



Online: Pflege-Fortbildung GeSGuK

Fibromyalgiesyndrom –

Eine Herausforderung in der Behandlung und Schmerzerhebung

Das Fibromyalgiesyndrom ist ein Krankheitsbild, das zwei Prozent der Weltbevölkerung betrifft. Rund 7.5 Milliarden Menschen leben derzeit auf unserem Planeten, das bedeutet, dass 150 Millionen Menschen an Fibromyalgie leiden und davon wiederum 174.000 Betroffene allein in Österreich. Fibromyalgie zählt zu den chronischen Schmerzerkrankungen und so leidet jede:r fünfte Österreicher:in (1,74 Millionen) an chronischen Schmerzen. In allen Bereichen des im Gesundheitswesens sind es genau diese Menschen, die den betreuenden und behandelnden Berufsgruppen Geduld und Zeit abverlangen. Es sind nicht nur die Ärzt*innen gefordert, sondern auch die professionellen Pflegepersonen. Durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sind die Pflegepersonen des gehobenen Dienstes dazu aufgefordert, ihre Kompetenzen wahrzunehmen und ihre Fachkenntnis auch anzuwenden. Chronische Schmerzpatient:innen fordern Pflegefachgespräche und ein verständnisvolles und wertfreies Zuhören, um ihre Ängste, Sorgen und Nöte ansprechen zu können. Die Pflegepersonen sind für die Patient:innen die/der erste Ansprechpartner:in. Diplomierte Gesundheitspfleger:innen dürfen und sollen komplementäre Therapieformen zur Unterstützung der medizinischen Therapie und des subjektiven Wohlbefindens den Patient:innen anbieten und anwenden.

Fibromyalgie ist eine vielfältige Symptomerkrankung mit einer ebenso vielfältigen und fordernden Patient:innengruppe, das nicht geheilt werden, aber Schmerzlinderung erfahren kann, mit Fachkenntnis, Verständnis und einer multimodalen Therapie.

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS) ist wegen der Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates in der Rheumatologie angesiedelt und zählte ursprünglich zu den psychiatrischen Erkrankungen. Es handelt sich dabei

um ein chronisches Schmerzsyndrom. Im Englischen wird sie auch als „chronic widespread pain“, kurz CWP, bezeichnet.

Es sind mehr Frauen, aber wenn man neuesten Untersuchungen Glauben schenkt, auch fast ebenso viele Männer betroffen. Patient:innen mit dieser Erkrankung stoßen auf sehr viel Unverständnis. Sie werden gerne als lästig, fordernd und „nicht behandelbar“ bezeichnet.

Das Fragen nach dem Schmerz bei akuten oder chronischen Schmerzpatient:innen gehört zu jeder Aufnahme, unabhängig davon, ob es sich um eine ambulante oder stationäre Behandlung handelt. Generell gestaltet sich diese Frage bei chronischen Schmerzpatient:innen als schwierig bzw. mühsam. Nichtsdestotrotz gehört sie als wichtiges Messinstrument dazu. Im stationären Setting, bei der Behandlung von Fibromyalgiesyndrom-Patient:innen stellt sich aber die Frage, wie häufig und nach welcher Schmerz-Messskala vorgegangen werden soll. Durch die computer-gesteuerte Pflegedokumentation sind alle Fragebögen automatisiert und erlauben deshalb auch keine Abweichung. Ein kritisches Hinterfragen der Häufigkeit der Fragestellung und der Art der Schmerzskala ist aber angebracht.

1 Definitionen und Erläuterungen

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz als „eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlichem oder drohendem Gewebsschaden verbunden ist, oder dieser ähnelt (Heitkamp, 2021).

McGaffery und Beebe definieren Schmerz als „...stets so, wie die empfindende Person sagt, dass er ist, und vorhanden, wann immer sie sagt, dass er vorhanden ist“ (Carr & Mann, 2014, S. 32).



Die erste Definition hat in der Schmerzentstehung ihre Bedeutung und ihren Ursprung, aber im Umgang mit Fibromyalgie Patient:innen ist der zweiten Definition mehr Beachtung zu schenken.

Fibromyalgie

Das Wort setzt sich aus drei Teilen zusammen. Fibro- kommt aus dem lateinischen „fibra“ die Faser, my- kommt aus dem griechischen „mys“ der Muskel und algie ebenso aus dem griechischen „algos“ der Schmerz (i.A., Wikipedia, 2017, letzter Zugriff 03. 05. 2017).

Wohlbefinden

Wohlbefinden ist laut WHO: „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ Wohlbefinden besteht aus einer subjektiven und einer objektiven Dimension, wobei das subjektive Wohlbefinden mit der Lebenserfahrung verknüpft ist.

ACR-Kriterien

ACR ist die Abkürzung für das American College of Rheumatology. Diese Institution versuchte international gültige Kriterien für Fibromyalgie auszuarbeiten und hat 1990 erstmals Klassifikationskriterien veröffentlicht (Alten et al. ,2017, S. 13). Diese besagen, wenn Patient:innen über einen längeren Zeitraum (mindestens 6 Monate) an großflächigen Schmerzen leiden, die die linke und rechte Körperhälfte betreffen, oberhalb und unterhalb der Taille vorhanden sind und das Achsenskelett einbeziehen, können sie als Fibromyalgiesyndrom klassifiziert werden, wenn außerdem mindestens 11 von 18 anatomisch definierten Punkten (Tender Points) auffällig druckschmerzhaft sind (Alten et al., 2017, S. 26).

Leitlinien

Leitlinien entstehen, um eine bessere Diagnosestellung zu ermöglichen und einen effektvollen Therapieplan zu erstellen. Sie haben das Ziel, Ärzt:innen und andere Berufsgruppen zu unterstützen. Leitlinien sind nicht gesetzlich geregelt. Sie sind als Empfehlung zu verstehen. Durch die Auswahl erfahrener Ärzt:innen in

der Behandlung von Fibromyalgie konnten Leitlinien erstellt und in Abständen evaluiert werden. Der aktuelle wissenschaftliche Wissensstand und Erfahrungen werden ausgetauscht (Nothacker & Häuser, 2017, S. 5).

Vegetative Symptome und funktionelle Störungen einer FMS

Diese diagnostischen Kriterien sind ebenso ein wichtiger Bestandteil der Diagnosestellung, um dem gesamten Beschwerdebild der Fibromyalgie gerecht zu werden. Es gibt die vegetativen und funktionellen Symptome. Jeweils 3 der körperlichen Symptome oder Störungen müssen positiv sein. Zu den vegetativen Symptomen zählen kalte Hände, Mundtrockenheit, vermehrtes Schwitzen (Hyperhidrose) an den Händen, Dermographismus, Regulationsstörung des Blutdrucks (Orthostase) mit Schwindel bei Lagerungswechsel, unregelmäßige Atmung und Zittern der Hände (Tremor). Nicht erholsamer Schlaf, Schlafstörung, Magen- und Darmprobleme (Obstipation, Diarrhö) Globusgefühl, funktionelle Atembeschwerden, Empfindungsstörungen (Par-Dysästhesien) funktionelle Herzbeschwerden und Beschwerden im Unterbauch (Dysurie und/oder Dysmenorrhoe) werden als funktionelle Störungen bezeichnet (vgl. Hantzschel & Raspe, 2007).

Tender Points

Für Studienzwecke wurden 18 schmerzhafte Druckpunkte am ganzen Körper verteilt ausgewählt und benannt, um Fibromyalgie diagnostizieren zu können. Jeweils 9 Druckpunkte auf jeder Körperhälfte:

- am Ansatz des subokzipitalen Muskels
- an den Querfortsätzen der Halswirbelsäule (C5-C6)
- am M. Trapezius (ist der Mittelpunkt der Achse)
- am Supraspinatus oberhalb des Spina scapulae
- an der 2 Rippen Knochen-Knorpel-Grenze
- an den Armen Epichondylus radialis (2cm distal)
- am unteren Rücken regio glutea (oberer äußerer Quadrant)
- am Trochanter major
- am Kniegelenk der Fettpolster medial, proximal der Gelenkslinie (Alten et al, 2017, S. 9).



2 Die Fibromyalgie

Auch unter den Namen generalisierte Tendomyopathie oder Weichteilrheumatismus bekannt. Es gibt selten eine Erkrankungsform, die derart vielfältig in ihrer Erscheinung ist und die einen so ausgesprochen großen Leidensdruck auf die Betroffenen ausübt. Mit ihren Ganzkörperschmerzen und den Begleitsymptomen von Müdigkeit und Antriebslosigkeit den Anforderungen des täglichen Lebens nicht gerecht werden zu können, ist für die Betroffenen eines der größten Probleme (Graninger, 2011, S. 2).

Sie klagen über einen nicht erholsamen Schlaf oder sogar Schlaflosigkeit, Empfindungsstörungen und ein Reizdarmsyndrom. Der Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhö belasten Patient:innen sehr und Frauen berichten auch von Unterbauchproblemen mit dem ständigen Gefühl, zur Toilette zu müssen und dem Ausbleiben der Menstruation. Schwellungsgefühle an Händen und Füßen sind ebenso häufige Begleiterscheinungen. Um ein FMS diagnostizieren zu können, müssen mechanische oder entzündliche Ursachen ausgeschlossen werden. Dafür wird eine vollständige medizinische und körperliche Anamnese, ein Basislabor mit Entzündungsparameter (BSG, C-reaktives Protein), Blutbild, Abnahme der Schilddrüsenparameter, Kreatinkinase und Kalzium empfohlen (Alten et al, 2017, S. 9).

Die Empfehlung der Kontrolle des Vitamin D wurde in die neuen Kriterien aufgenommen (Alten et al., 2017, S. 18-19). Eine Schmerzerhebung mit Hilfe einer Skizze oder einer Schmerzskala gehört ebenfalls dazu. Um eine Fehldiagnose ausschließen zu können, sind alle dafür notwendigen orthopädischen, internistischen und neurologischen Untersuchungen und bildgebende Diagnostik durchzuführen. Nicht selten kann eine entzündlich-rheumatologische (Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis), eine endokrinologische (Hypothyreose), eine metabolische (Hämochromatose) oder eine maligne Erkrankung (Paraneoplasie) hinter den Symptomen stecken. Auch Virusinfektionen können ein ähnliches Krankheitsbild (Myalgien) ergeben. Günstig

ist es, eine/n Fachärztin/Facharzt zu Rate zu ziehen. Meist ist es ein/e Rheumatolog:in, die die Diagnose Fibromyalgie anhand der ACR-Kriterien, der Tender Points und vegetativen Symptomen und Störungen stellt. 11 von 18 Tender Points sollen positiv sein. Die Druckpunkte können mit einem Dolorimeter (pos. Tender Point bei einer Stärke von 4 kp/cm²) gemessen werden oder mit dem Pressen des Daumens, bis das Nagelbett des Untersuchers sich weiß färbt. In der Praxis kommt das Dolorimeter kaum zum Einsatz und wird mehr zu Studienzwecken verwendet (Alten et al., 2017, S. 13). Die neuesten Leitlinien 2017 heben die Messung der Tender Points auf.

Der von den Patient:innen berichtete Erschöpfungsneigung körperlicher und/oder geistiger Art und den vorliegenden Schlafstörungen wird eine höhere Aussagekraft zugeordnet. Das ist sinnvoll, wie der Bericht „Schmerz und Aufmerksamkeit“ belegt. Ein Großteil der befragten Fibromyalgie-Patient:innen gibt an, unter der Konzentrationsstörung, der Müdigkeit, das „Nicht-klar-Denken“ oder „Sachen nicht fertig bringen zu können“, am meisten zu leiden. Fragebögen zu körperlichen Symptomen, Schmerzlokalisierung und Müdigkeit sind hilfreiche Werkzeuge, die in der Diagnosefindung neu aufgenommen wurden. Sie sind im Internet frei zugänglich. Seelische Probleme und körperliche Schmerzen werden von den Patient*innen selbst mit einem Punktesystem beurteilt (Alten et al., 2017, S. 27-30).

Wie verhalten sich FMS-Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden, denen keine medizinische Untersuchung ihre körperlichen Beschwerden erklären kann? (Häusler, Bernardy & Arnold, 2006, S. 1-2). Sie werden hartnäckig und fordern die Ärzt*innen immer wieder auf, Untersuchungen durchzuführen, selbst wenn diese schon durchgeführt wurden und zu keinem Ergebnis gekommen sind. Sehr häufig finden sich in der Anamnese traumatische Ereignisse, negative Erfahrungen oder Konflikte, die mit dem Auftreten und der Fortdauer einhergehen. Darauf möchten Patient:innen in der Regel nicht eingehen und lehnen meist eine psychologische Behandlung ab. Sie versuchen



krankhaft die Ärzt:innen davon zu überzeugen genauer abgeklärt zu werden. Auch wenn körperliche Symptome vorhanden sind, können sie nicht mit dem andauernden Leiden in Verbindung gebracht werden (Häusler, Bernardy & Arnold, 2006, S. 7-8).

Im Laufe der Jahre wurden einige Studien durchgeführt, um Belastungsfaktoren nachzuweisen. Ein zentraler Faktor scheint der unfreiwillige sexuelle Kontakt und/oder der körperliche Missbrauch in der Kindheit, Jugend oder im Erwachsenenalter zu sein. Mehr als die Hälfte der befragten Patient:innen hatten von einem solchen Erlebnis zu berichten. Alkoholprobleme eines Elternteils, Abhängigkeitsprobleme der Mutter, Vernachlässigung, zu wenig Zuneigung der Eltern, finanzielle Engpässe, übermäßige Arbeitsbelastung, um nur einige Beispiele zu nennen, nehmen einen entscheidenden Einfluss in der Entstehungsgeschichte. Interessant sind Untersuchungen zu psychischen Störungen bei FMS-Patient:innen. Gehäuft im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kommen Depressionen oder Angststörungen vor, die vor oder nach dem Ausbruch der Symptome eines FMS nachgewiesen werden. Die Forschungen nach möglichen Ursachen in den vergangenen Jahren über Störungen der Schilddrüse und/oder der Sexualhormone, erhöhte Cortison-Ausschüttung oder einer Dysfunktion des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse konnten aufgrund fehlender Studien weder bestätigt noch entkräftet werden. Infektionserkrankungen (Borreliose) oder Unfälle scheinen auch keinen maßgeblichen Anteil an der Entstehungsgeschichte des FMS zu haben. Pathophysiologisch wird eine Fehlregulation in der zentralen Schmerzverarbeitung angenommen. Doch bisher konnten keine Studien eindeutige Beweise finden (Alten et al., 2017, S. 38).

Das biopsychosoziale Modell der chronischen Schmerzen lässt sich durch das Schmerzerleben der Betroffenen erklären. Anhaltende Schmerzen verändern das Verhalten eines Menschen. Verschiedenste Ärzt:innen werden aufgesucht, um eine Erklärung/Diagnose zu erhalten (Ärzte-Shopping). Patient:innen meiden körperliche Aktivitäten, um keine

Schmerzen ertragen zu müssen. Sie nehmen Medikamente ein, die ihnen oftmals mehr unerwünschte Nebenwirkungen als Nutzen bringen. Chronischer Schmerz lässt die Betroffenen vereinsamen. Ständig klagende oder jammernde Menschen stoßen auf Unverständnis und Arbeitskolleg:innen, Freunde oder Familienmitglieder ziehen sich zurück. Es fehlt chronischen Schmerzpatient:innen auch die Lust und der Spaß, an Aktivitäten mitzumachen. Biologische Prozesse laufen im Körper ab. Es kommt zu Muskelverspannungen, Entzündungen im Körper oder eingeklemmten Nerven, die körperliche Schmerzen verursachen. Die Emotionen verändern sich. Hilflosigkeit, das „Ausgeliefertsein“, Trauer, Angst, Verzweiflung, und Zukunftsängste begleiten diese Menschen. Unterschiedlichste Kognitionen zeichnen diese Patient:innen aus. Es gibt Betroffene, die zur Übertreibung neigen, damit ihnen geglaubt wird. Andere bagatellisieren und verharmlosen ihre Beschwerden. Am schwierigsten zu behandeln sind Patient:innen, die überzeugt sind, dass ihnen nichts und niemand helfen kann. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen, benötigen diese Patient:innen Unterstützung durch Fachkenntnis, Empathie und Verständnis.

3 Schmerzskaalen

Schmerzskaalen dienen dazu, Schmerzintensität und/oder Schmerzqualität zu beurteilen. Sie sind wichtige Parameter, um Patient:innen mit Schmerzen zu behandeln und dem Schmerz auch Platz und Raum zu geben. Im akuten Schmerz, wenn es sich z. B. um einen nozizeptiven Schmerz handelt, genügen einfache Skalen. Ansonsten ist es sinnvoll, auf erweiterte Messskalen zurückzugreifen, die Schmerzintensität, Schmerzqualität und das verursachte Leid messen. Patient:innen mit Schmerz, unabhängig eines akuten oder chronischen Schmerzes, befinden sich in einem Ausnahmezustand. Es braucht Einfühlungsvermögen und emphatisches Auftreten der Pflegepersonen und das Gespür der richtigen Schmerzbefragung. Alter, kognitive



Einschränkungen, Behinderungen im Sehen und Hören sind Umstände, die ebenfalls zu beachten sind.

Eindimensionale Schmerzskaleten

Die visuelle Analogskala (VAS) ist die einfachste Messskala zur Erfassung der Schmerzintensität. Bei Studien oder um rasch eine Schmerzinformation zu erhalten, kommt sie häufig zum Einsatz. Sie ist gekennzeichnet durch ihre gerade Linie, die 10 cm Länge in Millimeter eingeteilt wird. Die Patient:innen werden aufgefordert eine Angabe zu machen, die ihr derzeitiges Schmerzempfinden von „Überhaupt keinem Schmerz“ bis zu „Stärkster unvorstellbarer Schmerz“ beschreibt (Carr & Mann, 2014, S. 70-71). Patient:innen kreuzen auf der Linie ihr Befinden an, oder markieren bei den moderneren Messskalen mittels eines Schiebers. Für Kinder wurde diese Skala mit vier bis sechs Smilies oder Gesichtern entworfen. Die Numerische Rangskala (NRS), in der mit Ziffern eine Schmerzerhebung vorgenommen wird, gehört ebenfalls zu den eindimensionalen Messskalen. Von 0-10 geben Schmerzpatient:innen ihre Schmerzintensität an. Eine einfache Form ist auch die deskriptive Schmerzerhebung nach der verbalen Rangskala (VRS). Auf die Frage: „Wie stark sind Ihre Schmerzen?“ sind die Antworten vorgegeben: kein Schmerz, leichte Schmerzen, mäßige Schmerzen, starke Schmerzen bis sehr starke Schmerzen. Diese beiden Formen sind für die Patient:innen oft besser verständlich. Eine Kombination aus Ziffer und Worten ergibt ein noch deutlicheres Bild für den Befragenden (Carr & Mann, 2014, S. 72)

Fremdeinschätzungsskalen

Schmerzskaleten mittels Fremdeinschätzung sind einerseits Fragebögen, die den Pflegepersonen die Möglichkeit geben, Menschen, die nicht oder nicht mehr dazu in der Lage sind, verbale Äußerungen oder Schmerzbeurteilungen abzugeben bezüglich ihres Schmerzempfindens einzuschätzen. In der Langzeitpflege, bei Menschen mit Demenz, oder kognitiv eingeschränkten Menschen durch verschiedene Erkrankungen sind diese Messskalen von Bedeutung. Die Auswahl der zu verwendenden,

Fremdeinschätzungsskalen soll die Patient:innengruppe widerspiegeln, anwenderfreundlich sein und nicht nur von der Institution, sondern auch mit dem dort arbeitenden professionellen Pflegepersonen getroffen werden. Beim Echelle comportementale de la douleur pour personnes agees non communicates (ECPA) Schmerzbeurteilungsbogen beurteilt die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson in drei Dimensionen ihre Beobachtungen. Im ersten Teil werden verbale Äußerungen, Gesichtsausdruck und spontane Ruuehaltung der Patient:innen beurteilt. In der zweiten Dimension werden Wahrnehmungen während der Betreuung der Patient:innen dokumentiert. Angst, Reaktionen, verbale Äußerungen und Reaktionen bei der Behandlung schmerzhafter Bereiche sind zu beurteilen. Drittens werden Appetit, Schlaf, Bewegung und Kommunikation interpretiert. Bis zu 44 Punkte sind zu vergeben. BESD beurteilt die Beobachtungen von Patient:innen, die nicht verbal kommunizieren können und an einer Demenz leiden. Sie ist die erste deutsche Übersetzung aus dem Jahre 2004 des Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) (Schwermann & Münch, 2004, S. 30). Aus der Anzahl der Dimensionen und Beobachtungskriterien lässt sich erkennen, wie umfangreich diese Fragebögen sind. Es erklärt sich von selbst, dass Pflegepersonen, die Patient:innen beurteilen sollen, auch geschult und immer wieder neu instruiert werden müssen.

Mehrdimensionale Skalen:

Schmerztagebücher bei chronischen Schmerzpatient:innen können hilfreich sein, um eigene Erkenntnisse über das Schmerzerleben zu erfahren: Beeinflussende Faktoren im positiven wie negativen Sinn, tageszeitliche Unterschiede in der Lokalisation der Schmerzen, Schmerzstärke, Schmerzqualität und Medikamenteneinnahmezeiten. Sie erheben mehrdimensionale Parameter. Das Selbstmanagement zuhause wird gefördert. Auch zu Forschungszwecken können diese Erkenntnisse verwendet werden (Carr & Mann, 2014, S. 80).



Fragebögen zur Schmerzerfassung

Der McGill Pain Questionnaire ist ein umfangreicher Fragebogen, der für wissenschaftliche Zwecke und auch in der Praxis zur Anwendung kommt. In Worten wird die Qualität des Schmerzes beurteilt. In vier Dimensionen „Sensorisch“, „Affektiv“, „Evaluativ“ und „Verschiedenes“ unterteilt, sollen Betroffene die Worte auswählen, mit denen sie ihren Schmerz zum Ausdruck bringen. In 20 Unterteilungen mit einem Umfang von 78 Worten ist der vollständige Fragebogen in der Praxis nicht umsetzbar und dadurch entstand eine Kurzform (SF-MPQ). Hinter jedem Wort steht eine Ziffer und die ermittelten Punkte werden zur Beurteilung herangezogen. Dieser Fragebogen findet Anwendung bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatient:innen (Carr & Mann, 2014, S. 73).

Das Brief Pain Inventory eignet sich in Schmerzzambulanzen für chronische Schmerzpatient:innen (Petermann, Holtz, Van der Meer & Krohn-Grimberghe, 2007, S. 471). Es kann vor dem ersten Termin den Patient:innen zugesandt werden, mit dem Hinweis, den ausgefüllten Schmerzfragebogen beim Erstbesuch mitzubringen. Es ist in der Handhabung einfach und zur raschen Ersteinschätzung der chronischen Schmerzen kann er den professionellen Pflegepersonen eine wertvolle Unterstützung.

4 Therapie der FMS

Die Fibromyalgie soll durch eine multimodale Therapie behandelt werden. Es ist sinnvoll, verschiedene Therapiearten zur Verfügung zu stellen, damit Patient:innen herausfinden können, was ihnen guttut.

Nichtmedikamentöse Therapie

Nachdem es sich um verschiedene Krankheitssymptome handelt, braucht es auch eine multimodale Therapie. Um die Patient:innen zu überzeugen, braucht es die Akzeptanz der Erkrankung durch diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und den Ärzt:innen (Mc. Caffery, Beebe & Latham, 1997, S. 319). FMS-Patient:innen sind auf einen vertrauensvollen Patient:innen–Pflege/Arzt-Beziehung angewiesen. Eine

umfassende Aufklärung der Patient:innen über ihre Erkrankung ist die Basis zum Erfolg in der Behandlung. Die physikalische, medikamentöse und psychologische Therapie sind Teilbereiche, die in verschiedensten Kombinationen am meisten Erfolg versprechend. Verhaltenstherapie, Psychologische Unterstützung, Entspannungs-Techniken, Aerobes Training (Walking), Meditative Bewegungstherapie (Qi Gong, Tai-Chi, Yoga), Infrarotkabine (Wärme) und Patient:innen Schulung sind Möglichkeiten. Eigenes Wissen beeinflusst den Umgang mit der eigenen Erkrankung positiv und lässt die Betroffenen dann auch bei Schwierigkeiten anders handeln (Petermann, Holtz, Van der Meer & Krohn-Grimberghe, 2007, S. 471).

Auch Zukunftssorgen der FMS-Patienten, bezüglich Lebensqualität und Lebensdauer lassen sich durch das Wissen der Pflegepersonen in Pflegefachgesprächen klären. In Studien konnte keine Verringerung der Lebenserwartung im Vergleich zur Normalbevölkerung festgestellt werden. Patient:innen-Schulung zu Selbstmanagement im Umgang mit Bewegung und Sport, Verhalten im alltäglichen Leben, Umgang mit Stress und Beruf, usw. sind ein zentrales Thema. Selbsthilfegruppen können für viele Betroffene eine wertvolle Unterstützung sein. Es finden sich Gleichgesinnte, die meist gut organisiert sind, selbst Vorträge und Workshops organisieren und mit Erfahrungsaustausch zur Seite stehen können. Das Ziel ist es, FMS-Patient:innen Orientierungshilfen anzubieten, damit sie ihrer Hilflosigkeit nicht ausgeliefert sind. Oftmals werden Ehepartner:innen, Kinder und engste Angehörige miteinbezogen. Das Unverständnis und/oder die Hoffnungslosigkeit der Angehörigen belasten die Erkrankten. In der Literatur finden sich einige Berichte über mögliche therapeutische Ansätze. In einem Punkt sind sich alle einig: Es wurde noch immer kein Patentrezept gefunden. Erfolge konnten verbucht werden, auch wenn sie häufig nur von kurzer Dauer waren.

Es wird davon ausgegangen, dass das FMS einen Betroffenen sein Leben lang begleiten wird und jede Art von alternativen Therapien erfolgreich sein kann oder



bei Misserfolg mit geringem Schaden eingestuft wird (Petzke, 2012, S. 1-2).

Die Aromapflege ist eine überlieferte, ganzheitliche Therapieform, die den ganzen Körper bei der Heilung oder Linderung unterstützt. Es werden nur naturreine ätherische Öle verwendet, die aus den verschiedenen Bestandteilen der Pflanzen (Blätter, Blüten, Wurzeln) gewonnen werden. Sie wirken wohltuend auf Geist und Seele und fördern die Genesung. Aromapflege kommt aus der Phytotherapie und wird in verschiedenen Formen angewandt (Werner & Von Braunschweig, 2012, S. 2). Als temperierte Ölkompressen, Geruchsanwendung in Duftlampen, in Kombination mit einem Wickel oder Fußbad, kann sie in stationären und ambulanten Stationen von der Pflege zur Schmerzbehandlung angewendet werden. Ein Basiswissen soll Voraussetzung für die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sein, um auch Patient:innen für zuhause einschulen zu können. Die Wahl des 100% naturrein ätherischen Öls oder der Fertigölmischung treffen Patient:innen selbst mit Unterstützung der Pflegeperson. Die Pflegeperson definiert mit dem Pflegeassessment das Problem der Patient:in, die Lokalisation, die Anwendung und das zur Anwendung kommende ätherische Öl. Jede Fertigölmischung besteht aus Inhaltsstoffen und deren individueller Wirkung. Der Duft soll von den Patient:innen als angenehm empfunden werden. Ätherische Öle wirken über die Haut, den Geruchssinn und die Schleimhaut, deshalb auch die breite Anwendungsmöglichkeit. Wickel kommen in Verbindung mit der Aromapflege gerne vor. Das Anlegen von Wickeln ist im stationären und ambulanten Bereich eine einfache, aber wirksame Methode, ganzheitlich auf die Patient:innen einzuwirken. Auch hier braucht es ein Pflegegespräch mit den Patient:innen über die Anwendungsmethode und Indikation. Die Patient:innen kommen zur Ruhe, das Wohlbefinden wird gesteigert und damit auch der Schlaf gefördert. Eingewickelt werden die Patient:innen zirkulär mit einem Tuch oder mehreren Tüchern im Bett, meist Körperteile oder auch der ganze Körper. Das Innentuch ist mit einer Fertigölmischung versetzt. Zur Lokaltherapie eignen sich Kompressen, Umschläge und

Auflagen und sie kommen häufig in Verbindung mit Topfen, Leinsamen oder Fertigölmischungen auf Bauch, Rücken oder Brust zur Anwendung (Sonn, Baumgärtner & Merk, 2014, S. 7).

Medikamentöse Therapie

Bei FMS-Patient:innen wird eine Dauertherapie mit Medikamenten nicht empfohlen. Befristet kommen einige Medikamente zum Einsatz, auch wenn eine anhaltende Symptomverbesserung nicht nachgewiesen werden konnte. Es gibt keine evidenzbasierte Medikamentenzulassung für FMS-Patient:innen. Amitriptylin ist ein trizyklisches Antidepressivum und in Deutschland für chronische Schmerzpatient:innen zugelassen. Duloxetin kommt bei einer Major Depression und Angststörung in Deutschland zum Einsatz. Dieses Medikament empfiehlt sich bei FMS-Patient:innen und einer psychischen Erkrankung. Pregabalin (Lyrica) ist ein empfohlenes Medikament, das zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen und Ängsten angewendet wird (Alten et al., 2017, S. 106-109). Es werden noch andere Medikamente angewendet, die aber nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Fibromyalgie Erkrankung stehen. Die Forderung der Patient:innen auf Linderung ihrer Schmerzen durch Medikamente lassen auch die Ärzt:innen oftmals an ihre Grenzen stoßen.

5 Conclusio

FMS-Patient:innen sind für alle Berufsgruppen eine Herausforderung. In vielen und zum Teil sehr intensiven Gesprächen ist die Pflege aufgefordert eine empathische Haltung einzunehmen und die Patient:innen in ihren Sorgen und Nöten auch ernst zu nehmen. Die Anwendung von Aromapflege durch Einreibungen und/oder mit Wickeln oder Kompressen lassen Patient:innen ruhiger und entspannter werden. Die tägliche Frage chronischer Schmerzpatient:innen zur Schmerzerhebung wird aus Erfahrung von den Pflegenden kritisch hinterfragt. Eine Schmerzerhebung und/oder Schmerzmessung ist im Klinikalltag vorgegeben, aber Pflegepersonen oftmals nicht richtig



instruiert. Fibromyalgie-Patient:innen leiden nicht an einem lokalisierbaren Schmerz, sondern an einem fluktuierenden Schmerz unterschiedlicher Schmerzmerkmale und Intensität. Eine Behandlung soll in der heutigen Zeit messbar sein. Deshalb ist eine Ersterhebung und zumindest nach abgeschlossener Therapie eine Ist-Erhebung der Schmerzen erforderlich. FMS-Patient:innen werden während der Behandlung/Betreuung im stationären/ambulanten Setting angehalten, ihre erworbenen Kenntnisse in ihrem täglichen Leben anzuwenden (Alten et al., 2017, S. 106-109).



Autorin:
Michela Zangerl, DGKP
(Schmerzmanagement, Rheumafachassistenz)
Vorstandsmitglied der GeSGuK

Literaturverzeichnis:

Alten, R., Bär, K.-J., Bernardy, K., Bernateck, M., Brückle, W., Brück, G., Heldmann, P. (17. März 2017). Abgerufen am 19. April 2017 von AWMF online:
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-004l_S3_Fibromyalgiesyndrom_2017-03.pdf

Baron Regnault, J.-B. Die drei Grazien. Louvre, Paris.

Carr, E. C., & Mann, E. M. (2014). Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe (3. Ausg.). Bern: Verlag Hans Huber.

Graninger, M. (April 2011). Ist Fibromyalgie weiblich? rheuma plus zeitschrift, S. 2.

Hantzschel, H., & Raspe, H. H. (2007). Qualitätssicherung in der Rheumatologie (2 Auflage Ausg.). Berlin: Steinkopff Verlag.

Heitkamp, H. (2021): Fragliche Revision der IASP-Schmerz-Definition. In: Der Schmerzpatient 2021; 4.

Loick, G., Radbruch, L., Kiencke, P., & Lindena, G. (o.J.). Fragebogen Schmerz. Brief Pain Inventory. Abgerufen am 03. Mai 2017 von Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.:

http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/LONTS_Praxiswerkzeug_03.pdf

Häuser, W., Benardy, K., & Arndold, B. (2006). Das Fibromalgiesyndrom - eine somatoforme (Schmerz)störung? Der Schmerz, S. 128-139.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Daten (6. Ausg.). Weinheim: Beltz Verlag.

McCaffery, M., Beebe, A., & Latham, J. (1997). Schmerz. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Nothacker, M., & Häuser, W. (17. März 2017). Leitlinienreport. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. (D. Schmerzgesellschaft, Hrsg.) Abgerufen am 19.04. 2017 von AWMF online:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html>

o.A. (28.04.2017). Fibromyalgie. Abgerufen am 03. Mai 2017 von Wikipedia:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fibromyalgie>

Petermann, F., Holtz, M., Meer, V. d., & Krohn-Gimberghe, B. (9. 9 2007). Verhaltensmedizinische Behandlungsstrategie der Fibromyalgie. Der Schmerz 5 2007, S. 469-478.

Petzke, P. D. (2012). Nutzen und Schaden von Therapien beim Fibromyalgiesyndrom. Der Schmerz 2 2012.

Schwermann, H., & Münch, M. (2008). Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz (1. Auflage Ausg.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Sonn, A., Baumgärtner, U., & Merk, B. (2014). Wickel und Auflagen (4. Auflage Ausg.). Stuttgart: Thieme Verlag.

Werner, M., & Von Braunschweig, R. (2012). Praxis Aromatherapie (3. Auflage Ausg.). Stuttgart: Haug