bescheidenerweise an, „wenig“ zu wissen, obwohl er die Symptome und Richtlinien kennt. Ein weiterer junger Kollege behauptet zwar „genug“ zu wissen, kennt aber die Krankheit weniger gut. Die Situation ist ähnlich bei erfahreneren Kollegen. Selbsteinschätzung korreliert hier also nicht positiv mit Wissen.

Auf die Frage nach der Häufigkeit des Verdachts auf FM, ist interessant festzustellen, dass alle „schon öfters“ den V.a. FM gestellt haben. Schwer zu sagen, ob es reiner Zufall ist. Oder sind sie vielleicht informierter als andere über die Krankheit und denken deshalb mehr differentialdiagnostisch an sie?

Bei Frage 6, nach aktiven FM-Patienten, merkt man, wie die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonal bevorzugt wird. Allerdings sind es in diesem Fall 2 von 5 Kollegen, welche die meisten Fibromyalgiker allein behandeln. Die lange Erfahrung (über 20 Jahre) scheint eine wichtige Rolle zu spielen.

Bei Frage 7 nach dem Wissen über FM, kann man mit einer richtigen Antwortquote von 80% immerhin behaupten, dass die meisten Kollegen die Symptome der Fibromyalgie kennen.

Hingegen weist Frage 8, welche nach einer korrekten Aussage zu FM fragt, auf, dass nur 1 von 5 Kollegen (20%) mit den neuen Richtlinien vertraut ist. Wie bereits erwähnt können die Tender points angewandt werden, sind aber nicht mehr Richtlinien-konform.

Frage 9 erkundigt sich nach einer Behandlungsart bei Vermutung auf FM, wo der Großteil korrekterweise, eine rheumatologische Visite empfiehlt. Die anderen 2 von 5 Kollegen empfehlen hingegen eine medikamentöse Therapie, die eigentlich nicht primär indiziert ist. Sportliche Aktivität hätte alternativ auch eine mögliche Antwort sein können.

Bei Frage 10, nach einer Schmerztherapie in einem bestimmten Fall, wird wiederum der Trend zu viel Analgetika zu verordnen ersichtlich. 3 der 5 Kollegen antworten, dass sie ein Schmerzmittel mit einem Antidepressivum kombinieren würden. Nur 2 Kollegen würden nur 1 Antidepressivum allein geben.

Die von den 5 Kollegen am häufigsten verwendeten Medikamente für die Fibromyalgie sind wie folgt. Amitriptylin in Form von Tropfen wird am häufigsten in Betracht gezogen. Das SSRI Duloxetine scheint laut Umfrage an zweiter Stelle zu liegen und an dritter hingegen das Antikonvulsivum Pregabalin. Man könnte also sagen, dass die Medikamentenwahl den Empfehlungen entspricht, wobei die Kollegen aber auch gerne die Wirksamkeit anderer Antidepressiva nutzen, die nicht in den aktuellen Richtlinien aufscheinen – also „off-label“. Einer der Kollegen benutzt in manchen Fällen das Antipsychotikum Amisulpride (wirkt niedrig dosiert antidepressiv) oder das verwandte Sulpirid. Von den klassischen Analgetika wird generell gerne Paracetamol oder Metamizol verordnet. Opiate hat nur ein Kollege genannt. Ein anderer Kollege wiederum spricht über die Wirksamkeit von Placebos bei einigen seiner Patienten. Die Placebo-Behandlung scheint bei FM klinisch wirksam zu sein, da sie Schmerzen und Müdigkeit lindert und den nicht erholsamen Schlaf und die allgemeine Lebensqualität

verbessert. Seine analgetische Wirkung ist klinisch bedeutsam, besonders bei Männern, älteren Menschen und Personen mit stärkeren Schmerzen. (32)

Auch andere Medikamente wie Antioxidantien, Muskelrelaxantien und homöopathische Präparate werden von manchen Kollegen in Erwägung gezogen. Nahrungsergänzungsprodukte und Muskelrelaxantien haben eine negative Empfehlung. Auch für Homöopathie gibt es keine evidenzbasierte Empfehlung. Die Wirksamkeit von Cannabis bei der Fibromyalgie ist bis heute umstritten und sollte auch nicht empfohlen werden. (22)

Nicht medikamentöse Maßnahmen, die von den Kollegen empfohlen werden, beinhalten Akupunktur und Mesotherapie. Generell findet man in der Literatur starke Einigkeit für Physiotherapie, Ergotherapie, Ausdauertraining, Wassergymnastik und Trockengymnastik. Die Biosauna und Infrarotkabine sowie der befristete Einsatz von Elektroakupunktur können erwogen werden. (22)

Zur Mesotherapie gibt es keine klaren Empfehlungen, aber die Italienische Gesellschaft für Mesotherapie ist der Ansicht, dass die intradermale Injektion von Medikamenten gut wirksam und gut verträglich bei muskuloskelettalen Schmerz ist. (26)

Alle Kollegen bestätigen, dass die Diagnose und Therapie eines Fibromyalgikers mühsam sein können. Obwohl der Fibromyalgie Patient oft als „schwieriger Patient“ stigmatisiert wird, sind diese Fälle in der Realität wohl dann doch nicht so häufig. Die wenigsten profitieren von einer einzigen Therapie. Mehrere Kollegen legen Wert drauf die Patienten regelmäßig zur Gesprächstherapie zu sehen und evtl. auch für eine gelegentlichen klinische Untersuchung. Die Empathie darf nicht fehlen, da das Vertrauen hier eine große Rolle spielt.

5.3 Diskussion des Vergleichs der Online-Fragebögen mit denen der Interviews

In folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Online-Fragebögen, mit denen der Interviews verglichen und vertieft.

Zu den persönlichen Angaben ergibt sich, dass die Fragebögen hauptsächlich von Kollegen aus der Peripherie ausgefüllt wurden. Auch wenn die jeweiligen Altersgruppen unterschiedlich vertreten sind, sind in beiden Untersuchungen sowohl jüngere als auch erfahreneren Kollegen vertreten mit jeweils weniger bzw. mehr Erfahrung.

Grob betrachtet zeigen beide Befragungen bei Frage 4 (Wissenstand zur FM) auf, dass die Hälfte von sich behauptet, „ausreichend“ und die andere Hälfte „wenig“ zu wissen. Die Tatsache, dass nur 2 Kollegen (3%) der online-befragten „nichts“ wissen ist tröstlich. Leider sind diejenigen die behaupten „viel“ zu wissen auch nur sehr wenige.

Bei Frage 5 zur Vermutungshäufigkeit von FM, geben 36.76% der Ärzte der Online-Fragebögen an, "schon öfters" (3–10-mal pro Jahr) eine Fibromyalgie vermutet zu haben, während es im Interview alle 5 (100 %) Kollegen angeben. Letztere scheinen somit wesentlich öfters den Verdacht zu stellen. 59% der Ärzte der Online-Fragebögen geben an, "selten" (ca. 1–2-mal pro Jahr) die Fibromyalgie zu vermuten. 1 Möglichkeit ist, dass viele Kollegen die Krankheit übersehen oder sie wirklich wenige Fälle hatten. Insgesamt scheinen die Ärzte für Allgemeinmedizin in der Stadt häufiger Fälle von Fibromyalgie zu vermuten.

Bei Frage 6 geht es um die Anzahl nach aktiv betreuten FM-Patienten. Bei beiden Umfragen geht hervor, dass der Großteil der Ärzte die Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften behandeln. Nur einzelne erfahrene Kollegen mit über 20 Jahren Erfahrung behandeln die Patienten tendenziell allein.

Bei Frage 7, „Was ist typisch für die FM?“ ergibt sich, dass ein signifikanter Anteil (ca. 1/3) der online-befragten Kollegen die Symptome der Fibromyalgie nicht kennen und riskieren dadurch die Erkrankung zu übersehen. Im Gegensatz dazu, haben im Interview alle 5 (100%) richtig geantwortet und scheinen deshalb eher mit der Erkrankung vertraut zu sein.

Bei Frage 8, richtige Aussage zu FM auswählen, werden fälschlicherweise die sog. „Tender Points“ in beiden Umfragen primär zur Diagnose der Therapie genutzt. Nur 39% der online-befragten und nur 1 der 5 Interviewten antworteten richtig, indem sie den WPI und SSS wählten. Dabei gab sich zu erkennen, dass die jüngeren Kollegen eher die Richtlinien kennen.

Bei der Frage nach einer Behandlung bei V.a. Fibromyalgie, Frage 9, empfehlen in beiden Umfragen die Kollegen korrekterweise primär eine rheumatologische Visite. Während über ein Viertel der Online-Befragten „Sportliche Aktivität“ empfehlen, empfiehlt dies niemand von den Interviewten. Nur 9% der Online-Befragten empfehlen eine medikamentöse Therapie während es 2 der 5 (40%) der interviewten Kollegen primär empfehlen.

Bei Frage 10 nach einer spezifischen Schmerztherapie, kann in beiden Umfragen die Tendenz beobachtet werden, großzügig Analgetika zu verordnen.

Nur im Interview war es möglich konkrete Medikamente abzufragen und deshalb kann hier kein Vergleich gemacht werden.

Die Interviewten Kollegen sind eher mit der Erkrankung vertraut, allerdings kennen sie genauso wenig die aktuellen Richtlinien wie die Online-Befragten. Sowohl bei den Online-Fragebögen als auch bei den Interviews kann man sehen, dass die jüngeren Ärzte eher mit den neuen Richtlinien vertraut sind. Allerdings sind die erfahrenen Kollegen diejenigen, die sich eher um die Betreuung von Fibromyalgie Patienten kümmern und scheinen auch mehr mit der Pathologie vertraut zu sein.

Insgesamt werden noch zu viele Analgetika verordnet. Nur von den Interviews kann man ableiten, dass die gewählten Medikamente zur Behandlung der Fibromyalgie den Empfehlungen gerecht werden.

6. Die Perspektiven

Wie kann man die Situation für Patient und Arzt verbessern? Was wären die Möglichkeiten auf dem Territorium?

6.1 Ticketbefreiung

Nur in Südtirol gibt es eine Ticketbefreiung für die Fibromyalgie, d.h. die Patienten müssen bei bestimmten Untersuchungen in Zusammenhang mit dieser Krankheit keinen Ticketbeitrag bezahlen (Beschluss der Landesregierung vom 30. Jänner 2006, Nr. 289). Damit soll eine angemessene Überwachung der Krankheit und deren Komplikationen sowie eine Vorbeugung weiterer Verschlechterungen erreicht werden. Zusätzliche Begünstigungen sind z.B. kostenlose stationäre Aufenthalte, die im Zusammenhang mit der entsprechenden Krankheit stehen.

BEFREIUNGS-CODE	BEFREIUNGS-CODE (erste drei Ziffern)	KRANKHEIT ODER ZUSTAND	ICD9CM	KRANKHEITSDEFINITION
BZ2.729.1 (NUR IN SÜDTIROL GÜLTIG)	BZ2	FIBROMYALGIE	729.1	MYALGIE UND MYOSITIS, NICHT NÄHER BEZEICHNET

Abbildung 12: Ticketbefreiung

Die Medikamente für Krankheiten, bei denen ein Anrecht auf Befreiung von der Beteiligung an den Arzneimittelausgaben und auf Mehrfachverschreibungen besteht (im Falle der Fibromyalgie) sind: Mittel zur Behandlung der Krankheit und ihrer Komplikationen; konkret Antiphlogistika und Antirheumatika sowie Analgetika. (33)

6.2 Landesweiter Dienst für Rheumatologie, Rheuma Liga Südtirol, Selbsthilfegruppen, Vernetzung

Der Landesweite Dienst für Rheumatologie ist eine komplexe Struktur mit vielen Standorten in ganz Südtirol. Der Sitz ist das Krankenhaus Bruneck. Ziel ist die Diagnose und Behandlung

rheumatischer Erkrankungen. Es werden allgemeine und prioritäre Visiten angeboten bis hin zur Nagelfalz-Kapillaroskopie. (33)

Die Rheuma-Liga Südtirol ist eine ehrenamtliche Hilfs- und Selbsthilfeorganisation. Sie setzt sich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ein, die an einer chronischen Erkrankung (inklusive Fibromyalgie) erkrankt sind. Die Rheuma-Liga betreibt die nicht-medizinische Aufklärung der Menschen über ihre Pathologie und die notwendigen Maßnahmen. Sie motivieren die Menschen, mithilfe der Krankengymnastik, aktiv ihr Leiden zu lindern. Außerdem versucht die Rheuma-Liga, den Patienten bei der Herstellung des Kontaktes zu Rheumaspezialisten behilflich zu sein. Heute betreut die Rheuma-Liga Südtirol etwa 2.500 Mitglieder. (34)

Innerhalb der Rheuma-Liga gibt es mehrere Selbsthilfegruppen für Fibromyalgie, in folgenden Bezirken: Bozen Stadt und Land, Pustertal, Eisack- und Wipptal, Überetsch und Unterland, Vinschgau. Die Fibromyalgie-Selbsthilfegruppen treffen sich regelmäßig zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch. Zudem bietet die Rheuma-Liga für Fibromyalgie-Patienten Feldenkrais-, Warmwasser- und Trockengymnastikkurse in der Bonvicini Privatklinik in Bozen an. Ebenso werden Qigong-Kurse für die Fibromyalgie-Selbsthilfegruppe organisiert. Zusätzlich führt die Fibromyalgie-Gruppe gemeinsame Ausflüge durch und ermöglicht es den Mitgliedern, an therapeutischen Handarbeitskursen teilzunehmen. (34)

Studien zeigen, dass eine Koordinationsstruktur und Vernetzung sehr wichtig sind. Kommunikation und Koordination, sowohl zwischen den Sektoren als auch zwischen einzelnen Fachkräften, sind wichtige Maßnahmen für die zukünftige Versorgung, um den langwierigen Diagnoseprozess zu verbessern. (33, 34, 35)

6.3 Internetplattformen, Fortbildungen, SÜGAM

Das Internet bietet genügend Plattformen (z.B. PubMed, UpToDate), in denen man sich zur Fibromyalgie sehr gut informieren kann. Auch lokale Anbieter wie z.B. auf der Webseite der SÜGAM (Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin) können die Behandlungspfade verschiedener Krankheiten, u.a. die Fibromyalgie, nachgeschlagen werden. Es besteht auch die Möglichkeit die Dokumente herunterzuladen. (36)

6.4 EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology)

In den evidenzbasierten Empfehlungen der EULAR für die Behandlung von Fibromyalgie heißt es, dass sich eine optimale Behandlung auf eine schnelle Diagnose, Patientenaufklärung und

nicht-pharmakologische Behandlungen konzentrieren sollte. Darüber hinaus zeigte eine kürzlich durchgeführte systematische Überprüfung, dass achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Interventionen bei Patienten mit Fibromyalgie einen geringen bis mäßigen positiven Gesundheitseffekt haben. (37)

6.5 Pilot Projekt

In Südtirol läuft seit Mitte des Jahres 2022 ein Pilotprojekt zur Zusammenarbeit zwischen dem Landesdienst für Rheumatologie und der Allgemeinmedizin, um die territoriale Hilfe in der Rheumatologie zu stärken. Dabei übernehmen Ärzte für Allgemeinmedizin die aktive Betreuung und Verantwortung rheumatologischer Patienten. Weitere Ziele sind die kontinuierliche Aus- und Weiterbildung rheumatologischer Allgemeinmediziner, sowie die Umsetzung von Kooperationsbeziehungen zwischen dem rheumatologischen Dienst der Provinz und den Allgemeinmedizinern, um die Diskussion klinischer Fälle zu ermöglichen. (38)

6.6 Telemedizin

Hinweise für sog. „telemedizinische“ Interventionen bzw. die Fernbehandlung von Menschen mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen sind nun für die Implementierung verfügbar. Diese können genutzt werden, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Zugänglichkeit für Patienten mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen zu verbessern. Eine Verbreitungsstrategie ist derzeit in Arbeit. (37)

6.7 Andere Regionen

Die “legge di Bilancio 2022, comma 972” sieht vor, dass der Italienische Staat einen Beitrag von 5 Millionen Euro für die Erforschung, Diagnose und Behandlung von Fibromyalgie zur Verfügung stellt. Mit dem Erlass vom 8. Juli 2022 wurde die Ausstattung des Fonds auf allen Regionen, mit Ausnahme der autonomen Provinzen Trient und Bozen, aufgeteilt. Gemäß dem Dekret sind die Regionen verpflichtet, ein oder mehrere spezialisierte Zentren zu nennen, die für die Diagnose und Behandlung von Fibromyalgie geeignet sind. (39,40)

In anderen Regionen Italiens wird ebenfalls geforscht, ein Beispiel ist das Pilotprojekt “Trattamento della fibromialgia con tecnica osteopatica CV-4 e risposta neurovegetativa: studio sperimentale pilota”. Es wird hierbei untersucht, wie die Fibromyalgie im Zusammenhang mit der Schmerzsensibilisierung mit Veränderungen der neurovegetativen Funktion verbunden ist.

Dies könnte eine entscheidende Rolle bei der Pathogenese des Syndroms spielen. Zurzeit finden auch einige Beobachtungsstudien statt u.a. über die Wichtigkeit der Ernährung. (41)

Die „Fibromyapp“ ist eine innovative Web-App, die von einem Expertenteam entwickelt wurde, um die wichtigsten klinischen und therapeutischen Fragen im Zusammenhang mit der Fibromyalgie zu beantworten. (42)

6.8 Andere Welten

Es handelt sich um ein in Brasilien getestetes Instrument, das Laser Strahlen mit geringer Intensität mit Ultraschall kombiniert. Praktisch erfolgen wiederholte Sitzungen, welche einige Minuten dauern, wobei die Handflächen bestrahlt werden. Es soll die Schmerzschwelle des Patienten normalisieren und könnte auch bald auf den Markt kommen. (43)

7. Konklusion

Entgegen den Erwartungen, mit einzelnen Ausnahmen, scheinen die meisten Hausärzte in Südtirol die Fibromyalgie zu kennen und die Mehrheit scheint differentialdiagnostisch die Fibromyalgie in Betracht zu ziehen. Vor allem vegetative Symptome scheinen oft nicht im Zusammenhang mit der Erkrankung erkannt zu werden. Wenn es um eine korrekte Diagnose geht, scheint es viel Konfusion zu geben, weshalb die Diagnose primär vom Rheumatologen formuliert wird. Es scheint, als ob so gut wie niemand mit irgendeinem Score arbeite. In der Stadt scheint es mehr Patienten zu geben die an Fibromyalgie leiden als in der Peripherie. Die jüngeren Kollegen sind mehr mit den aktuellen Richtlinien vertraut, aber praktisch trauen sie sich weniger zu. Nur die erfahrenen Kollegen behandeln Fibromyalgiker oft auch allein. Therapeutisch werden noch zu viel klassische Analgetika verordnet und nur die wenigsten trauen sich auf diese zu verzichten.

Obwohl die ACR-Kriterien von 1990 durch die Kriterien von 2010 ersetzt wurden und später diagnostische Vorschläge gemacht wurden (d. h. die Kriterien von 2011 und 2016), wendet die Mehrheit der Gesundheitsfachkräfte im klinischen Umfeld weiterhin die digitale Palpation an, anstatt systematisch eines der vom ACR vorgeschlagenen Kriterien anzuwenden.

Selbsthilfegruppen und regional verfügbare Netzwerke stellen wichtige Unterstützungsmöglichkeiten dar, auch im Hinblick auf die psychosomatische Komponente. Durch Förderung interdisziplinärer Vernetzung kann eine verbesserte Koordination der Versorgungsleistungen bewirkt werden. Stärkung der Eigeninitiative der Betroffenen und

Förderung der Arbeit der Selbsthilfegruppen helfen diesen bei der Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien. (44)

„Man erkennt nur das, was man kennt.“ Um den Fibromyalgiker zu identifizieren und zu verstehen, muss man, wie auch bei allen anderen anerkannten Erkrankungen, diesen ernst nehmen und sich auch damit mehr auseinandersetzen. Die Therapie ist oft mühsam, aber Empathie sollte niemals ausbleiben.

Quellen

- (1) The Italian Society for Rheumatology clinical practice Richtlinien for the diagnosis and management of fibromyalgia. Best practices based on current scientific evidence | Reumatismo. (o.D.)
- (2) *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. (o.D.). ICD-11. <https://icd.who.int>
- (3) Herold, G. (2019). *Innere Medizin 2019*. de Gruyter GmbH, Walter.
- (4) Inanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep*. 2004 Oct;8(5):369-78. doi: 10.1007/s11916-996-0010-6. PMID: 15361321.
- (5) Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Med Clin (Barc)*. 2017 Nov 22;149(10):441-448. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.008. Epub 2017 Jul 19. PMID: 28734619.
- (6) Diagnostic criteria for fm <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7230253/>
- (7) *Fibromyalgia Test | Fibromyalgia Questionnaire | J.Flowers Health*. (o.D.). J. Flowers-Health-Institute. <https://jflowershealth.com/fibromyalgia-test/>
- (8) *Thieme E-Journals - Aktuelle Rheumatologie / Full Text*. (o.D.). Home - Thieme Connect. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1325-3015>
- (9) Gikaro, J. M., Bigambo, F. M., Minde, V. M., & Swai, E. A. (2023). Efficacy of electrophysical agents in fibromyalgia: A systematic review and network meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 026921552311704. <https://doi.org/10.1177/02692155231170450>
- (10) Meyer, H. P., & Med, M. (2002). Myofascial pain syndrome and its suggested role in the pathogenesis and treatment of fibromyalgia syndrome. *Current Pain and Headache Reports*, 6(4), 274–283. <https://doi.org/10.1007/s11916-002-0048-z>
- (11) Muir III, W. W., & Woolf, C. J. (2001a). Mechanisms of pain and their therapeutic implications. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 219(10), 1346–1356. <https://doi.org/10.2460/javma.2001.219.1346>
- (12) Clauw, D. J. (2015). Fibromyalgia and Related Conditions. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(5),
- (13) Malatji, B. G., Mason, S., Mienie, L. J., Wevers, R. A., Meyer, H., van Reenen, M., & Reinecke, C. J. (2019). The GC–MS metabolomics signature in patients with fibromyalgia syndrome directs to dysbiosis as an aspect contributing factor of FMS pathophysiology. *Metabolomics*, 15(4). <https://doi.org/10.1007/s11306-019-1513-6>

- (14) Brosschot, J. F. (2002). Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(2), 113–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00276>
- (15) Verkuil, B., Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A., & Thayer, J. F. (2010). Perseverative cognition, psychopathology, and somatic health. In *Emotion Regulation and Well-Being* (S. 85–100). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6953-8_6
- (16) Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of Fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, 122(12), S22—S30.
- (17) Bhargava J, Hurley JA. Fibromyalgia. [Updated 2023 Jun 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
- (18) Siracusa, R., Paola, R. D., Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D. (2021). Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), 3891.
- (19) *Fibromyalgie - Rheumaliga Schweiz*. (o.D.). Rheumaliga Schweiz.
- (20) *Fibro Fog*. (o.D.). Arthritis Foundation | Arthritis Research & Advocacy.
- (21) Späth, M. Fibromyalgie. *Z. Rheumatol.* 70, 573–587 (2011).
- (22) Deutsche Schmerzgesellschaft. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms.
- (23) *The diagnosis of fibromyalgia syndrome*. (o.D.). RCP London.
- (24) Horn, D.B., Marrero-Prats, C.C. (2022). Noncancer Pain: Fibromyalgia. In: Banik, R.K. (eds) *Anesthesiology In-Training Exam Review*. Springer, Cham.
- (25) Clauw DJ. Fibromyalgia: A Clinical Review. *JAMA*. 2014;311(15):1547–1555. doi:10.1001/jama.2014.3266
- (26) Mammucari, M., Gatti, A., Maggiori, S., & Sabato, A. F. (2012). Role of mesotherapy in musculoskeletal pain: Opinions from the italian society of mesotherapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1–12.
- (27) Hauser, W., Petzke, F., Uceyler, N., & Sommer, C. (2010). Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Rheumatology*, 50(3), 532–543.
- (28) Perrot, S., Javier, R. M., Marty, M., Le Jeune, C., & Laroche, F. (2008). Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology*, 47(8), 1117–1123.

- (29) Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318–328.
- (30) Marques, A. P., Santo, A. d. S. d. E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). A prevalência de fibromialgia: Atualização da revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356–363.
- (31) Needham, V. H. (2017). Medically unexplained symptoms. *British Journal of General Practice*, 67(657), 159.1–159.
- (32) Chen, X., Zou, K., Abdullah, N., Whiteside, N., Sarmanova, A., Doherty, M., & Zhang, W. (2017). The placebo effect and its determinants in fibromyalgia: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Rheumatology*, 36(7), 1623–1630.
- (33) *Autonome provinz bozen - südtirol*. (o.D.-b). <https://www.provinz.bz.it>.
- (34) *Rheuma-Liga Südtirol*. (o.D.). www.rheumaliga.it.
- (35) *Südtiroler Sanitätsbetrieb*. (o.D.). <https://www.sabes.it>.
- (36) *Fibromyalgie hausärztliche-pfade/13-leitlinien*. (o.D.). <https://www.suegam.it>.
- (37) *Eular*. (o.D.). EULAR. <https://www.eular.org>
- (38) Progetto pilota per la collaborazione tra il Servizio provinciale di Reumatologia e la Medicina Generale, al fine di rafforzare l'assistenza territoriale in Reumatologia. Dejaco C., Angelova I., Morbini M. *Federazione Italiana Medici di Medicina Generale*. 09/08/2021, Brunico
- (39) Camera dei deputati. (2018, 23. März). *Camera dei deputati - Documentazione parlamentare*. Documentazione parlamentare.
- (40) *Gazzetta ufficiale*. (o.D.). Gazzetta Ufficiale.
- (41) STUDIO PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA CON TECNICA OSTEOPATICA CV-4 E RISPOSTA NEUROVEGETATIVA - Comitato Fibromialgici Uniti. (o.D.). Comitato Fibromialgici Uniti.
- (42) *Pubblicazioni Archivi - AISF ODV*. (o.D.). AISF ODV.
- (43) Amaral Bruno, J. S., Franco, D. M., Ciol, H., Luis Zanchin, A., Bagnato, V. S., & de Aquino Junior, A. E. (2018). Could hands be a new treatment to fibromyalgia? A pilot study. *Journal of Novel Physiotherapies*, 08(03).
- (44) Al-Qadi, M., Renaud, D., & Meyer, M. (2020a). „Man muss aber auch selbst was tun“. *Der Schmerz*.

Claudiana - Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe



Plagiatsverzicht

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplomarbeit meine eigene und eigenständige Arbeit ist. Alle verwendeten Quellen und Hilfsmittel sind als solche gekennzeichnet. Alle Texte, die entweder direkt zitiert oder paraphrasiert wurden, sind durch In-Text-Zitate gekennzeichnet, welches auch die Internetquellen mit URL und Zugriffsdatum enthält. Die vollständigen bibliographischen Angaben sind im Literaturverzeichnis aufgeführt. Diese Arbeit wurde bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht.

(Datum)

20. August 2023

(Signatur)

Dr. Moriz Biamino

DANKSAGUNG

Danke Camilla für die Unterstützung bei der Erstellung der Fragebögen, für die Verbesserungsarbeiten und für die endgültige Formatierung! Grazie Dott. Murrari per aver creduto in me e per tutto il Suo impegno. Ein weiterer herzlicher Dank an alle die mir in irgendeiner Form bei dieser Arbeit geholfen haben. Amen.