Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Harald Gündel

Sektion Medizinische Psychologie
Leiter: Prof. Dr. Steffen Walter

Krankheitsmodelle und Behandlungspräferenzen von Patienten, Hausärzten und Psychotherapeuten bei/mit chronischen Ganzkörperschmerzen und/oder Fibromyalgiesyndrom

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von Tasja Leupold, geb. Beinling in Gelnhausen

Im Jahr 2025

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Steffen Walter

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Carmen Uhlmann

Tag der Promotion: 24.10.2025

Der in dieser Dissertation dargestellte Forschungsinhalt war Grundlage eines Artikels, welcher von der Fachzeitschrift „Der Schmerz“ am 23.10.2025 zur Publikation angenommen wurde.

Für meinen viel zu früh verstorbenen Großvater,

auf dessen Spuren ich wandle

Und für Herrn Schmitt,

dessen Weisheit und Zuversicht mich jeden Tag inspirieren.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis V

Abkürzungsverzeichnis VII

Genderhinweis VIII

1. **Einleitung** 1

1.1. Definitionen chronischer Schmerzen 1

1.2. Wie sind chronische Ganzkörperschmerzen und das Fibromyalgiesyndrom definiert? 4

1.3. Ätiologische Faktoren 7

1.4. Krankheitsmodelle 9

1.5. Leitlinien und Therapieansätze 11

1.6. Klinische Praxis und Versorgungssituation 12

1.7. Fragestellung 17

2. **Material und Methoden** 18

2.1. Fragebögen 18

2.2. Stichproben 20

2.3. Datenerfassung und Datenanalyse 23

2.4. Ethik 24

3. **Ergebnisse** 25

3.1. Rücklauf 25

3.2. Ergebnisse der Fragebögen 27

3.3. Assoziationen 47

4. **Diskussion** 69

4.1. Diagnosestellung 69

4.2. Krankheitsmodelle 70

4.3. Behandlungspräferenzen 72

4.4. Ätiologische Faktoren 75

4.5. Assoziationen 77

4.6. Schlussfolgerung 79

4.7. Stichproben 81

4.8. Rücklauf 82

4.9. Folgestudie 85

4.10. Limitationen 85

5. **Zusammenfassung** 87

6. **Literaturverzeichnis** 89
7. **Anhang** 100
8. **Danksagung** 106
9. **Lebenslauf** 107

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ACR	American College of Rheumotology
CRPS	Complex Regional Pain Syndrome (komplexes regionales Schmerzsyndrom)
CWP	Chronic Widespread Pain (Chronische ausgedehnte Schmerzen)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
EAET	Emotional Awareness and Expression Therapy
FMS	Fibromyalgiesyndrom
HR	Hazard Ratio
IASP	International Association for the Study of Pain
ICD	International Classification of Diseases
NSAR	Nicht-steroidale Antirheumatika
OR	Odds Ratio
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RA	Rheumatoide Arthritis
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SSS	Symptom Severity Score
WHO	World Health Organization
WPI	Widespread-Pain-Index

Genderhinweis

Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich, sofern nicht explizit anders beschrieben, auf alle Geschlechter.

1. Einleitung

Chronische Ganzkörperschmerzen („Chronic Widespread Pain“; CWP) sind eine häufige Erkrankung: 10 - 14 % der europäischen Bevölkerung leiden daran, wie eine Metaanalyse aus dem Jahr 2016 zeigte. Einige der in der Metaanalyse untersuchten Studien zeigen zudem, dass die Prävalenz insbesondere ab 40 - 50 Jahren auf über 20 % ansteigt (Mansfield et al., 2016). Die Erkrankung trifft somit häufig Patienten im berufstätigen Alter und hat lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und vorzeitige Berentungen zur Folge. So konnte eine 2020 veröffentlichte prospektive Kohortenstudie an 7884 schwedischen Zwillingspärchen zeigen, dass das Risiko für eine krankheitsbedingte Berentung bei Vorliegen von CWP oder einer psychischen Erkrankung erhöht war (Hazard Ratio (HR) 2,43) und wiederum noch weiter anstieg, wenn beides zugleich vorlag (HR 2,65) (Wang et al., 2020). Auch Häuser et al., 2006 konnten in ihrer Stichprobe aus Deutschland eine hohe Zahl an Krankschreibungen, Berentungen und Arbeitslosigkeit feststellen. Hierbei waren nur 17 % der Stichprobe berufstätig.

Laut Creed (2022) ist ein Fibromyalgiesyndrom (FMS) eine der häufigsten Ursachen von CWP; FMS wird sogar als Folge von CWP diskutiert (Toda, 2011). Die Prävalenz von FMS wird weltweit auf durchschnittlich 2,7 % geschätzt (Queiroz, 2013). Rahman et al. geben die weltweite Prävalenz von CWP mit etwa 10 % an und schätzen anhand der ACR-Kriterien von 1990, dass 2 % unter FMS leiden (Rahman et al., 2014). In Deutschland ermittelten Wolfe et al. (2013) eine Gesamtprävalenz von 2,1 % in einer für Alter und Geschlecht repräsentativen Stichprobe. Gleichzeitig sind es CWP und FMS, deren Behandlungsrealität sowohl für Patienten als auch für Behandler äußerst unbefriedigend ist.

1.1. Definitionen chronischer Schmerzen

Die Definition chronischer Schmerzen unterliegt aktuell einem Wandel. Die bisherige Kategorisierung spiegelt nicht mehr den neuesten wissenschaftlichen Stand wider (Nicholas et al., 2019). Sie ist auch deswegen problematisch, da gerade Menschen mit chronischen Schmerzen ohne somatisches Korrelat sich hier bisher nicht wiederfinden konnten. So existierte beispielsweise in der ICD-10, der „International Classification of

Diseases, 10. Auflage“ von der World Health Organization WHO (an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste modifizierte Fassung ICD-10-GM), nur eine Kategorie für Schmerzen ohne organisches Korrelat, nämlich die „Somatoforme Schmerzstörung“. Diese durfte allerdings nicht verwendet werden, wenn eine somatische Ursache beteiligt war (Nicholas et al., 2019).

„Fibromyalgie“ konnte zudem auch unter M79.70 kodiert werden. Allerdings wählten bei einem vorliegenden FMS viele Ärzte dennoch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) oder Somatisierungsstörung (F45.1) (Eich et al., 2012). Das FMS wurde aus psychosomatischer Sicht auch als funktionelles somatisches Syndrom mit klinisch relevanter Überschneidung mit den somatoformen Störungen (Häuser et al., 2013) klassifiziert.

Lediglich in der deutschsprachigen Fassung der ICD-10 gab es eine „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (F45.41). Allerdings war diese Diagnose immer noch im Kapitel F des ICD-10, also einer psychiatrischen Diagnosekategorie zugeordnet. Zudem stellte es eine Ausschlussdiagnose dar und es gab keine Möglichkeit, zwischen verschiedenen Formen zu unterscheiden (Nicholas et al., 2019). Chronische Schmerzen haben bio-psycho-soziale Ursachen. Dies ließ sich in den letzten Jahrzehnten durch Forschungsergebnisse immer besser belegen (Gatchel et al., 2007). Daher schlug eine Task Force der International Association for the Study of Pain (IASP) für die ICD-11 eine überarbeitete Definition vor: Chronischer (primärer) Schmerz wird definiert als „Schmerzen in einer anatomischen Region, die entweder persistieren oder für > 3 Monate wiederkehren und funktionelle Behinderung oder emotionalen Stress verursachen“ (Treede et al., 2019). Darüber hinaus gibt es eine psychosomatische Schmerzdefinition: Eine Empfindung ist Schmerz „…wenn diese eine unangenehme Leibesempfindung darstellt, die mit einer nozizeptiven Wahrnehmung einhergeht oder als eine nozizeptive Wahrnehmung interpretiert wird.“ (Tesarz, 2018, S.25). Diese Definition berücksichtigt ein integratives bio-psycho-soziales Modell von Schmerzen, und beinhaltet durch den Begriff „Leibesempfindung“ auch die Aspekte des Embodiment und „Sich-Selbst-Empfindens“ (Tesarz, 2018).

Nach der neuen IASP-Definition, vorgestellt in Treede et al. (2019), wird nun zwischen primären oder sekundären chronischen Schmerzen unterschieden. Chronische primäre Schmerzsyndrome werden als eigenständige Erkrankung definiert, wenn keine andere

Diagnose den Schmerz besser erklären kann. Chronische sekundäre Schmerzen sind dabei Schmerzen, denen eine körperliche Erkrankung zugrunde liegt, welche also zumindest anfangs ein Symptom dieser Erkrankung darstellen.

Die chronischen primären Schmerzsyndrome werden weiter unterteilt nach den Körperregionen, in denen sie auftreten: viszeral, muskuloskelettal, komplex-regional oder auch Ganzkörperschmerzen. Als Beispiele sind hier CWP, FMS und das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) zu nennen (Treede et al., 2019).

Chronische sekundäre Schmerzsyndrome werden weiter nach der zugrundeliegenden Erkrankung untergliedert, deren Symptome sie darstellen. Hier gewinnen sie vor allem dann als Diagnose an Bedeutung, wenn sie als Symptome einer besonderen Therapie bedürfen und ihre Grunderkrankung überdauern. Es handelt sich hierbei beispielsweise um Schmerzen, die durch maligne Erkrankungen und deren Behandlung verursacht wurden, ebenso postoperativen und posttraumatischen Schmerz, oder neuropathischen Schmerz, dem eine Verletzung oder Erkrankung von Nervenstrukturen ursächlich ist (Treede et al., 2019). Dieser neuen Einteilung mit ihrer Anerkennung der Existenz von primären Schmerzen liegt ein neues Verständnis der Pathophysiologie von Schmerzen zugrunde. Bis vor wenigen Jahren wurde lediglich zwischen zwei Formen unterschieden: nozizeptiven, aus beispielsweise Entzündungen und Gewebeschäden resultierenden Schmerzen, sowie neuropathischen Schmerzen, welche die Folge von Schädigungen des peripheren und/oder zentralen Nervensystems sind (Fitzcharles et al., 2021). Seit 2016 wird allerdings eine dritte Form diskutiert. Da nozizeptive oder neuropathische Schmerzen gerade die oben als chronische primäre Schmerzsyndrome definierten Erkrankungen nicht lückenlos erklären konnten, schlugen Kosek et al. (2016) vor, den Begriff „noziplastische Schmerzen“ einzuführen, welche durch eine veränderte Reaktion des Nervensystems auf Reize charakterisiert werden (Kosek et al., 2016). Nozizeptive Schmerzen sollten daher auf Schmerzsyndrome mit einem strukturell intakten Reizweiterleitungssystem begrenzt werden. Kosek et al. (2016) argumentierten, dass besonders an CWP, FMS und CRPS leidende Patienten somit eine bessere Einordnung und Abgrenzung ihrer Symptomatik erfahren würden, was zu einer Entstigmatisierung beitragen sollte.

1.2. Wie sind chronische Ganzkörperschmerzen und das Fibromyalgiesyndrom definiert?

Die Diagnosen von CWP und FMS sind eng miteinander verbunden. Seit 1990 ist CWP eine Grundvoraussetzung für die Diagnose eines FMS (Wolfe et al., 1990). CWP wurde allerdings zu der Zeit anders als heute definiert, nämlich als Schmerzen „axial, sowie im oberen als auch unteren Segment sowie dem rechten und linken Segment“ (Wolfe et al., 1990). Die Diagnose eines CWP wurde später verfeinert, laut der American College of Rheumatology (ACR) 2016-Kriterien: Schmerzen in 4 von 5 Körperregionen (linke obere Region, rechte obere Region, linke untere Region, rechte untere Region sowie axial), die mindestens 3 Monate anhalten (Wolfe et al., 2016). Diese Definition wird auch als WP 2016 bezeichnet. Im Dezember 2019 schlugen die Autoren eine weitere Revision der CWP-Kriterien vor, die zusätzlich einen sogenannten Widespread Pain Index (WPI) von ≥ 7 fordert (WP 2019), da zuvor auch eine Diagnose mit vier einzelnen, über den Körper verteilten schmerzhaften Regionen möglich gewesen wäre (Wolfe et al., 2020). Der WPI beschreibt die Ausbreitung des chronischen Schmerzes, indem die Anzahl definierter schmerzhafter Regionen am Körper gezählt wird, bei insgesamt 19 definierten, verschiedenen Körperzonen (Wolfe et al., 2020).

Für die Diagnose eines FMS gab es lange keine einheitlichen Kriterien. Nachdem im Jahr 1977 ein Paper veröffentlicht wurde, das sich mit einer sogenannten „Fibrositis“ befasste, erwachte erstmals das wissenschaftliche Interesse an diesem Syndrom, welches bis dato weithin bekannt, aber nie definiert worden war. Ärzte und Schmerzzentren arbeiteten daher noch in den 1980er Jahren mit eigenen und nicht geprüften Kriterien (Wolfe et al., 1990). Im Jahr 1990 wurden daher von einer Arbeitsgruppe des ACR um Wolfe, Smythe und Yunus einheitliche Kriterien erarbeitet, um eine standardisierte Diagnosestellung zu ermöglichen. Ein Hauptkriterium war die Untersuchung von 18 sogenannten „Tender Points“, also Sehnenansatzpunkten, von denen zusätzlich zum Ganzkörperschmerz mindestens elf für die Diagnose eines FMS eine erhöhte Empfindlichkeit aufweisen mussten (Wolfe et al., 1990). Diese Tender Points waren auch zuvor bereits Teil der Kriterien in den meisten Zentren.

Im Jahr 2010 folgte eine Überarbeitung der ACR-Kriterien, die somit klinisch leichter anwendbar und vergleichbarer sein sollten. Hierzu wurde nun auf die Untersuchung der Tender Points verzichtet, da diese aufwendig und sehr untersucherabhängig ist und oftmals gar nicht in die Diagnosestellung einbezogen wurde (Wolfe et al., 2010). Stattdessen erfolgte in den ACR-2010-Diagnosekriterien eine Erfassung des WPI sowie typischer Symptome wie Erschöpfung, nicht erholsamer Schlaf, Depression, Kopfschmerzen und abdominelle Schmerzen mit einer Symptomschwere-Skala (Symptom Severity Scale, SSS). Für das Vorliegen eines FMS musste demnach ein WPI ≥ 7 und ein SSS ≥ 5 vorliegen, oder ein WPI von 3 - 6 und ein SS ≥ 9 (Wolfe et al., 2010). 2016 änderte sich wie oben beschrieben die Definition von CWP als Kriterium für ein FMS, und es mussten Schmerzen in 4 von 5 Körperregionen vorhanden sein (Wolfe et al., 2016). Im Jahr 2019 erfolgte die oben erläuterte erneute Anpassung der CWP-Kriterien durch das ACR, um die bestehende Verwechslungsgefahr mit regionalen Schmerzsyndromen zu beheben (WP 2019), sodass für CWP ein WPI von ≥ 7 notwendig war. Für ein FMS musste wiederum zusätzlich zum WPI von ≥ 7 ein SSS von ≥ 5 vorliegen, oder ein WPI von 4 - 6 und ein SSS von ≥ 9 bei vorliegendem WP 2016. Alle Kriterien mussten mindestens drei Monate bestehen (Wolfe et al., 2020). Somit existieren mittlerweile standardisierte, für alle Behandler durchführbare Kriterienkataloge zur Diagnosestellung von CWP oder FMS.

Dennoch sind CWP- und FMS-Patienten keine homogene Gruppe. Daher stellt sich die Frage, ob sie weiter in Subgruppen unterteilt werden können, denen möglicherweise verschiedene Therapieansätze weiterhelfen würden. Bereits im Jahr 1981 unterteilten Yunus et al. das FMS zumindest grundlegend in ein primäres, ohne erkennbaren Zusammenhang mit einer Grunderkrankung, sowie in ein sekundäres FMS, welchem die Autoren beispielsweise maligne, endokrine oder rheumatologische Erkrankungen voranstellten (Yunus et al., 1981). Müller et al. (2007) sahen zudem bereits früh ein Potential darin, FMS-Patienten in Subgruppen zu unterteilen. Ihrer Einteilung nach gibt es FMS-Patienten ohne psychiatrische Komorbiditäten, Patienten mit begleitender schmerzreaktiver Depression, Depressionen mit begleitendem FMS sowie das FMS auf dem Boden einer Somatisierung (Müller et al., 2007).

Eine Ulmer Studie untersuchte im Jahr 2013 die Möglichkeit, FMS-Patienten anhand verschiedener klinischer Merkmale in Gruppen zu unterteilen. Nach Erhebung der Daten wurde vor allem nach Schwere einer Somatisierung und Depressionen in drei Gruppen

eingeteilt. Entzündungswerte ließen keine eindeutige Einteilung zu. Eine Gruppe mit Somatisierungsstörung und Depressionen charakterisierte sich zusätzlich durch hohe mittlere Schmerzstärken in den vorangegangenen vier Wochen, zusätzliche Angststörungen, der höchsten Rate an Suizidgedanken, einen hohen BMI und durch die niedrigsten Tender Point-Scores im Vergleich. Eine weitere Gruppe, jene ohne Somatisierungsstörungen oder Depressionen, hatte weniger hohe Schmerzstärken in naher Vergangenheit, höhere Tender Point-Scores, weniger Angststörungen und Suizidgedanken sowie einen niedrigeren BMI. Die weitere Gruppe, mit Somatisierungsstörung aber ohne Depressionen, verblieb in allen klinischen Merkmalen zwischen den beiden erstgenannten polarisierenden Gruppen (Pöll, 2013).

Eine andere Einteilung, aber dennoch der Idee von Subgruppen mit unterschiedlichem Therapiebedarf folgend, stellte eine Forschergruppe aus Korea vor. Hierbei wurde vor allem anhand von Schmerzintensität sowie physischen, psychologischen und sozialen Faktoren eingeteilt (Yim et al., 2017). Es konnten vier Subgruppen identifiziert werden, von denen sich eine durch niedrige Schmerzintensität, sowie nahezu normale physische und psychische Verfassung charakterisieren ließ. Zudem hatten die Patienten in dieser Gruppe eine gute soziale Unterstützung. Eine weitere Gruppe zeichnete sich durch hohe Schmerzintensität, schlechte psychische und physische Verfassung sowie geringe soziale Unterstützung aus und korrelierte mit Rauchen sowie einer Vielzahl von weiteren physischen Beschwerden wie Schwindel, Synkopen, Reizblase und Dyspepsie. Zwei weitere Gruppen hatten eine mäßige Schmerzintensität, hier waren diejenigen mit einer moderaten sozialen Unterstützung in der Gruppe mit mäßigen physischen und leichten psychischen Beeinträchtigungen. Diejenigen mit geringer sozialer Unterstützung waren in der Gruppe mit geringen physischen, dafür aber mäßigen psychischen Problemen (Yim et al., 2017).

Einige weitere Ansätze der Subgruppendefinition wurden in einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit von Gianlorenço et al. (2024) untersucht. Es zeigten sich viele verschiedene Kategorien, um eine Einteilung vorzunehmen: Schwere der Krankheit, psychische und psychosoziale Faktoren, Therapieansprechen, physische Symptome und Anpassung an FMS. Hiernach wurden die Patienten in den Studien in jeweils 2 - 5 Cluster eingeteilt. Die häufigsten Werkzeuge zur Einteilung waren in 41 % der Studien der Fragebogen „Fibromyalgia Impact Questionnaire“ (Bennett et al., 2009), welcher die

Funktionalität der Patienten im Alltag abfragt, sowie das Beck-Depressions-Inventar (Beck et al., 1996). Wenige Studien, insgesamt fünf, untersuchten tatsächlich die Therapieerfolge auf Basis einer Einteilung, obwohl die Hoffnung auf Verbesserung der Therapiekonzepte den Versuchen einer Einteilung zugrunde liegt. Eine Studie von Verra et al. (2018) versuchte beispielsweise anhand einer Subgruppeneinteilung Patienten in einer Rehaklinik eine maßgeschneiderte Therapie zukommen zu lassen, während die Kontrollgruppe eine leitliniengerechte Therapie erhielt. Allerdings konnte hier keine signifikante Verbesserung des Befindens nach einem, drei und zwölf Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

Insgesamt existieren also viele verschiedene Möglichkeiten von Einteilungen des FMS, von denen sich bisher aber noch keine durchsetzen konnte.

1.3. Ätiologische Faktoren

Aufgrund der unklaren Pathophysiologie werden ätiologisch bei CWP und/oder FMS multiple psychische und physische Faktoren diskutiert, von denen bisher keine eindeutig als Auslöser identifiziert werden konnten. Somit wird das FMS in den aktuellsten Leitlinien auch noch als funktionelles somatisches Syndrom geführt, denn „das Konzept eines funktionellen somatischen Syndroms vermeidet ätiologische/pathophysiologische Annahmen bzgl. des Beschwerdebildes“ (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017). Aufgrund der hohen Relevanz der Pathogenese für die Therapie führte die Steuerungsgruppe der Leitlinie zu FMS der Deutschen Schmerzgesellschaft eine Literaturrecherche und einen Konsensprozess zur Ätiopathogenese von CWP und FMS im Jahr 2012 und erneut 2017 durch (Sommer et al., 2012; Üçeyler et al., 2017). Hier wurde zwar nach der vorliegenden Studienlage keine eindeutige Aussage zur Ätiologie von CWP/FMS als möglich erachtet. Allerdings wurde eine Assoziation mit biologischen und psychosozialen Faktoren wie depressiven Störungen, körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit sowie sexueller Gewalt im Erwachsenenalter, aber auch entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, einem Genpolymorphismus des 5HT2-Rezeptors, Vitamin D-Mangel, Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel vermutet. Sie kamen außerdem zu einem Konsens darüber, dass „Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem eine pathogenetische Bedeutung für Untergruppen des FMS

haben“ (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017), wie beispielsweise eine veränderte zentrale Schmerzverarbeitung, Dysfunktionen des sympathischen Nervensystems oder Neurotransmitterveränderungen. Die Autoren konkludierten: „Das FMS ist wahrscheinlich die Endstrecke verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen“ (Üçeyler et al., 2017).

Die Steuerungsgruppe der Leitlinie veröffentlichte 2017 zusätzlich eine Übersicht über Studien zu Veränderungen der dünnen, unmyelinisierten Fasern (Kleinfaserpathologie; „small fiber pathology“) bei FMS, konnte hier aber keine spezifischen Ergebnisse finden und betonte, dass eine Kleinfaserpathologie bei FMS nicht mit einer small-fiber-Neuropathie gleichgesetzt werden solle (Üçeyler et al., 2017).

Patienten, welche in Kindheit und Jugend, aber auch im Erwachsenenalter, körperliche und psychische Traumatisierungen bzw. emotionale Vernachlässigung erlebt haben, entwickeln häufiger chronische Schmerzen bzw. ein FMS (Häuser et al., 2011, Borsini et al., 2014, Häuser, Hoffmann, et al., 2015, Yavne et al., 2018). Eine systematische Übersicht mit Meta-Regression aus dem Jahr 2021 konnte auf der Basis von 19 Studien eine signifikante Risikoerhöhung zwischen körperlichem Missbrauch (Odds ratio (OR) 3,23), Gesamtmissbrauch (OR 3,06) und sexuellem Missbrauch (OR 2,65) und der Entwicklung von FMS aufzeigen, sowie eine geringe Risikoerhöhung bei stattgehabtem emotionalen Missbrauch (OR 1,52) (Kaleycheva et al., 2021). Die Autoren schlugen daher einen bio-psycho-sozialen Ansatz bei der Therapie vor.

Bereits in den 1990er Jahren war dieser Zusammenhang erforscht worden: Alexander et al. (1998) zeigten, dass nicht nur eine hohe Anzahl von FMS-Patienten eine körperliche oder sexuelle Traumatisierung in der Vorgeschichte haben – in ihrer Studie waren es 75 %, sondern die FMS-Patienten mit einer solchen Anamnese ebenfalls unter einer höheren Symptomlast litten und öfter medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, als die ohne entsprechende Anamnese. Nur ein Jahr später zeigten McBeth et al. (1999) einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der auffälligen Tender Points und traumatischen Kindheitserfahrungen wie dem Verlust eines Elternteiles oder Missbrauch auf. Es gibt eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Anzahl der belastenden Lebensereignisse und der Schwere von funktionellen Körperbeschwerden bzw. eines FMS (Filippon et al., 2013).

Bis zu 57 % der Patienten mit FMS leiden komorbid an einer posttraumatischen Belastungsstörung (Cohen et al., 2002; Galek et al., 2013) und bis zu je 66 - 68 % an einer

Depression und/oder Angststörung (Galek et al., 2013). Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2021 zeigte, dass mehr als die Hälfte der Patienten in den untersuchten 31 Studien im Laufe ihres Lebens eine Depression diagnostiziert bekamen, die gewichtete Prävalenz betrug hier 63 %. Fast ein Drittel litt zudem aktuell oder früher unter bipolaren Störungen, Panikstörungen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Im Gegensatz dazu waren die Zahlen für generalisierte Angststörungen, Zwangsstörungen und spezifische Phobien geringer (Kleykamp et al., 2021).

Eine Depression erhöht das Risiko der Entwicklung eines FMS und umgekehrt (Chang et al., 2015). Einschränkungen von Emotionswahrnehmung, -ausdruck und -verarbeitung scheinen bei Patienten mit FMS häufig zu sein. Eine aktuelle Meta-Analyse (Habibi Asgarabad et al., 2023) berichtet, dass bei 48 % der FMS-Patienten eine solche Alexithymie vorliegt, diese gegenüber anderen chronischen Schmerzpatienten und Gesunden ausgeprägter ist sowie positiv mit Schmerzintensität, Angst und Depressivität korreliert. So konnte beispielsweise eine Studie aus dem Jahr 2004 einen bedeutenden Einfluss von Alexithymie auf CWP/FMS nachweisen. 50 FMS-Patienten wurden mit 20 Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) und einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Es zeigte sich, dass FMS-Patienten signifikant höhere Werte in Angst, Ärger, Depression und Alexithymie aufwiesen. Insbesondere das Unterdrücken von Ärger war bei FMS-Patienten ausgeprägter. Während bei den RA-Patienten lediglich die Schmerzstärke mit der Beeinträchtigung korrelierte, korrelierten bei FMS-Patienten die Schmerzstärke und die Beeinträchtigung mit dem Maß an verbal oder körperlich ausgedrücktem Ärger, Alexithymie, Depression und Angst. Das fehlende Maß an ausgedrücktem Ärger und der Depression konnten sogar die Schmerzintensität voraussagen (Sayar et al., 2004).

1.4. Krankheitsmodelle

Bisher wurden in nur wenigen Studien die subjektiven Krankheitsmodelle bei FMS untersucht. Die Krankheitsmodelle der Patienten stellen sich in den bisher durchgeführten Studien als gemischt dar, beispielsweise in Brasilien (Martinez et al., 2003), wo 15 weibliche Patienten mit der Diagnose FMS nach den damaligen ACR-Kriterien interviewt wurden. Knapp die Hälfte berichtete von großer körperlicher

Anstrengung als auslösendem Faktor, ein Viertel bezeichnete FMS als berufsbedingte Krankheit. Ebenfalls ein Viertel benannte stressreiche Ereignisse wie beispielsweise den Drogenkonsum des Sohnes als krankheitsmodulierend. In Skandinavien wurden 18 Patienten aus einer Selbsthilfegruppe zuhause befragt (Hellström et al., 1999). Diese gaben ebenfalls arbeitsbedingten Stress sowie Unfallereignisse als Auslöser an und lehnten ein psychisches Krankheitsmodell eher ab. Auch eine Studie aus Deutschland untersuchte Patienten aus Allgemeinarztpraxen und verglich die Krankheitsmodelle von 34 Patienten mit einer somatischen Belastungsstörung, 72 mit einer undifferenzierten somatoformen Störung und 51 mit einer Schmerzstörung. Hier zeigte sich, dass die Patienten mit seelischen Symptomen wie Depressionen, Ängsten und Schlafstörungen ebenfalls eher zu einem psychischen Krankheitsmodell tendierten als diejenigen mit rein körperlichen Symptomen (Rief et al., 2004). Häuser et al. (2006) untersuchten außerdem, welche Krankheitstheorien deutsche FMS-Patienten hatten und wie sich das auf ihre Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auswirkte. In dieser Studie wurden die Patienten einer gründlichen Untersuchung unterzogen und eine sorgfältige Diagnosestellung für FMS erfolgte vor der Teilnahme. Unfälle, Genetik, Überlastungen und Krankheiten wurden als körperliche Attributionen eingeteilt und psychosomatische Krankheitsmodelle angenommen, wenn sowohl körperliche als auch seelische Probleme angegeben wurden. Es ergab sich, dass 44 % der Patienten ein körperliches, 2 % ein psychisches, 9 % kein und 45 % ein psychosomatisches Krankheitsbild hatten (Häuser et al., 2006).

Es gibt nur wenige Studien, die sich überhaupt mit der Sichtweise der Behandler auf CWP und FMS befassen (Briones-Vozmediano et al., 2013; Colmenares-Roa et al., 2016; Doebl et al., 2020; Hayes et al., 2010; Perrot et al., 2012). Allerdings wurden in keiner dieser Studien die subjektiven Krankheitsmodelle erfasst. Studien zu Patienten mit chronischen Schmerzen im unteren Rücken zeigen jedoch auf, dass das Krankheitsmodell der Behandler einen Einfluss auf die Auswahl der Therapie hat (Darlow et al., 2012; Gardner et al., 2017).

1.5. Leitlinien und Therapieansätze

Die erste Leitlinie zu FMS in Deutschland wurde 2008 veröffentlicht und 2012 aktualisiert. Die aktuelle S3-Leitlinie der Deutschen Schmerzgesellschaft zur Behandlung von FMS ist in der 2. Auflage im Jahr 2017 veröffentlicht worden (Häuser et al., 2017) und befindet sich aktuell noch in der Überarbeitung. Diese Leitlinie empfiehlt, zur Diagnostik die ACR-Kriterien von 1990 mit der Aktualisierung von 2010 zu verwenden und diskutiert das FMS als ein funktionelles somatisches Syndrom.

Es besteht in der Leitlinie ein starker Konsens darüber, die FMS-Patienten mit Anzeichen für eine Angst- und/oder depressive Störung einer fachpsychotherapeutischen Untersuchung zuzuführen (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017). Sie sollen außerdem darüber informiert werden, dass kein ausreichendes organisches Korrelat zu ihren Beschwerden vorliegt, dass ihre Beschwerden nicht gefährlich oder lebenszeitlimitierend sind und dass eigene Aktivitäten die Beschwerden lindern können. Es soll ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell verwendet werden, das an die subjektive Krankheitstheorie der Patienten anknüpft. Eine patientenzentrierte Kommunikation sowie die gemeinsame Erarbeitung realistischer Ziele von Arzt und Patient erhielten eine starke Empfehlung (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017).

Zur Behandlung wird bei einem FMS grundsätzlich eine kombinierte Therapie, bestehend aus einem aeroben Training bzw. Funktionstraining und mindestens einem psychologischen Verfahren (Psychoedukation mit oder ohne zusätzliche kognitive Verhaltenstherapie) empfohlen. Eine multimodale Komplexbehandlung soll bei fehlendem Therapieansprechen, Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, sowie Gefährdung der Teilhabe am Leben oder der Fähigkeit zur Selbstversorgung teilstationär oder stationär in Akutkliniken/Rehabilitationseinrichtungen in multidisziplinären Gruppenprogrammen realisiert werden (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017).

Medikamente sollen insbesondere zeitlich befristet im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes bei vor allem schweren Formen von FMS, oder insbesondere bei komorbider psychischer Störung entsprechend der jeweiligen Leitlinien verordnet werden: Duloxetin bei Major Depression, gegebenenfalls mit zusätzlich Quetiapin bei ausbleibender Wirkung, Pregabalin bei generalisierter Angststörung und neuropathischen Schmerzen sowie SSRI bei beiden psychiatrischen Komorbiditäten. Die Leitlinie empfiehlt

mit starkem Konsens einen zeitlich befristeten Einsatz von Amitriptylin mit einer Dosis von 10 - 50 mg/Tag, auch da Amitriptylin eine Zulassung zur Therapie chronischer Schmerzen im Rahmen eines Gesamttherapiekonzeptes in Deutschland hat. Bei ausbleibender Wirkung soll nach Leitlinie gegebenenfalls auch ohne psychische Komorbiditäten ein Therapieversuch mit Duloxetin oder Pregabalin erfolgen. Zur Therapie des FMS gab es in der Leitlinie keinen Konsens für eine Behandlung mit dem Opioid Tramadol. Tilidin und starke Opioide erhielten eine eindeutig negative Empfehlung, so wie Analgetika (Nicht-steroidale Antirheumatika, Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Metamizol), Muskelrelaxantien einschließlich Flupirtin und weitere Medikamente, unter anderem Gabapentin und Cannabinoide (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017).

Psychologische Verfahren bzw. Psychotherapie werden von der Leitlinie empfohlen, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, wenn eine psychische Komorbidität, eine Modulation der Beschwerden durch Alltagsstress oder eine maladaptive Krankheitsbewältigung vorliegt. Tiefenpsychologische, systemische und andere Psychotherapieverfahren erhielten aufgrund mangelnder Datenlage weder eine positive noch eine negative Empfehlung. Der Einsatz von Hypnose und geleiteter Imagination sowie Biofeedback bekamen eine schwache Empfehlung. Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Entspannungsverfahren und therapeutisches Schreiben werden als Teil einer multimodalen Therapie empfohlen, aber nicht als Monotherapie.

Bei den physiotherapeutischen bzw. körperbezogenen Therapieverfahren werden moderates Ausdauertraining, Funktionstraining in Form von Trocken- oder Wassergymnastik sowie Krafttraining im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes empfohlen. Eine Physiotherapie könne im Rahmen einer multimodalen Therapie zeitlich begrenzt erfolgen, ebenso wie Ergotherapie bei relevanten Einschränkungen im Alltag (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017).

1.6. Klinische Praxis und Versorgungssituation

Die diagnostische Einordnung bei Vorliegen der typischen Symptome eines FMS erfolgt in der täglichen Praxis oft in Abhängigkeit von der eigenen ärztlichen Meinung, sowie je nach Facharztgruppe als muskuloskelettal, rheumatologisch oder somatoform bzw. funktionell bedingt. Dies wird durch die oben beschriebenen verschiedenen ICD-Codes

zusätzlich verstärkt. Von manchen Ärztegruppen wird die Existenz eines FMS grundsätzlich infrage gestellt (Al-Qadi et al., 2021; Häuser, Ablin, et al., 2015). So beteiligten sich an der Erstellung der Leitlinien beispielsweise nicht die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), da ihr Vertreter die Diagnose FMS in der hausärztlichen Medizin ablehnte (Häuser et al., 2017). Dass in der klinischen Praxis die Diagnose zu selten gestellt wird, wird auch daran deutlich, dass die Daten der tatsächlich gestellten Diagnosen der großen deutschen Krankenkassen GEK und Barmer mit 0,3 % (Marschall et al., 2011) weit hinter der von Wolfe et al. (2013) ermittelten Prävalenz von 2,1 % in der deutschen Bevölkerung zurückbleiben, wie auch die Deutsche Schmerzgesellschaft in ihrem Kommentar zu den Leitlinien anführte (Häuser et al., 2017). Gerade in ländlichen Gebieten werden FMS-Patienten häufig nicht diagnostiziert, sondern als Hypochonder abgestempelt, da viele Ärzte FMS nicht anerkennen oder zumindest nicht diagnostizieren (Häuser et al., 2017).

Bislang existieren in der ambulanten Versorgung von Patienten mit FMS in Deutschland keine Strukturen, die eine koordinierte Behandlung dieser Patienten sicherstellen. Es herrscht unter den Behandlern oftmals nur ein begrenztes Wissen darüber, wie eine Therapie in der Praxis aussehen kann (Häuser & Fitzcharles, 2018), obwohl diese Patienten so häufig sind. So suchen Patienten mit FMS beispielsweise doppelt so häufig einen Allgemeinmediziner auf wie Patienten ohne FMS, und waren doppelt so häufig krankgeschrieben (Berger et al., 2008). Dennoch erhielten sie selten eine leitliniengerechte Therapie. Viele Ärzte wissen nicht einmal, dass es eine Leitlinie überhaupt gibt (Häuser et al., 2017).

Es entsteht im klinischen Alltag der Eindruck, dass diese Patienten von Ärzten und Psychotherapeuten als „schwierig“ oder „ungeliebt“ erlebt, stigmatisiert und im Extremfall als Patienten abgelehnt werden. Wie oben bereits angeführt, existieren nur wenige Studien, die sich mit der Sichtweise der Behandler befassen, um diesen Eindruck näher zu untersuchen. Untermauert wurde er von Doebl et al. (2020). Dabei wurden zwei narrative Reviews erstellt, das eine zu Versorgungsmodellen für FMS und das andere zu den Erfahrungen, Präferenzen und unerfüllten Bedürfnissen der Patienten mit FMS. Es konnte kein Versorgungsmodell gefunden werden, das die Patienten von der Erstdiagnose bis zur Erhaltungstherapie begleitete. Die Studien konzentrierten sich entweder auf einzelne Versorgungsstufen oder verglichen verschiedene Versorgungssettings. Zudem

berichteten Patienten von Schwierigkeiten mit dem Gesundheitssystem, insbesondere überhaupt ernst genommen zu werden, was zu Frustration und verzögerter Diagnosestellung führte. Wenn die Patienten sich allerdings ernst genommen fühlten, honorierten sie das auch und es schlug sich in ihrem Therapieansprechen positiv nieder (Doebl et al., 2020).

Eine weitere Studie, die Ärzte mit einbezog, wurde in Mexiko durchgeführt, in der Stigmatisierung der Patienten, übermäßige Ablehnung sowie eine Weigerung, die Existenz der Krankheit anzuerkennen, beschrieben werden. Die Autoren beklagen, das eigentliche Problem seien keine schwierigen Patienten, sondern vielmehr schwierige Begegnungen zwischen Ärzten und Patienten, die durch eine traditionell paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung im öffentlichen Gesundheitswesen in Mexiko noch genährt würde (Colmenares-Roa et al., 2016). Daher ist diese Studie sehr von regionalen Gegebenheiten geprägt und nicht zwangsläufig auf europäische Verhältnisse übertragbar. Zudem waren die vier befragten Ärzte alle Rheumatologen, also eine hochspezialisierte Gruppe, die zumeist erst später in der Krankheitsgeschichte eine Rolle spielen und daher für die Verbesserung der Diagnostik und Entwicklung von Therapiekonzepten zunächst eine sekundäre Rolle einnehmen. Außerdem beschrieben die Autoren, dass das Krankenhaus, in dem die Patienten befragt wurden, traditionell von einkommensschwächeren Patienten aufgesucht wird, weshalb hier ebenfalls nur eine bedingte Generalisierbarkeit gegeben ist.

In einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2013 wurden in Valencia (Spanien) 12 FMS-Patienten und neun Behandler, darunter Allgemeinmediziner, Rheumatologen, Psychiater und Psychologen, semistrukturierten Interviews unterzogen, um die Diagnostik, Therapie und die Arzt-Patienten-Beziehung bei FMS zu untersuchen. Es fand sich wiederkehrend eine Unzufriedenheit sowohl bei den Patienten als auch bei den Behandlern. Beide Gruppen waren unzufrieden mit der Dauer bis zur Diagnosestellung und mit der Etablierung einer effektiven Behandlung. Die Behandler bemängelten hierbei insbesondere, dass ihnen ein „objektiver Test“ zur Diagnosestellung fehlen würde, sondern sie die Diagnose als Ausschlussdiagnose stellen müssten. Die daraus resultierende Dauer bis zur Diagnosestellung belastete Behandler wie Patienten. Der Zeitpunkt der Diagnosestellung wurde von beiden Gruppen als Wendepunkt erlebt, da nun endlich Anerkennung und Therapie folgten. Die Patienten bemängelten fehlende

moralische Unterstützung von ihren Ärzten und eine lange Reise durch verschiedene Fachrichtungen, während die Ärzte sich hilflos fühlten, weil sie das Gefühl hatten, ihren Patienten nicht gut helfen zu können, da die verabreichte Schmerztherapie nicht anschlug. Insgesamt fühlten beide Gruppen eine große Unsicherheit bezüglich der Ätiologie und Behandlung der Krankheit (Briones-Vozmediano et al., 2013). Hier war die Gruppe der Behandler eine sehr heterogene Gruppe aus Allgemeinmedizinern, Rheumatologen, Psychiatern und auch nichtärztlichem Personal, nämlich Physiotherapeuten. Es kann also kein Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen von Behandlern gezogen werden. Sowohl in der Studie aus Spanien als auch in der Studie aus Mexiko war außerdem die Gruppe der Behandler einstellig.

Eine kanadische Studie mit 189 Allgemeinmedizinern und 139 Fachärzten verschiedener Fachrichtungen sowie 18 Patienten ergab sogar, dass 23 % der Allgemeinmediziner und 12 % der Spezialisten die Patienten schlichtweg für Simulanten hielten. Beide Gruppen berichteten über unzureichendes Wissen bei Diagnostik und Therapie, die Allgemeinmediziner mehr als die Spezialisten (Hayes et al., 2010). Die Autoren bemängelten, dass gerade die Allgemeinmediziner über besseres Wissen und eine bessere Einstellung gegenüber FMS-Patienten verfügen sollten, da sie zunehmend die Behandlung übernähmen. In dieser Studie fand sich eine große Zahl an Allgemeinmedizinern, welche allerdings vornehmlich zu ihrem Wissen, ihrer Einstellung und ihren Möglichkeiten befragt wurden. Ätiologische Faktoren und Krankheitsmodelle spielten bei der Befragung keine Rolle und Therapiemöglichkeiten wurden ebenfalls nur abgefragt, um zu erfassen, inwiefern die Ärzte die Behandlung von FMS-Patienten beherrschten (Hayes et al., 2010).

Perrot et al. (2012) befragten 1622 Ärzte, zur einen Hälfte Allgemeinmediziner und zur anderen Hälfte Spezialisten, in acht Ländern auf drei verschiedenen Kontinenten, davon sechs europäische Länder. Obwohl diese Ärzte von den Autoren als erfahren beschrieben wurden, bestätigte sich auch hier die Unsicherheit der Ärzte bei der Diagnostik und Behandlung von FMS, von der mehr als die Hälfte berichteten. Ein Drittel gab an, nichts über FMS zu wissen. In der Studie wurde eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Behandlergruppen vorgenommen; so fühlten sich die Rheumatologen insgesamt am sichersten, und kannten am häufigsten die Diagnosekriterien des ACR, während Allgemeinmediziner und Psychiater am unsichersten waren und die Kriterien am

seltensten kannten. Ätiologische Faktoren und Krankheitsmodelle wurden in dieser Studie nicht erfasst, und Therapiekonzepte nur als Ganzes, und nicht differenziert erfragt.

Die auch hierzulande vorhandene Unsicherheit beeinflusst entscheidend die Wahl der Therapie und führt im Extremfall dazu, dass keine Therapie erfolgt. Auf der anderen Seite hat die bloße Existenz einer Leitlinie bereits dazu geführt, dass die Akzeptanz gestiegen ist, dass die multimodalen Schmerztherapie in spezialisierten Kliniken angeboten wird und dass die Krankenkassen der Leitlinienempfehlung folgen und rezeptierte Funktionstrainings akzeptieren (Häuser et al., 2017). Der umfangreiche „Deutsche Fibromyalgieverbraucherbericht“ (Häuser et al., 2012) beschreibt für das Jahr 2010/2011 die Sicht von Patienten mit FMS auf die Therapiemöglichkeiten, allerdings ohne die Perspektive der Behandler. Demnach steht Selbstmanagement (Ausruhen 83 % und Ablenkung 86 %) an erster Stelle, Ausdauertraining erfolgte bei 58 %, Stufe 1-Analgetika wurden bei 56 % und Antidepressiva bei 46 % der Patienten verordnet. Psychotherapeutische Behandlungen aller Formen wurden von 24 % der Patienten angegeben, Entspannungsverfahren in 23 % und Biofeedback/Hypnose bei rund 1 %. Es erfolgte keine Differenzierung der in Anspruch genommenen Psychotherapieverfahren. Die Einnahme von Analgetika, Antidepressiva und Antikonvulsiva wurde von den Patienten als schädlich empfunden, während stationäre multimodale Therapien, psychologische und physikalische Verfahren als am nützlichsten bewertet wurden (Häuser et al., 2012).

Den Ergebnissen einer älteren deutschen Studie von 2011 zufolge erfolgte eine psychotherapeutische Behandlung sogar nur bei 8 % der FMS-Patienten (Marschall et al., 2011). Eine noch ältere Internetbefragung aus dem Jahr 2007 fand in den USA eine höhere Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva (63 %) und auch eine deutlich niedrigere Rate (nur 8 %) von Psychotherapie (Bennett et al., 2007).

Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass die Versorgung der Patienten möglicherweise hinter der aktuellen Leitlinie zurückbleibt. Es ist entscheidend, auf Basis welcher Krankheitsmodelle und Therapiepräferenzen die Hausärzte ihre Therapiekonzepte bei FMS festlegen. Insbesondere zum Einfluss des subjektiven Krankheitsmodells auf die Wahl des Therapiekonzeptes und die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie, idealerweise mit differenzierter Erfassung des gewählten Psychotherapieverfahrens, existieren bislang keine Studien.

1.7. Fragestellung

Chronische Ganzkörperschmerzen (CWP) und das Fibromyalgiesyndrom (FMS) sind Krankheiten mit unklarer Ätiologie. Bisherige Forschungsansätze konnten Hinweise darauf identifizieren, dass aversive bzw. traumatische Erlebnisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter sowie Schwierigkeiten der Emotionswahrnehmung und des Emotionsausdrucks (Alexithymie) bei der Entwicklung dieser chronischen Schmerzsyndrome eine relevante ätiologische Rolle spielen. Allerdings existierten bis zum Zeitpunkt der Studiendurchführung keine Untersuchungen darüber, wie Behandler und Patienten diese Faktoren selbst wahrnehmen. Dies ist jedoch zentral, da diese Wahrnehmung die Diagnosestellung und Therapiegestaltung maßgeblich beeinflussen können.

Ziel unseres Forschungsvorhabens war es daher, in einer Studie eine aktuelle Bestandsaufnahme bezüglich der Krankheitsmodelle und Behandlungspräferenzen von Hausärzten, Psychotherapeuten und Patienten/Patientinnen bei/mit CWP und/oder FMS durchzuführen. Die Erforschung der subjektiven Einschätzung zu ätiologischen Faktoren bei Behandlern und Patienten sowie die Verbindung dieser mit den Therapiepräferenzen war die zentrale Fragestellung unserer Arbeit. Im Detail sollte in den drei Gruppen erhoben werden, inwieweit die ätiologischen Faktoren Vernachlässigung, körperliche Traumatisierung, sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend, sowie die Schwierigkeit, Emotionen auszudrücken bezüglich der Krankheitsentstehung von chronischen Ganzkörperschmerzen (CWP) und FMS als relevant bewertet werden.

Ferner war das Ziel, aus den unterschiedlichen Perspektiven von Patienten und Behandlern auf Krankheitsmodelle und Therapiemöglichkeiten durch ein besseres Verständnis Empfehlungen zur optimierten Versorgung dieser Patientengruppe ableiten zu können. Insbesondere die unterschiedliche Sicht der Hausärzte und Psychotherapeuten sollte offenlegen, wo gegebenenfalls noch Möglichkeiten zur Verbesserung einer zügigen Diagnosestellung und leitliniengerechten Behandlung für alle Patienten vorhanden sind, beispielsweise in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

2. Material und Methoden

Es handelt sich um eine explorative Querschnittsstudie mit Befragung per Post bzw. Fax von drei verschiedenen Gruppen (Patienten, Hausärzte und Psychotherapeuten) mittels selbst entwickelter Fragebögen. Für den Versand der Unterlagen sowie die Rückfragen und Erinnerungen wurden Namen und Adressen der Studienteilnehmer verwendet. In jeder Gruppe wurden die Teilnehmer der Studie mit einer Nummer versehen, sodass die Auswertung pseudonymisiert stattfinden konnte. Zudem erhielten alle Studienteilnehmer eine schriftliche Einwilligungserklärung, in der erläutert wurde, dass die Daten ohne Namensnennung verarbeitet werden. Ohne unterschriebene schriftliche Einwilligungserklärung wurden die Daten nicht verwendet, auch wenn ein ausgefüllter Fragebogen vorlag.

2.1. Fragebögen

Für jede der drei Gruppen wurde ein eigener Fragebogen entwickelt. Diese Fragebögen bestanden aus einem speziell auf die jeweilige Gruppe abgestimmten Teil und einem mittleren, für alle Gruppen identischen Teil. Die Fragebögen sind in Anhang 1 - 3 beigefügt.

Da es in der Gruppe der Patienten das Ziel war, die eigene Krankheitserfahrung zu erfassen, waren die individuellen Fragen für diese Gruppe vor allem auf die eigene Krankheitsgeschichte bezogen. Hierzu wurde zunächst die Dauer der Symptome mit dem Zeitpunkt der Diagnose verglichen, um den Zeitraum dazwischen berechnen zu können. Im Einzelnen wurden die Patienten im ersten Teil des Fragebogens unter Angabe von Monat und Jahr gefragt, seit wann sie chronische Ganzkörperschmerzen haben. Danach wurden sie gefragt, wann die Diagnose Fibromyalgiesyndrom bei ihnen gestellt wurde.

Die Hausärzte und Psychotherapeuten sollten jeweils beantworten, ob sie die Diagnose Fibromyalgiesyndrom in ihrer Praxis stellen, und wenn ja, wie viele Patienten mit CWP/FMS sie pro Quartal in etwa behandeln.

Im mittleren Teil wurde in allen drei Gruppen zunächst die Annahme einer körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Ursache mittels 4-stufiger Likert-Skalen jeweils

einzeln erfragt. Die Stufen lauteten: „Stimme zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme eher nicht zu“, „Stimme nicht zu“. Möglich war außerdem die Angabe „Weiß nicht“.
Als nächstes wurde die Zustimmung zu unterschiedlichen Behandlungsoptionen aus verschiedensten Bereichen mittels derselben Likert-Skala abgefragt:

- Lifestyle-Änderung
- Physiotherapie/Krankengymnastik
- orthopädische Behandlung
- rheumatologische Behandlung
- medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka
- medikamentöse Behandlung mit Nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR)
- medikamentöse Behandlung mit Opioiden
- psychotherapeutische Behandlung

Zuletzt wurde im mittleren Teil die Rolle von einzelnen ätiologischen Faktoren bei der Entstehung von CWP/FMS erfragt:

- Vernachlässigung in Kindheit und Jugend
- Körperliche Traumatisierung in Kindheit und Jugend
- Sexuelle Misshandlung in Kindheit und Jugend
- Schwierigkeiten, Emotionen wie Ärger, Wut, Trauer und Angst wahrzunehmen und/oder auszudrücken (Alexithymie)

Im letzten Teil wurden wieder gruppenspezifische Fragen gestellt: Die Patienten wurden gefragt, ob sie sich bereits einer ambulanten Psychotherapie unterzogen hatten (ja/nein). Da es häufig viele Monate dauert, einen Therapieplatz zu erhalten, wurde mit einer weiteren Frage erfasst, ob eine Negativantwort gegebenenfalls mit einer Schwierigkeit bei der Therapeutensuche einherging und eine ambulante Psychotherapie eigentlich vom Patienten gewünscht worden wäre (ebenfalls ja/nein). Darüber hinaus wurden die Patienten dazu befragt, ob sie eine stationäre Psychotherapie gemacht hatten und ob diese Therapie ihre Schmerzen gebessert hätte. Zuletzt wurden die Patienten gefragt, ob sie zu einem weiterführenden Gespräch in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie in

Leutkirch bereit wären. All diese Fragen konnten ebenfalls nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Die Hausärzte wurden gefragt, ob sie ihre Patienten mit CWP/FMS in der Regel zu einer ambulanten Psychotherapie überweisen, und ob diese und/oder eine stationäre Psychotherapie ihrer Meinung nach zu einer Besserung führt (alle drei via oben genannter Likert-Skala). Zuletzt wurden die Hausärzte gefragt, ob sie bereit wären, einen zweiten, ausführlicheren Fragebogen zu beantworten (ja oder nein).

Die Psychotherapeuten sollten beantworten, ob sie ihre Patienten wegen CWP/FMS in einer ambulanten Psychotherapie behandeln (ja/nein), ob ihrer Einschätzung nach eine ambulante bzw. stationäre Psychotherapie zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik führt (mittels o.g. Likert-Skala) und ob sie bereit wären, einen zweiten, ausführlicheren Fragebogen zu beantworten (ja/nein).

2.2. Stichproben

Es wurde im Vorfeld der Studie keine Fallzahlenberechnung durchgeführt, da es das Ziel der Studie war, eine regionale Befragung im Landkreis Ravensburg durchzuführen. Hierfür wurden alle infrage kommenden Patienten aus der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch der vergangenen fünf Jahre vor Studienbeginn gescreent, sowie möglichst alle Hausärzte und Psychotherapeuten des Landkreises identifiziert.

Die in der Studie befragten Patienten waren alle in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie in Leutkirch in Behandlung. Die Auswahl der Patientenstichprobe erfolgte zwischen Oktober 2019 und Januar 2020. Als erster Schritt wurden 6916 Patienten identifiziert, welche sich zwischen Januar 2014 bis Dezember 2019 in der Praxis persönlich vorgestellt hatten. Anschließend wurden in der Patientenkartei die Patienten mit CWP bzw. FMS aus dieser Gruppe herausgefiltert. Dazu wurde mittels der Suchfunktion der in der Praxis verwendeten Praxissoftware „Medistar“ (CGM CompuGroup Medical) nach den dokumentierten ICD-10-Diagnosen F45.41 („Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“) und/oder M79.* („Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert“) gesucht – die Diagnosekategorie M79 umfasst auch die ICD-10-Diagnose „Fibromyalgiesyndrom“ M79.70. Es ergaben sich aus dieser Abfrage 196 Patienten. Im Folgenden wurden die elektronischen Patientenkarteien

einzeln aufgerufen und auf das Vorliegen der Diagnosen CWP und FMS detailliert überprüft. Dazu wurden einerseits die bereits ärztlich in der Praxis gestellten und dokumentierten Diagnosen in den Karteien genutzt, andererseits wurde anhand der in den Karteien dokumentierten medizinischen Daten und Arztbriefe geprüft, ob die Patienten die Diagnosekriterien für CWP und/oder FMS jeweils von 2016 erfüllen (Wolfe et al., 2016). Nach Abschluss dieses Screenings ergab sich eine Zahl von 91 Patienten, die die CWP-Kriterien erfüllten. 65 erfüllten zusätzlich die FMS-Kriterien. Drei Patienten wurden aufgrund von Demenz oder Blindheit ausgeschlossen.

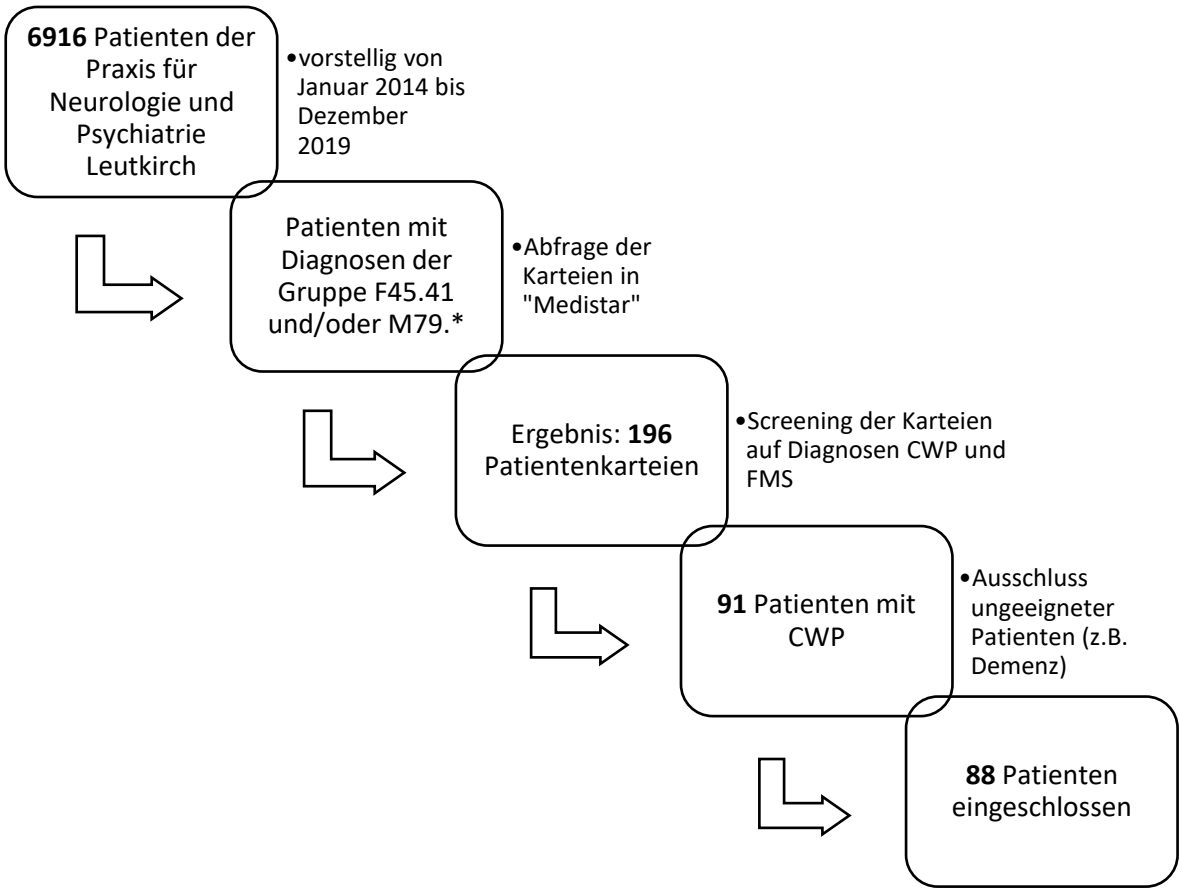

Abbildung 1: Dargestellt ist der stufenweise Prozess der Selektion der Patientenstichprobe aus der Gesamtzahl der Patienten in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch.

Die verbleibenden 88 Patienten (darunter 63 mit Diagnose FMS nach oben genannten Kriterien) erhielten postalisch einen Fragebogen zugesandt, sowie ein Anschreiben mit Informationen zur Studie, eine Einwilligungserklärung und einen frankierten und adressierten Rückumschlag. Die Briefe an die Patienten wurden am 14.01.2020 versandt.

In der zweiten Stichprobe dieser Studie wurden die Hausärzte des Landkreises Ravensburg befragt. Hierfür wurden die hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner und Internisten des Landkreises über die Suchmaschinen „Weisse Liste“ (Suchmaschine der Bertelsmann-Stiftung unter Schirmherrschaft der Patientenbeauftragten der Bundesregierung), „Jameda“ (Suchmaschine für Ärzte und andere im Gesundheitswesen tätige Personen) und „Google“ (Internet-Suchmaschine, Suchbegriffe: „Hausarzt Landkreis Ravensburg“ und „Allgemeinmediziner Landkreis Ravensburg“) in den Monaten Oktober, November und Dezember 2019 ermittelt. Reine Privatpraxen wurden nicht eingeschlossen. Die Suche ergab 146 Hausärzte im Landkreis Ravensburg. Diese erhielten im Dezember 2019 ihren Fragebogen sowie das Anschreiben und die Einverständniserklärung per Fax zugesandt. In Gemeinschaftspraxen tätige Ärzte wurden gebeten, jeweils einzeln teilzunehmen.

Für die Stichprobe der Psychotherapeuten konnte auf eine in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch vorliegende Kooperationsliste mit den Namen und Anschriften der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im größeren Umkreis zurückgegriffen werden. Der Stand der Liste war von Juni 2019. Es wurden nur die Psychotherapeuten aus dem Landkreis Ravensburg eingeschlossen. In der Studie wurde kein Unterschied zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gemacht. So ergab sich eine Zahl von 88 Psychotherapeuten, die gebeten wurden, an der Studie teilzunehmen. Diejenigen Psychotherapeuten mit einem Faxanschluss erhielten ihre Studienunterlagen Anfang Januar 2020. Den restlichen Psychotherapeuten wurden die Unterlagen per Brief am 14. sowie am 21.01.2020 zugeschickt.

Die Teilnehmer aller drei Stichproben erhielten nach sechs Wochen eine Erinnerung, falls sie noch nicht an der Studie teilgenommen hatten. Es wurde außerdem die Möglichkeit angeboten, die Studienunterlagen erneut zu erhalten. Den Patienten wurde darüber hinaus angeboten, mögliche Fragen zur Teilnahme telefonisch zu beantworten. Drei Patienten nahmen dieses Angebot wahr.

2.3. Datenerfassung und Datenanalyse

Die Erfassung der durch die ausgefüllten Antwortbögen erhaltenen Daten erfolgte mittels einer Datenbank in Microsoft Excel. Die Namen der Studienteilnehmer jeder der drei Gruppen wurden durch eine Identifikationsnummer ersetzt und pseudonymisiert, sodass die Identität der einzelnen Teilnehmer für die weitere Auswertung verborgen blieb. In der Datentabelle wurden den Werten aus den verwendeten Likert-Skalen Zahlen zugeordnet („Stimme zu“ = 4, „Stimme eher zu“ = 3, „Stimme eher nicht zu“ = 2, „Stimme nicht zu“ = 1 sowie „Weiß nicht“ = 0). Für ungültige oder fehlende Angaben wurde ein „.“ verwendet.

Es erfolgte zunächst die deskriptive Analyse der Daten. Stetige Variablen wurden mit Mittelwert, Standardabweichung (SD), Median und Minimum/Maximum angegeben; kategoriale Variablen mit absoluten und relativen Häufigkeiten. Die Verteilung aller Antworten zu den Fragen wurden hierzu mittels Microsoft Excel in gestapelten Balken- und Säulendiagrammen dargestellt, um sie besser zu veranschaulichen. Die Antworten zu den gleichen Fragen aller drei Stichproben wurden zur besseren Vergleichbarkeit in je ein Diagramm pro Frage zusammengefasst.

Es erfolgte zudem eine Analyse möglicher Assoziationen, bzw. aufgrund der kleinen Stichprobengrößen möglicher Trends, zwischen Krankheitsmodell (körperlich, psychisch, psychosomatisch) und Behandlungsverfahren, Krankheitsmodell und ätiologischen Faktoren sowie Krankheitsmodell und erfolgter/veranlasster Psychotherapie. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen wurde in allen drei Stichproben hierfür kein Chi^2-Test durchgeführt, sondern jeweils der Exakte Test nach Fisher verwendet. Dieser wurde bei einer 2x2 Kreuztabelle mit SPSS (SPSS 26 bzw. 28, Statistiksoftware von IBM), bei 2x3 und 3x3 Kreuztabellen mit VassarStats (Website for Statistical Computation) berechnet. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ angenommen. Da es sich um eine explorative Studie mit Pilotcharakter handelt, wurden alle Ergebnisse vorsichtig und hypothesengenerierend interpretiert.

2.4. Ethik

Da in der Studie ausschließlich Patienten der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch befragt wurden, wurde der zuständigen Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg ein Antrag zur Prüfung vorgelegt und von dieser genehmigt (Aktenzeichen FS-2019-018).

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung, aufgeteilt nach Gruppen, dargestellt. Hierzu werden zunächst die Rücklaufquoten der Befragung als Übersicht gezeigt (Abbildung 2) und dann für jede Gruppe noch einmal detailliert aufgeführt. Danach werden die Ergebnisse der einzelnen Fragen aufgeführt. Diese werden zur besseren Übersichtlichkeit auch grafisch dargestellt. Zuletzt werden mögliche Zusammenhänge zwischen den Behandlungspräferenzen, den angenommenen ätiologischen Faktoren und Ursachen für chronische Schmerzerkrankungen sowie der Inanspruchnahme/der Verschreibung bzw. Behandlung von/mit Psychotherapie untersucht.

3.1. Rücklauf

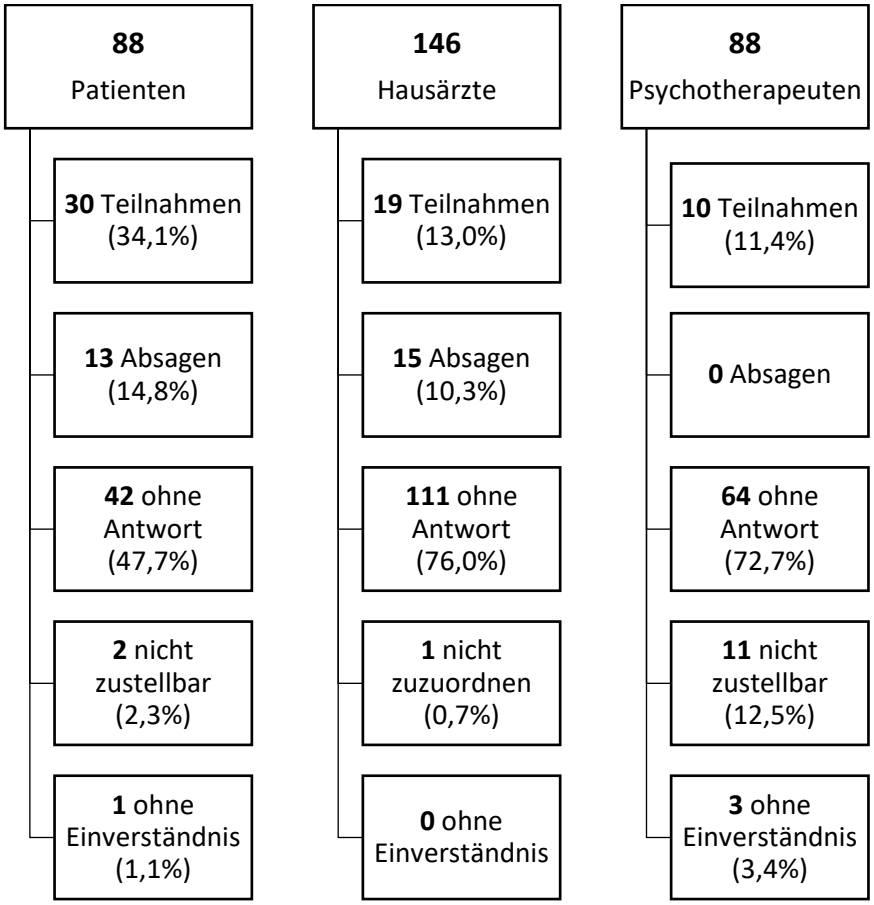

Abbildung 2: Dargestellt werden die drei befragten Gruppen und ihre jeweiligen Reaktionen auf die Bitte zur Teilnahme an der Studie. In Klammern jeweils der prozentuale Anteil an der Gruppe.

Bei den Patienten war von allen Gruppen insgesamt die größte Teilnahmebereitschaft zu verzeichnen. 88 Patienten erhielten eine schriftliche Einladung zur Teilnahme an der Studie. 47,7 % (42 Patienten) beantworteten die Einladung in keiner Weise. Zwei Patienten konnten die Studienunterlagen nicht zugestellt werden. In einem Fall fehlte die Einverständniserklärung, obwohl der Fragebogen ausgefüllt vorlag. Von den angeschriebenen 88 Patienten baten drei zunächst um einen Rückruf. Zwei von ihnen konnten telefonisch erreicht und ihre Fragen beantwortet werden. Insgesamt gaben 13 Patienten telefonisch, per Brief oder bei einem Termin in der Praxis an, dass sie nicht an der Studie teilnehmen wollten. Eine Patientin schrieb in einem Brief, dass es ihr aufgrund der Bitte zur Teilnahme an der Studie nun wieder schlechter ginge und sie deshalb keinesfalls teilnehmen könne. Die Thematik wurde mit der Patientin in einem Termin mit Dr. Frisch in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie in Leutkirch aufgearbeitet.
Insgesamt ergab sich eine Zahl von 30 Patienten, die den Fragebogen und die Einverständniserklärung korrekt ausfüllten, einen beantworteten Fragebogen zurücksandten und somit an der Studie teilnahmen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 34,1 %. Fünf der Studienteilnehmer waren männlich (16,7 %), 25 weiblich (83,3 %). Das Durchschnittsalter in der Stichprobe betrug 57,1 Jahre (SD = 7,6; Min. 30; Max. 79; Median 58,0). 20 Patienten (66,7 %) erfüllten zusätzlich zur Diagnose CWP die Kriterien eines FMS nach ACR-Diagnosekriterien von 2016 (Wolfe et al., 2016).

Die Gruppe der Hausärzte war mit 146 Personen die mit Abstand größte Gruppe. Vor den schriftlichen Erinnerungen hatten 13 Hausärzte an der Studie teilgenommen und 14 Hausärzte aktiv abgesagt. 119 Hausärzte erhielten somit das Erinnerungsschreiben. Von zwei Ärzten kam daraufhin der ausgefüllte Fragebogen zurück, einer sagte auf die Erinnerung hin ab und fünf forderten die Unterlagen erneut an, wovon vier teilnahmen. Insgesamt erbrachte die Erinnerung also sechs zusätzliche Teilnehmer.
In einem Fall konnte der ausgefüllte, per Fax zurückgesandte Fragebogen nicht zugeordnet werden, und da die Einverständniserklärung fehlte, konnte dieser Hausarzt nicht eingeschlossen werden. Insgesamt teilten 15 Hausärzte auf verschiedenen Wegen mit, dass sie nicht an der Studie teilnehmen würden. Am Ende ergab sich eine Zahl von 19 Teilnehmern in der Gruppe der Hausärzte, was einer Rücklaufquote von 13,0 % entspricht.

Es wurden 88 Psychotherapeuten angeschriebenen, die Stichprobe war also genauso groß wie die der Patienten. Allerdings war in elf Fällen (12,5 %) weder eine Faxnummer auffindbar noch eine korrekte Adresse. Somit waren die Studienunterlagen in diesen Fällen nicht zustellbar. Vor der schriftlichen Erinnerung hatten acht Psychotherapeuten an der Studie teilgenommen. Davon war bei zweien keine Einverständniserklärung vorhanden. Auf die Erinnerung hin nahmen vier weitere Psychotherapeuten an der Studie teil. Bei einem davon war ebenfalls keine Einverständniserklärung vorhanden. Aktive Absagen gab es in der Gruppe der Psychotherapeuten keine. Somit gingen insgesamt zehn ausgefüllte Fragebögen mit Einverständniserklärung ein und konnten ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 11,4 %.

3.2. Ergebnisse der Fragebögen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragungen der drei Stichproben zusammenfassend und vergleichend vorgestellt. Da jeweils der erste und der letzte Abschnitt der Fragebögen je nach Gruppe unterschiedlich war, der mittlere aber für alle gleich, werden zunächst für alle Gruppen die Ergebnisse des ersten Abschnittes zum Thema Diagnosestellung präsentiert. Danach folgt für alle drei Gruppen vergleichend der mittlere Abschnitt zu den Behandlungspräferenzen und abschließend werden die Ergebnisse zur Psychotherapie gesondert für jede Gruppe dargestellt.

3.2.1. Diagnose

Wie oben bereits ausgeführt, wurden die Patienten zu Beginn des Fragebogens vornehmlich zur eigenen Krankheitsgeschichte befragt. Hierzu wurden zunächst die Zeitpunkte von Symptombeginn sowie Diagnosestellung abgefragt, woraus sich ein Zeitraum (in Jahren) errechnen ließ. In Abbildung 3 ist zunächst dargestellt, seit wann die Patienten unter Ganzkörperschmerzen litten. Die meisten Patienten hatten Monat und Jahr oder nur das Jahr angegeben, hieraus wurde dann entsprechend der Abstand zur Durchführung der Studie Anfang 2020 errechnet.

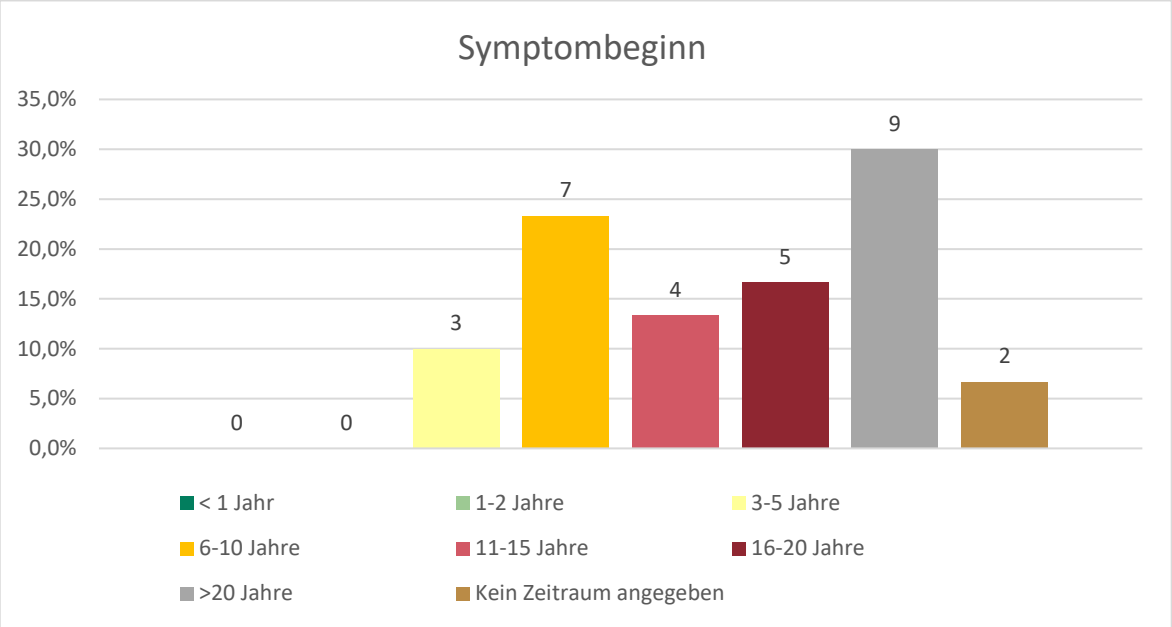

Abbildung 3: Patienten, n=30, Frage 1: „Seit wann haben Sie chronische ausgedehnte Schmerzen (Ganzkörperschmerzen)?“

In Abbildung 4 ist dargestellt, wie viele Patienten überhaupt bereits eine Diagnose erhalten hatten und somit einen Zeitpunkt angegeben hatten, und wie viele noch gar keine Diagnose erhalten hatten.

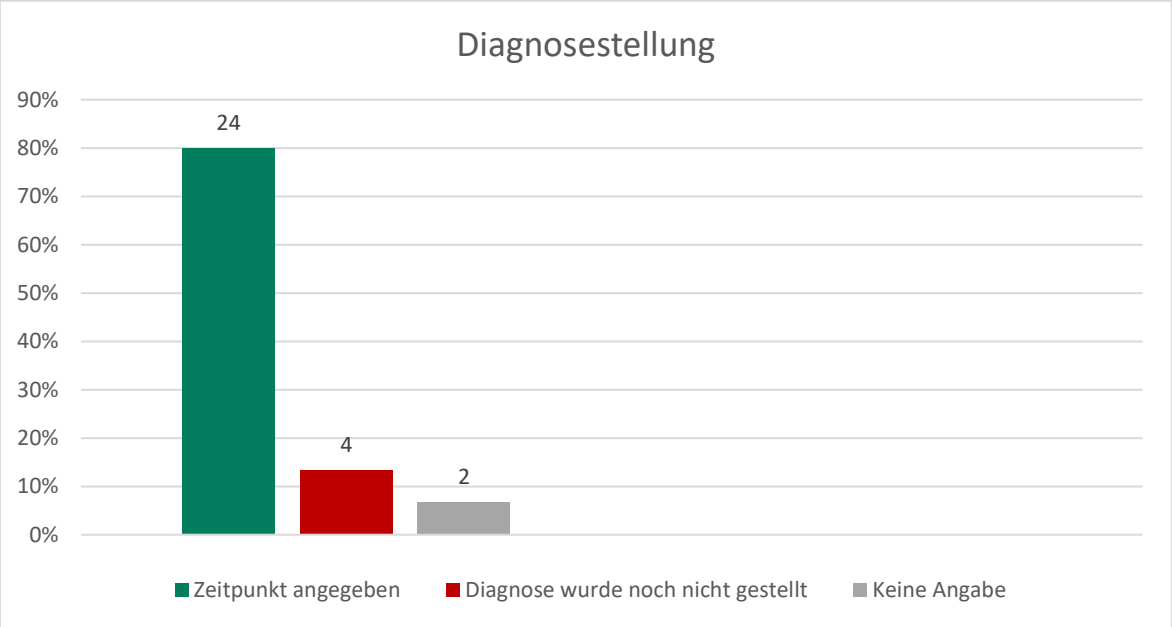

Abbildung 4: Patienten, n=30, Frage 2: „Wann wurde die Diagnose Fibromyalgiesyndrom bei Ihnen gestellt?“

Aus diesen Angaben wurde dann der Zeitraum zwischen Symptombeginn und Diagnosestellung in Jahren errechnet (Abb. 5), da manche Patienten lediglich Jahreszahlen angegeben hatten. Der Mittelwert betrug hier 7,65 Jahre, der Median 5 Jahre, die Standardabweichung 13,61 Jahre, das Maximum waren 30 Jahre. Diese Zahlen verdeutlichen große Unterschiede: Jeweils vier Patienten bekamen ihre Diagnose innerhalb eines Jahres nach Symptombeginn, zwischen einem und zwei Jahren danach, zwischen drei und fünf Jahren danach, zwischen sechs und zehn Jahren danach und zwischen elf und 15 Jahren danach. Ein Patient wartete zwischen 16 und 20 Jahre auf seine Diagnose und zwei Patienten (entspricht 8,7 %) mussten mehr als 20 Jahre auf ihre Diagnose warten. Sieben Patienten machten keine verwertbaren oder nicht ausreichende Angaben und wurden daher in dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Darunter befinden sich auch jene, die oben bereits angegeben hatten, bisher noch keine Diagnose erhalten zu haben.

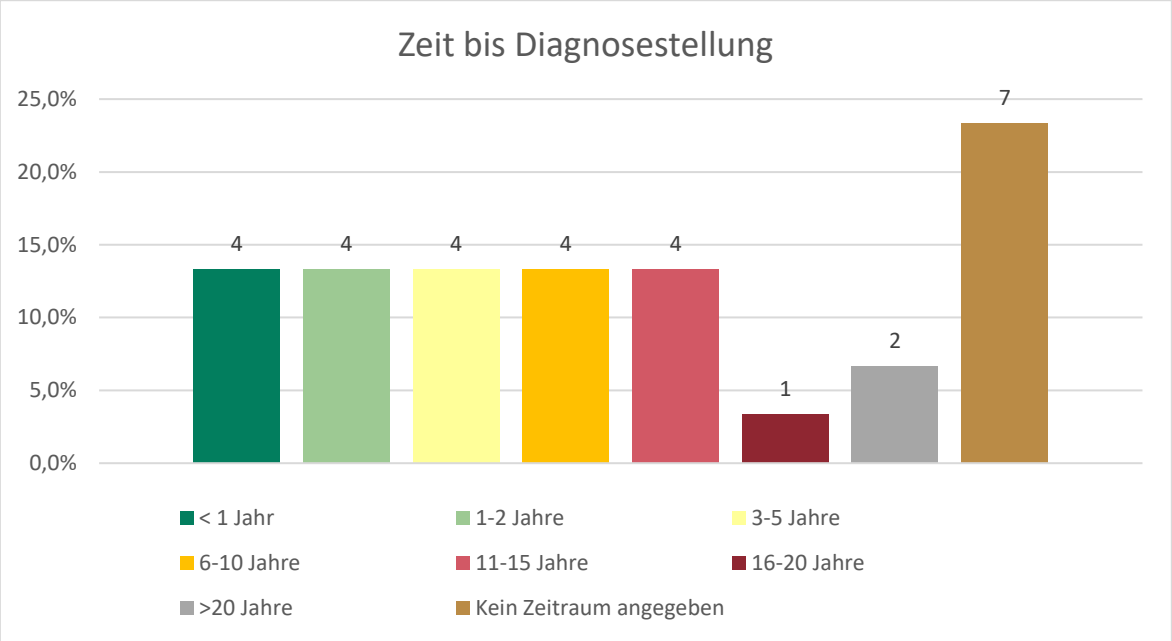

Abbildung 5: Patienten, n=30, Berechnung der Zeiträume zwischen Symptombeginn und Diagnosestellung aus Frage 1 und Frage 2

Die Gruppe der Hausärzte wurde befragt, ob sie die Diagnose Fibromyalgiesyndrom selbst stellen (Abb. 6) und wenn ja, wie oft (Abb. 7). Obwohl nur sieben der Hausärzte bei der ersten Frage angegeben hatten, dass sie die Diagnose in der eigenen Praxis stellen, machten mehr als sieben eine Angabe bei der zweiten Frage. Lediglich fünf Hausärzte

(26,3 %) machten bei dieser Frage keine Angabe, wobei zwölf Hausärzte nicht bejaht hatten, die Diagnose Fibromyalgiesyndrom zu stellen.

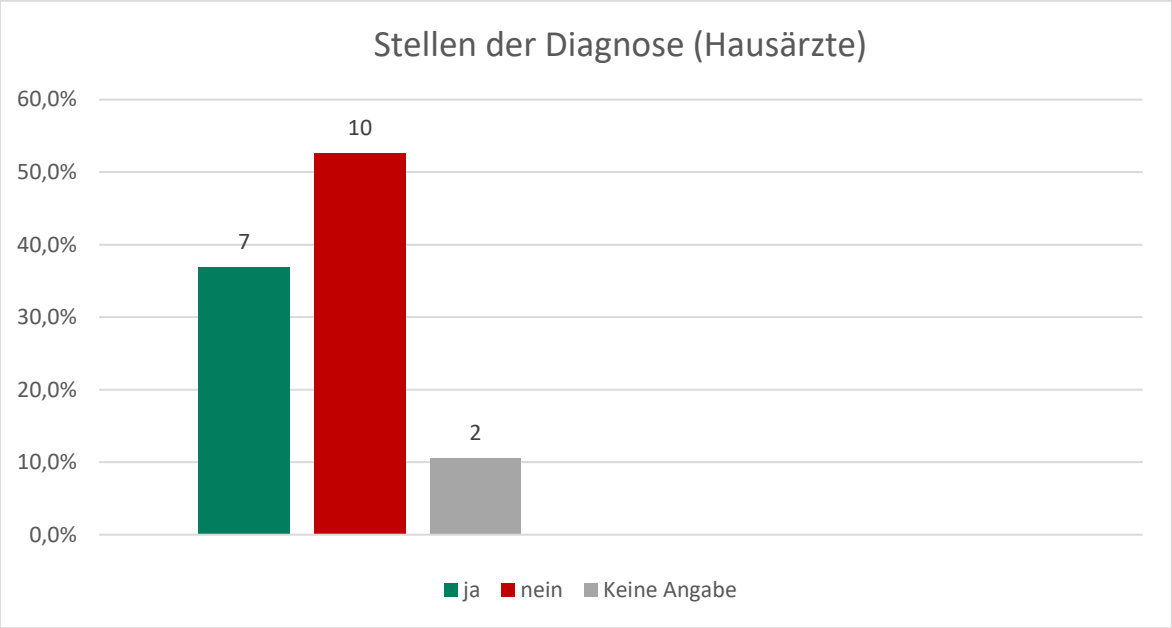

Abbildung 6: Hausärzte, n=19, Frage 1: „Stellen Sie die Diagnose Fibromyalgiesyndrom in Ihrer Praxis?“

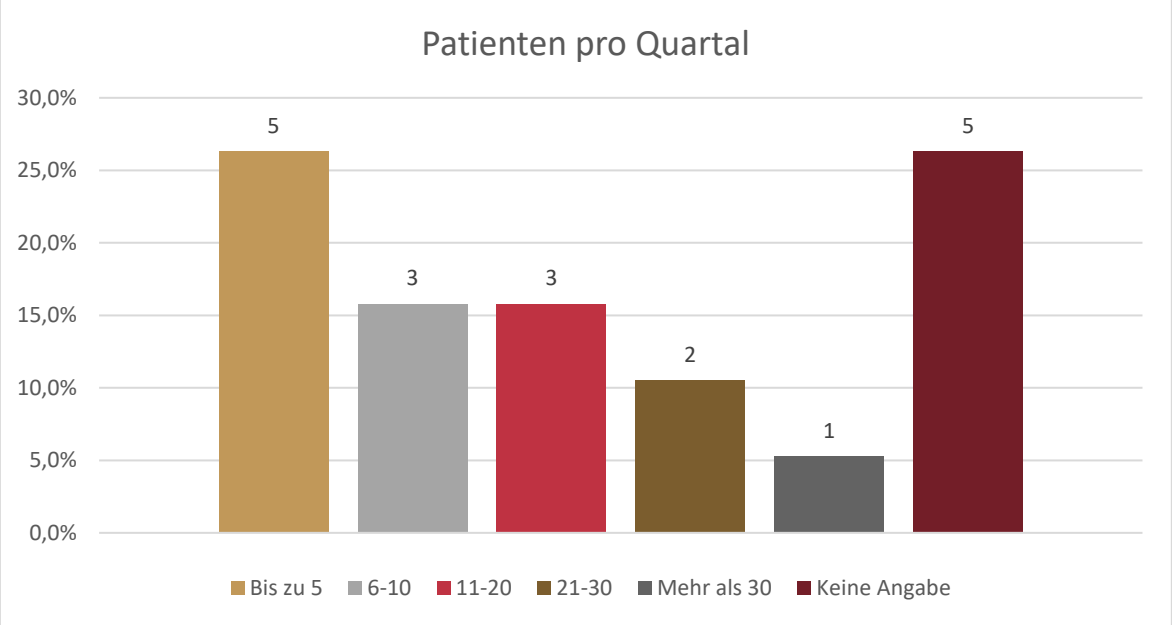

Abbildung 7: Hausärzte, n=19. Frage 2: „Wenn ja, in etwa wie viele Patienten mit CWP/FMS behandeln Sie pro Quartal?“

Die Gruppe der Psychotherapeuten beantwortete die Fragen zur Diagnosestellung in der eigenen Praxis (Abb. 8) im Gegensatz zu den Hausärzten mehrheitlich mit nein: Sieben Psychotherapeuten gaben „nein“ an, drei Therapeuten „ja“. Zudem wurden die

Psychotherapeuten gefragt, ob sie Patienten mit FMS in ihrer Praxis behandelten, und wenn ja, wie viele (Abb. 9). Ein Psychotherapeut beantwortete dies mit ja, gab aber gleichzeitig null behandelte Patienten pro Quartal an. Sieben Therapeuten sagten „ja, 1 - 5 Patienten pro Quartal“ und einer „ja, 6 - 10 Patienten pro Quartal“. Ein Therapeut gab an, keine Patienten mit FMS in seiner Praxis zu behandeln.

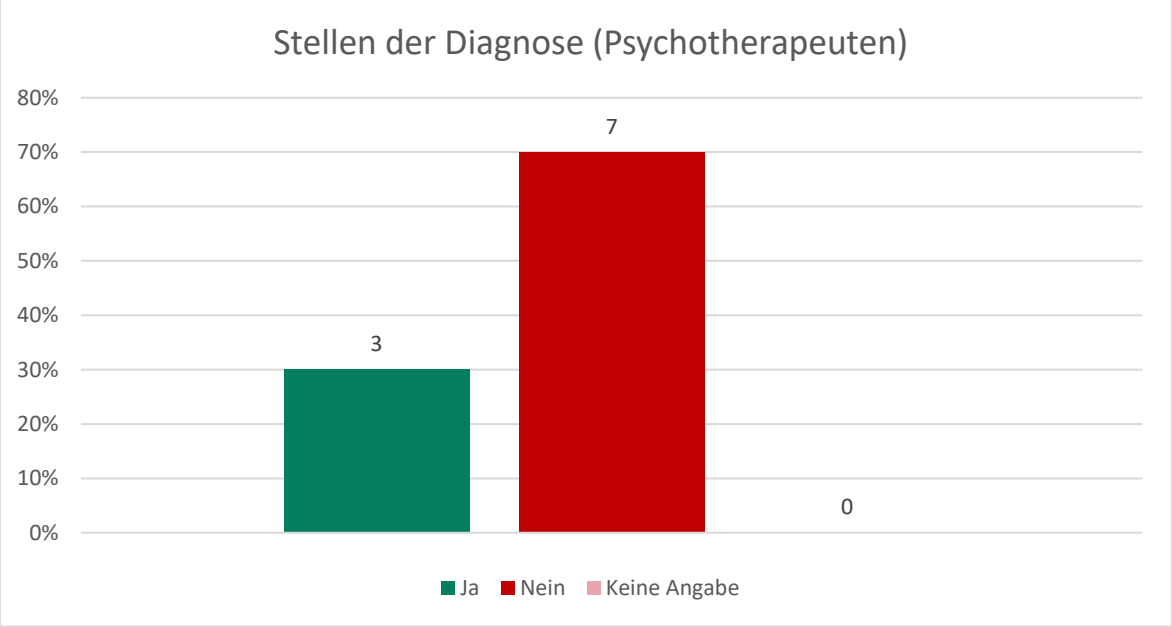

Abbildung 8: Psychotherapeuten, n=10, Frage 1: „Stellen Sie die Diagnose Fibromyalgiesyndrom in Ihrer Praxis?“

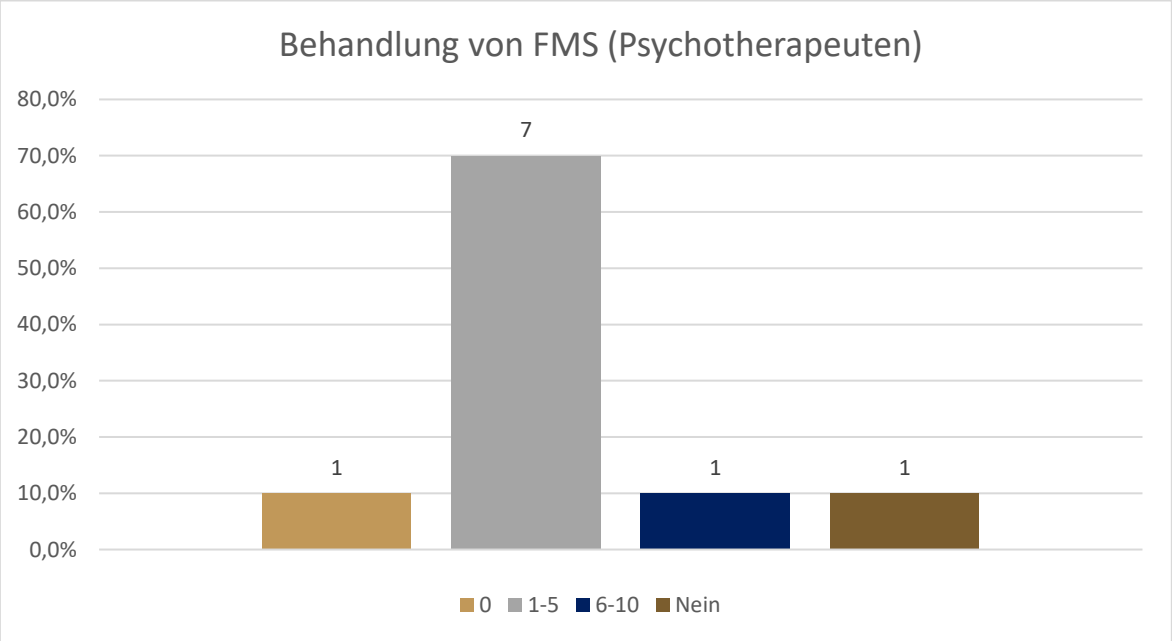

Abbildung 9: Psychotherapeuten, n=10, Frage 2: „Behandeln Sie Patienten mit Fibromyalgiesyndrom bzw. bei chronisch ausgedehnten Schmerzen in Ihrer Praxis? Wenn ja, in etwa wie viele pro Quartal?“

3.2.2. Krankheitsmodell

Die nächsten beiden Teile der Fragebögen waren für alle Gruppen gleich und werden daher auch vergleichend dargestellt.

So wurden zunächst drei Fragen zur Einordnung der Ursachen der chronischen Schmerzen in „körperlich“, „psychisch“ und „psychosomatisch“ gestellt, und jeweils getrennt die Zustimmung erfragt. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 10 - 12 dargestellt. Hier gaben die Patienten am häufigsten an, dass sie die Ursache im körperlichen Bereich sehen, insgesamt meinten dies zwei Drittel von ihnen (Abb. 10).

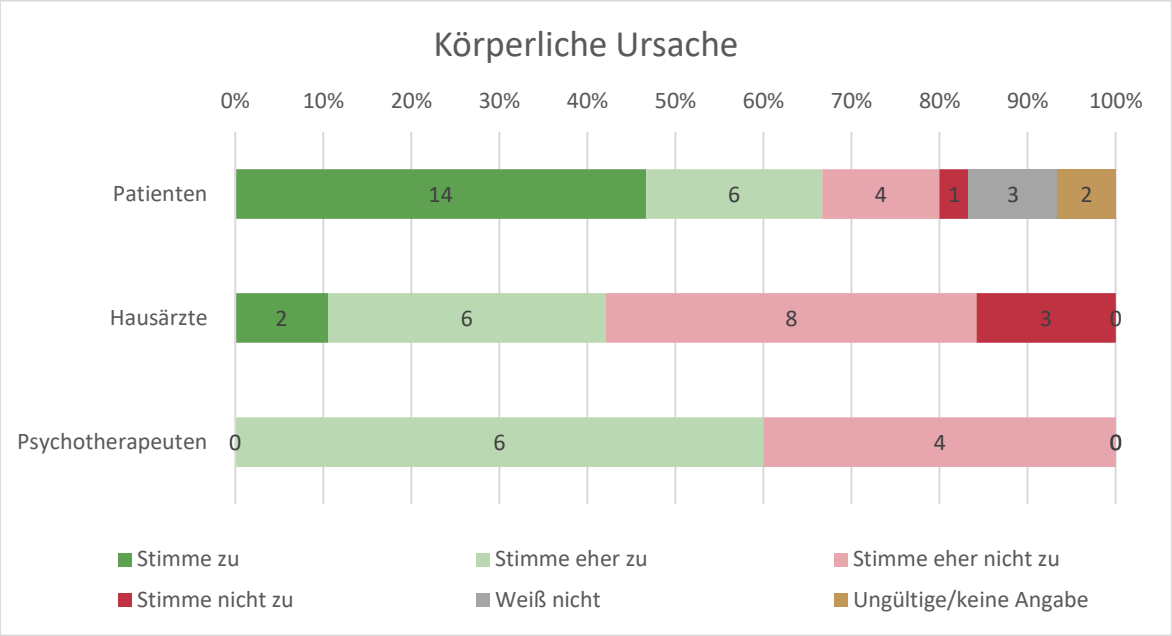

Abbildung 10: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 3: „Die chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit körperlicher Ursache“

Die Hausärzte waren die Gruppe, in der die Meinung am stärksten vertreten war, nach der die chronischen Schmerzen einer psychischen Ursache folgen. Aber auch viele Psychotherapeuten und Patienten vertraten diese Meinung (Abb. 11).

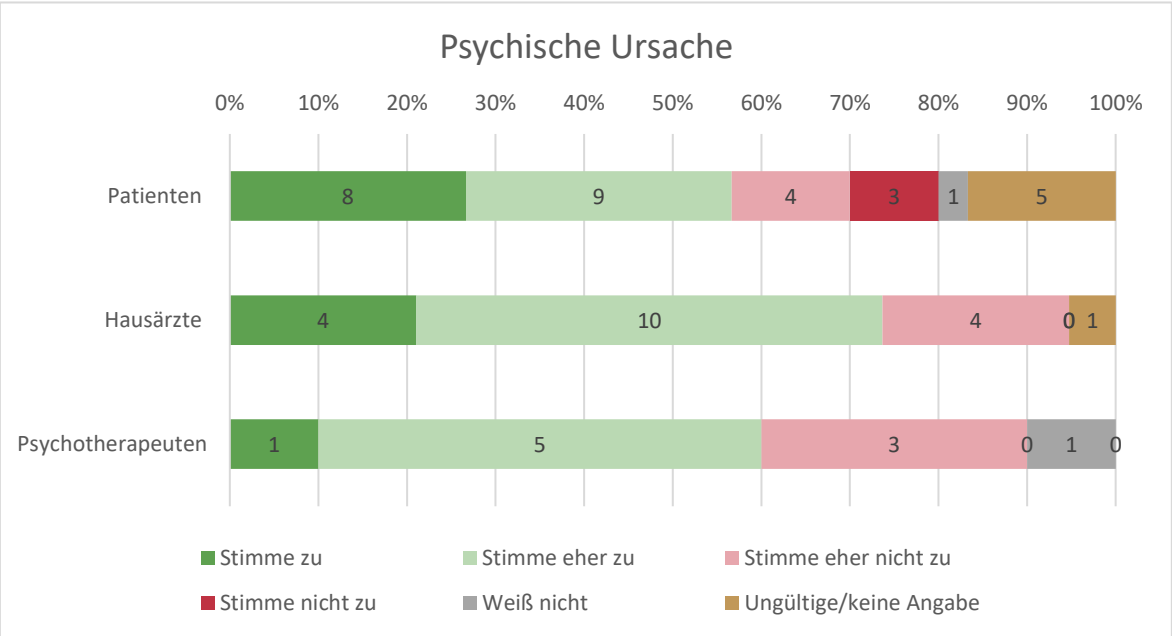

Abbildung 11: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 4: „Die chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychischer Ursache“

Eine psychosomatische Ursache erfuhr dagegen die größte Zustimmung, insbesondere bei den Psychotherapeuten, die dies allesamt für wahrscheinlich hielten. Am seltensten stimmten hier die Patienten zu, auch wenn diese Zustimmung mit 76,7 % immer noch sehr deutlich ausfiel (Abb. 12).

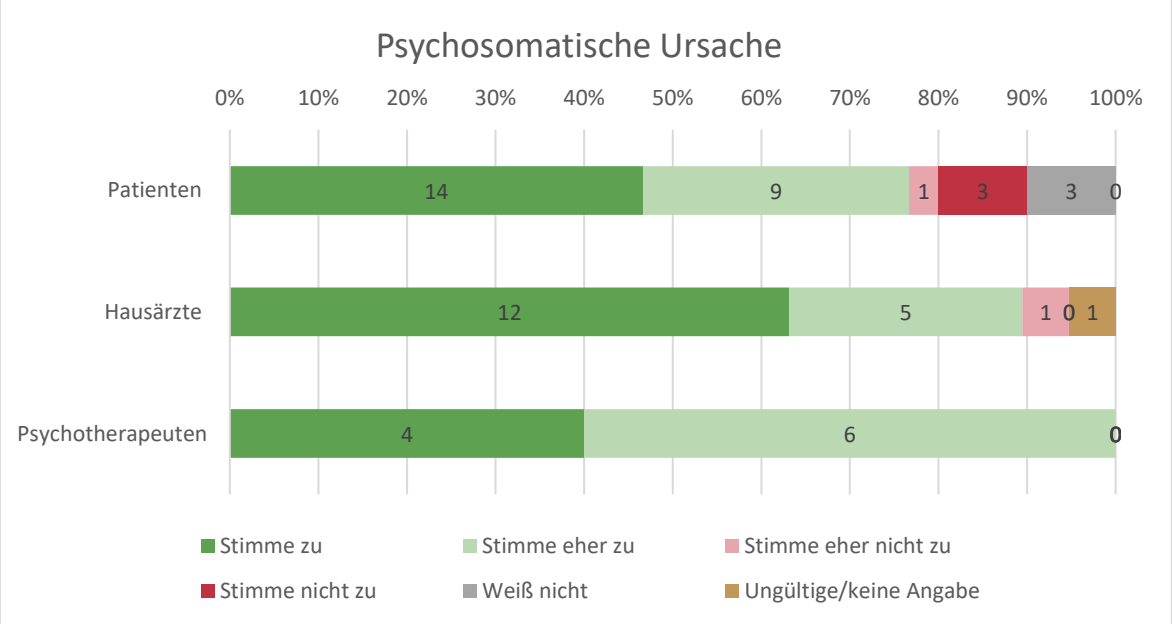

Abbildung 12: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 5: „Die chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychosomatischer Ursache“

3.2.3. Behandlungspräferenzen

Im nächsten Abschnitt der Fragebögen wurden die drei Gruppen zu ihren Behandlungspräferenzen bei CWP/FMS befragt. Die Studienteilnehmer sollten hier ebenfalls zu jeder vorgeschlagenen Behandlungsmethode den Grad ihrer Zustimmung mittels Likert-Skala angeben. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 13 - 20 dargestellt.
Eine Lifestyle-Änderung erhielt von allen drei Gruppen eine hohe Zustimmung (Abb. 13). Ansonsten präferierten die Patienten Psychotherapie (Abb. 20), Physiotherapie (Abb. 14), Psychopharmaka (Abb. 17) und eine orthopädische Behandlung (Abb. 15), während Schmerzmittel (Abb. 18 und 19) weniger Zustimmung fanden. Die Hausärzte und Psychotherapeuten teilten diese Meinung in Bezug auf Psychotherapie (Abb. 20) und, etwas zurückhaltender, Physiotherapie (Abb. 14). Hausärzte fanden zudem Psychopharmaka sinnvoll, Psychotherapeuten weniger (Abb. 17). Dafür fanden Psychotherapeuten eine rheumatologische Behandlung sinnvoller als Hausärzte (Abb. 16). Einig waren sich beide Gruppen darin, dass eine orthopädische Behandlung nicht im Vordergrund steht, im Gegensatz zu den Patienten (Abb. 15). Die Einnahme von Schmerzmitteln, insbesondere von Opioiden, erfuhr durch alle Gruppen hindurch eine geringe Zustimmung und relativ große Ablehnung (Abb. 19), besonders bei Psychotherapeuten.

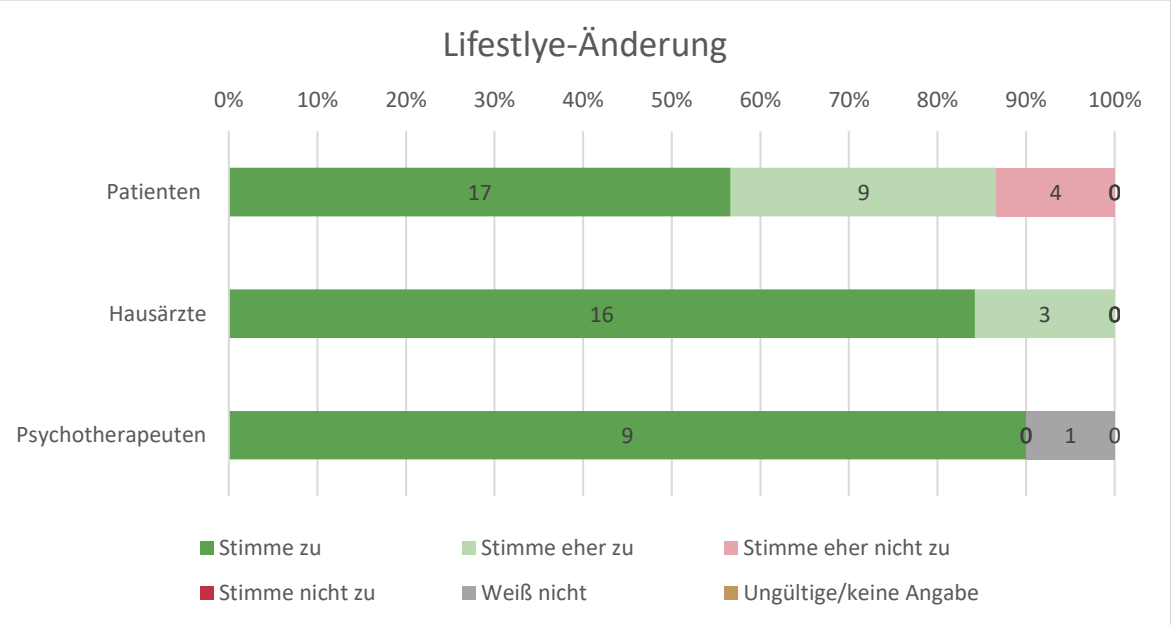

Abbildung 13: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 6: „Eine Lifestyle-Änderung ist sinnvoll“

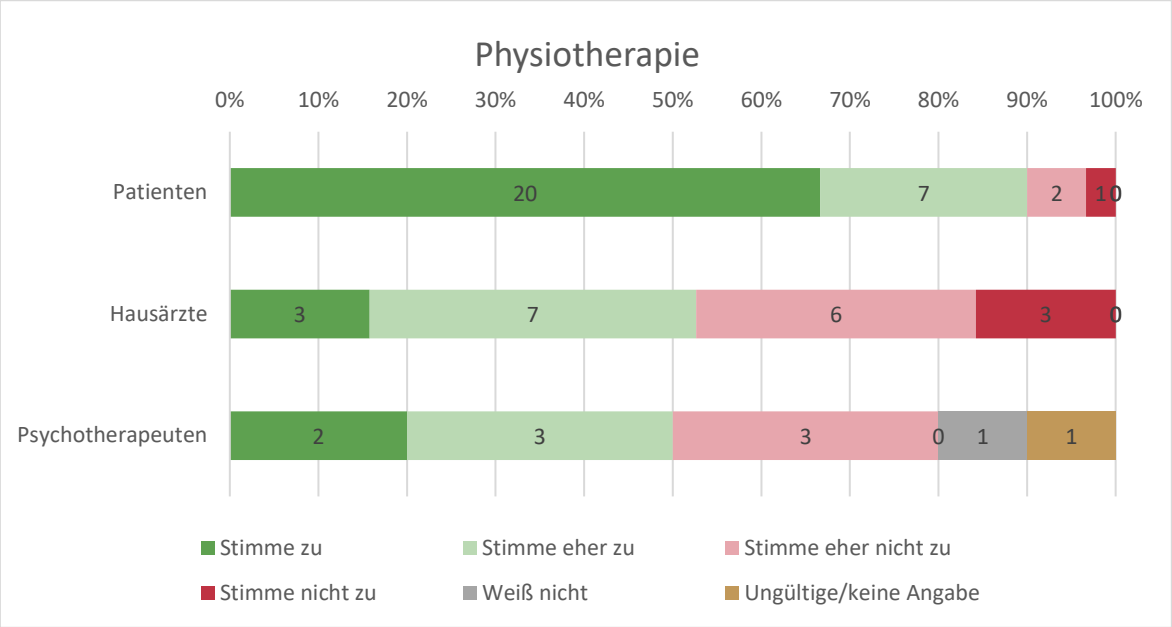

Abbildung 14: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 7: „Eine Behandlung mit Physiotherapie/Krankengymnastik ist sinnvoll“

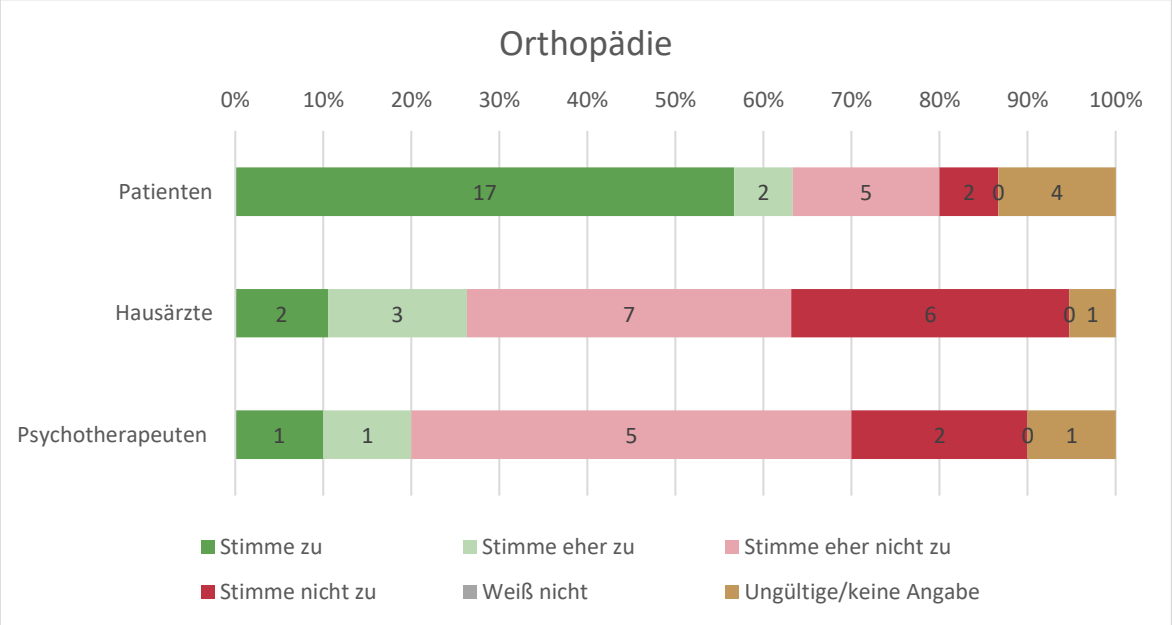

Abbildung 15: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 8: „Eine orthopädische Behandlung ist sinnvoll“

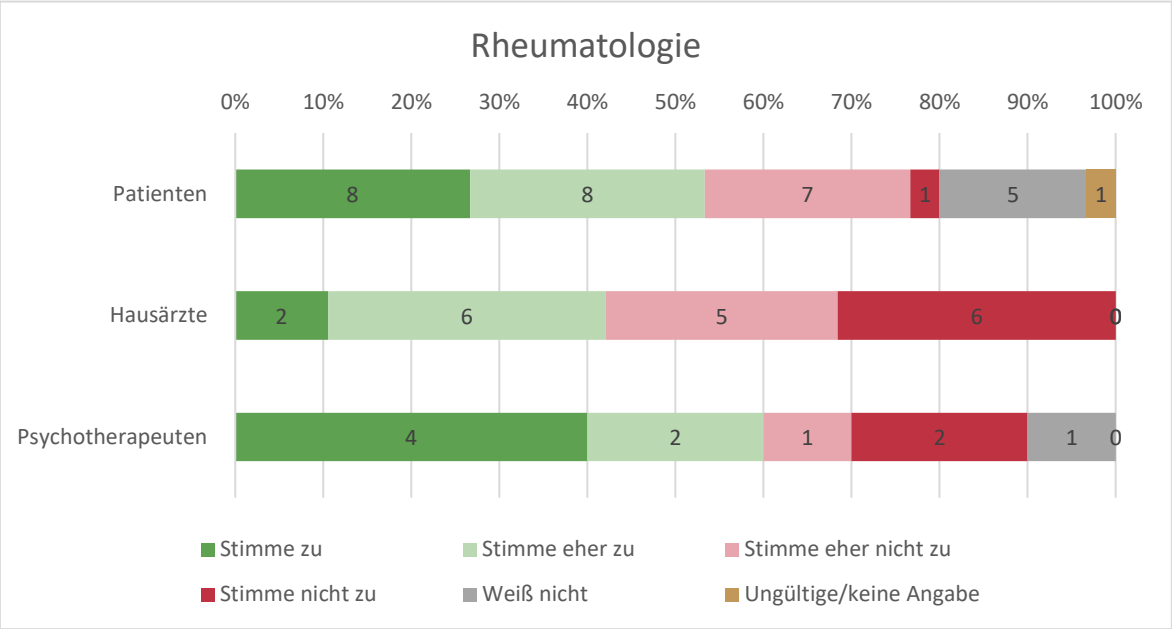

Abbildung 16: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 9: „Eine rheumatologische Behandlung ist sinnvoll“

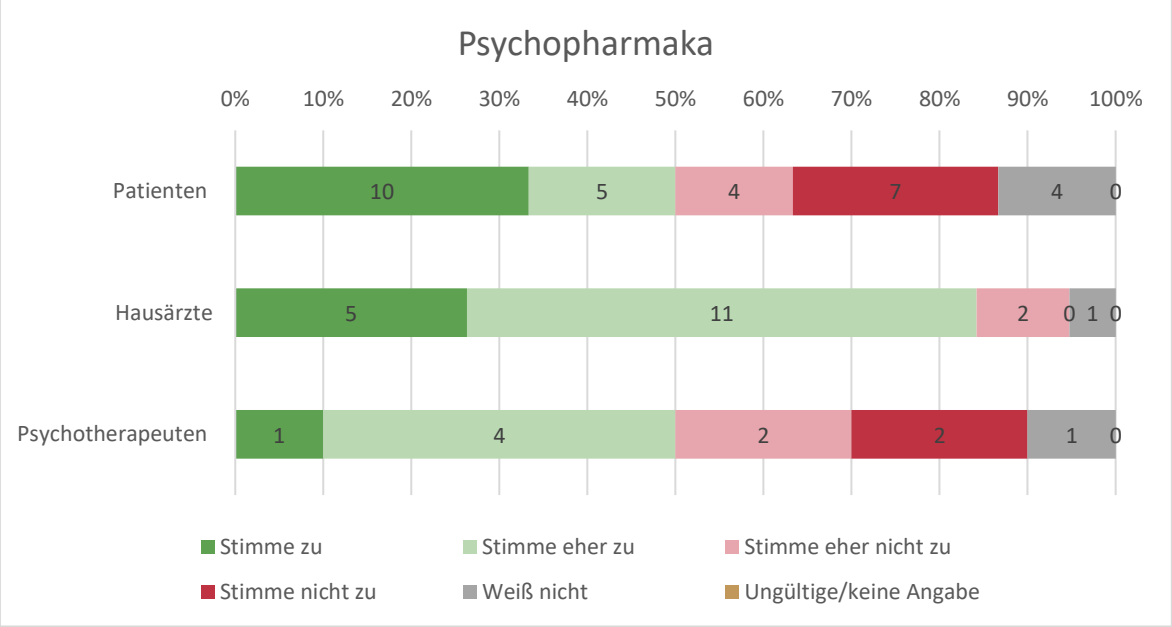

Abbildung 17: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 10: „Eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka ist sinnvoll“

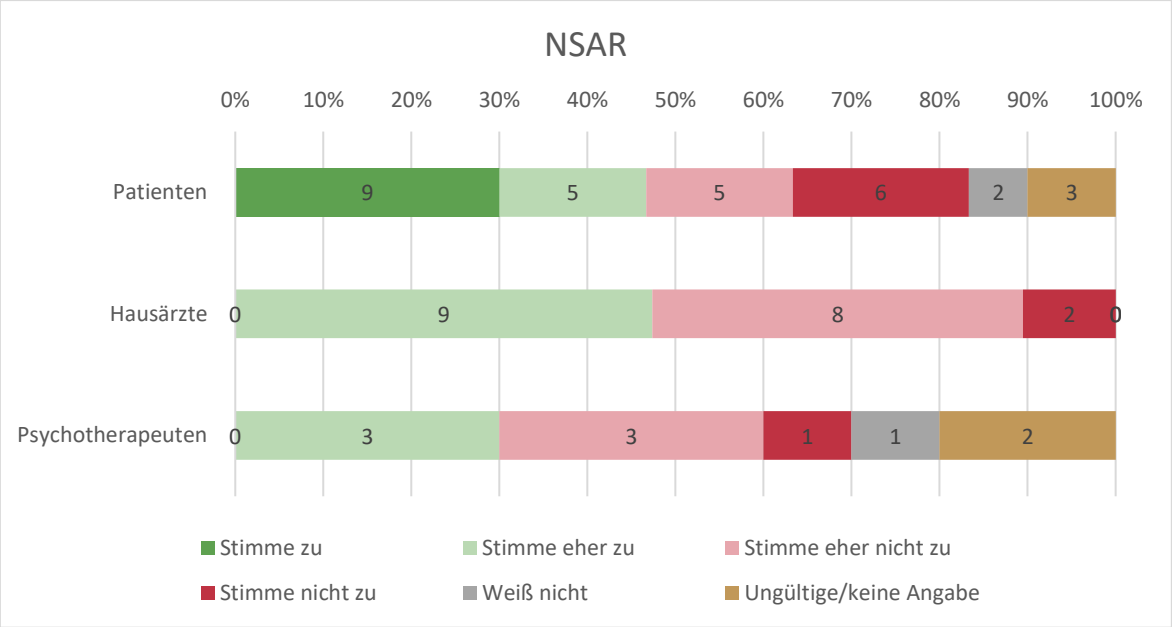

Abbildung 18: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 11: „Eine medikamentöse Behandlung mit Analgetika (NSAR) ist sinnvoll“

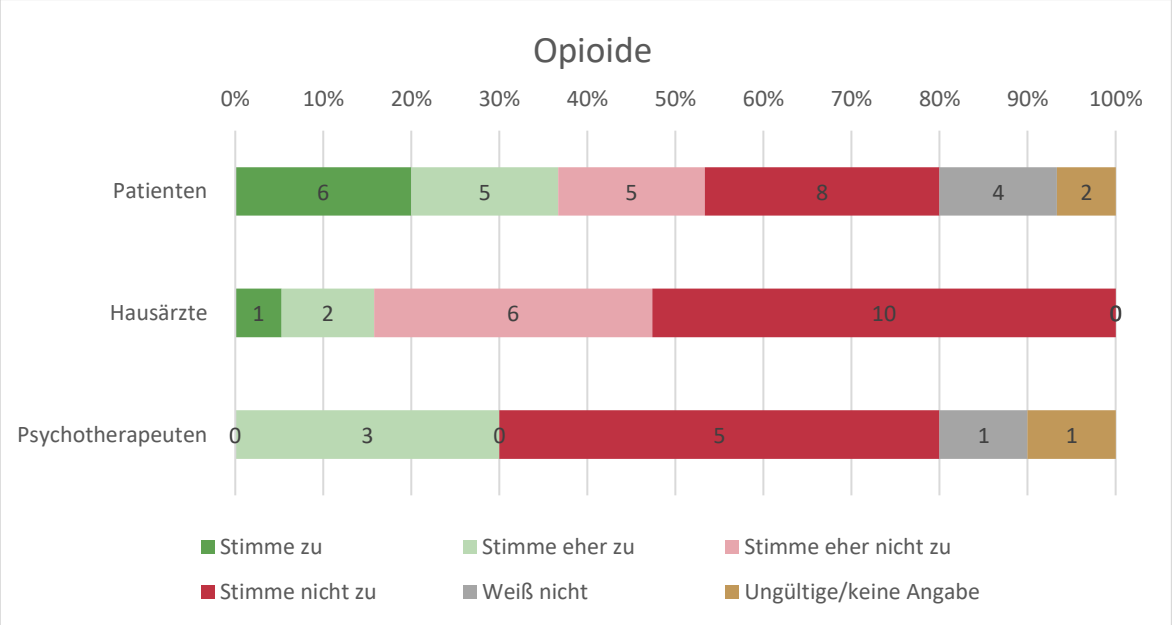

Abbildung 19: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 12: „Eine medikamentöse Behandlung mit Opioiden ist sinnvoll“

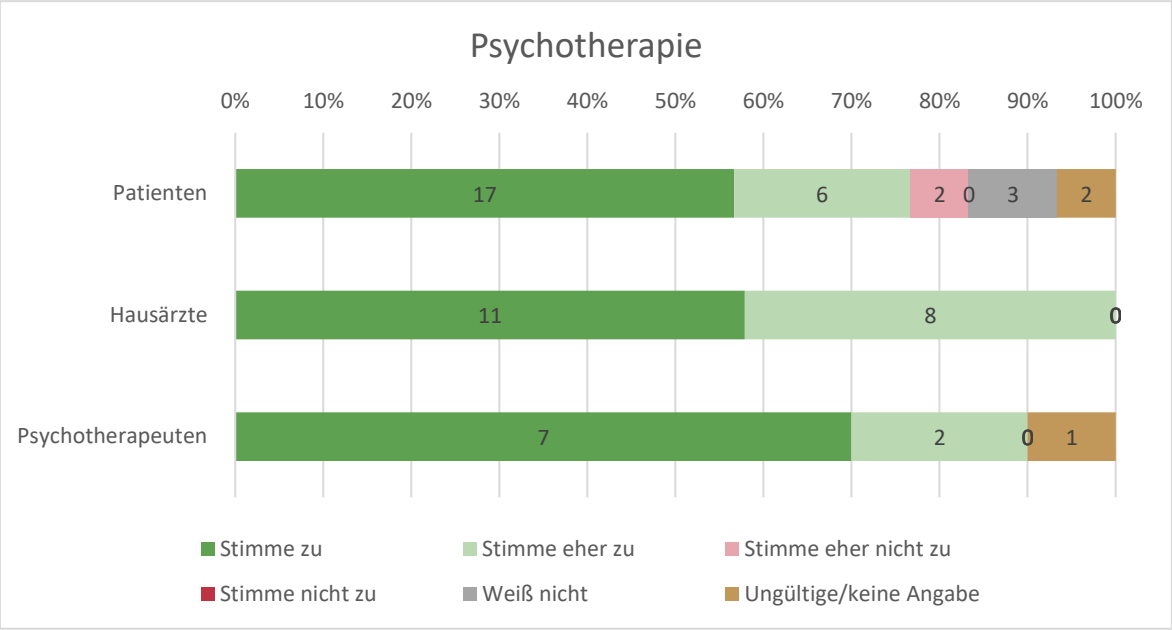

Abbildung 20: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 13: „Eine psychotherapeutische Behandlung ist sinnvoll“

3.2.4. Ätiologische Faktoren

Im letzten Teil der gemeinsamen Fragen wurden die drei Gruppen zu den ätiologischen Faktoren von CWP/FMS befragt. Hier ging es vor allem um Erfahrungen in Kindheit und Jugend – gefragt wurde nach Vernachlässigung, körperlicher Traumatisierung und sexueller Misshandlung sowie nach der Schwierigkeit, Emotionen auszudrücken (Alexithymie).

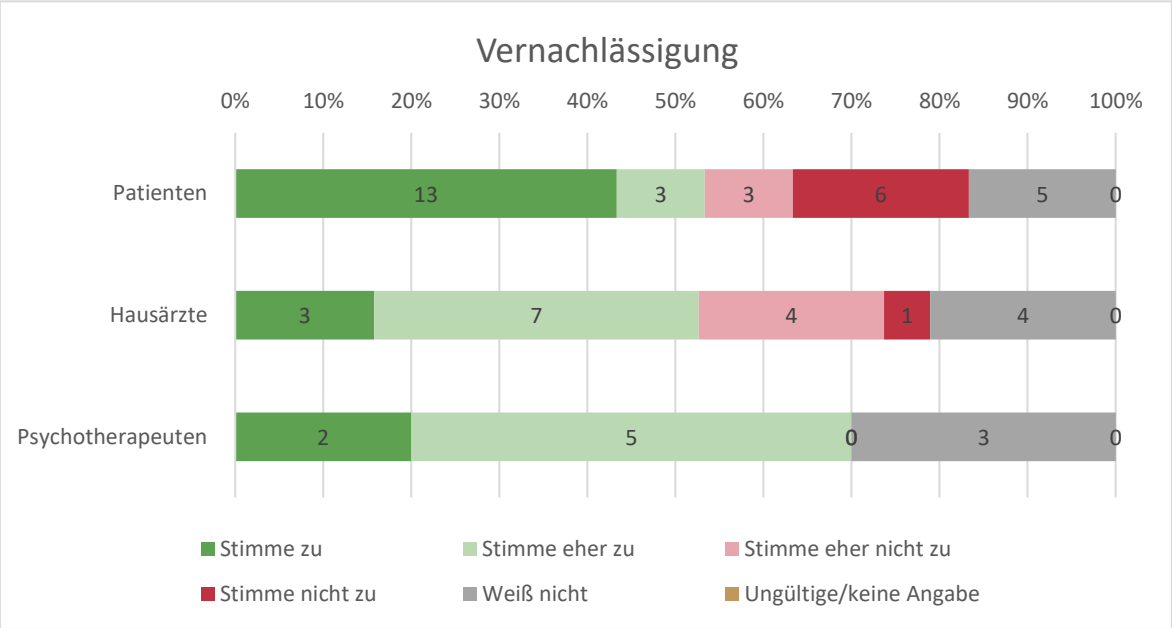

Abbildung 21: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 14: „Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung chronischer Schmerzen.

Die Zustimmung zu den ätiologischen Faktoren „Vernachlässigung“ und „körperliche Traumatisierung“ war mäßig ausgeprägt bei den Hausärzten. Etwas stärker fiel sie bei den Patienten aus, während die Zustimmung der Psychotherapeuten am größten war. Einige Patienten lehnten Vernachlässigung und körperliche Traumatisierung als ursächlichen Faktor aber auch explizit ab, während dies bei den Psychotherapeuten kaum der Fall war. Insgesamt fand Vernachlässigung in Kindheit und Jugend etwas mehr Zustimmung als körperliche Traumatisierung (Abb. 21 und 22).

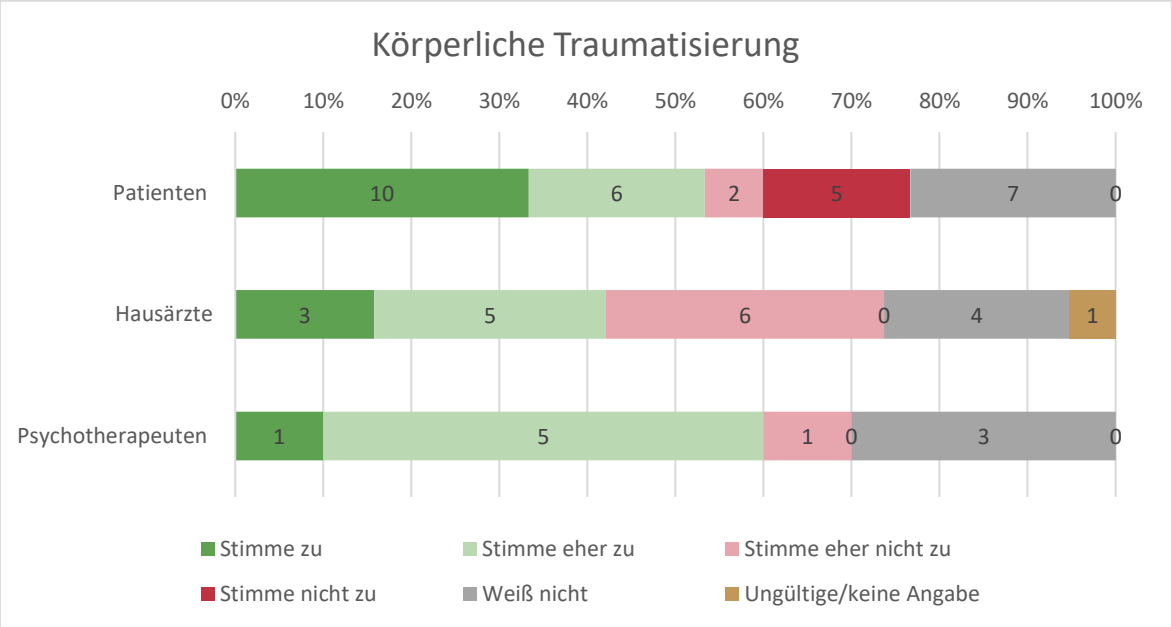

Abbildung 22: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 15: „Körperliche Traumatisierung in Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung chronischer Schmerzen."

Bei der Frage nach sexueller Misshandlung gab es mehr Teilnehmer aus allen Gruppen als bei allen anderen Fragen, die sich für „Weiß nicht" entschieden. Insbesondere bei den Patienten gab es hier eine deutlich größere Gruppe, die „Weiß nicht" ankreuzte, als bei allen anderen Fragen. Außerdem gab es bei den Patienten eine relativ große Gruppe, die die Aussage völlig ablehnte (Abbildung 23). Die Hausärzte stimmten hier noch am ehesten zu, während die Psychotherapeuten mäßig zustimmten.

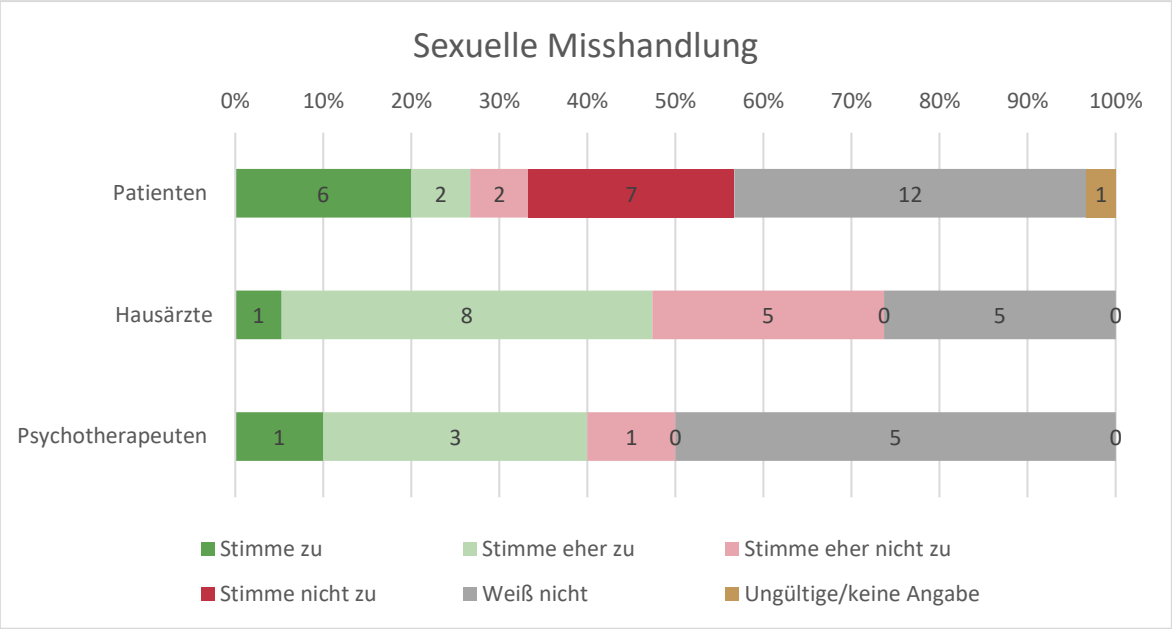

Abbildung 23: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 16: „Sexuelle Misshandlung in Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung chronischer Schmerzen.“

Über alle Stichproben hinweg erfuhr die Aussage, dass Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen und/oder auszudrücken ursächlich sind, eine große Zustimmung und wenig Ablehnung (Abb. 24).

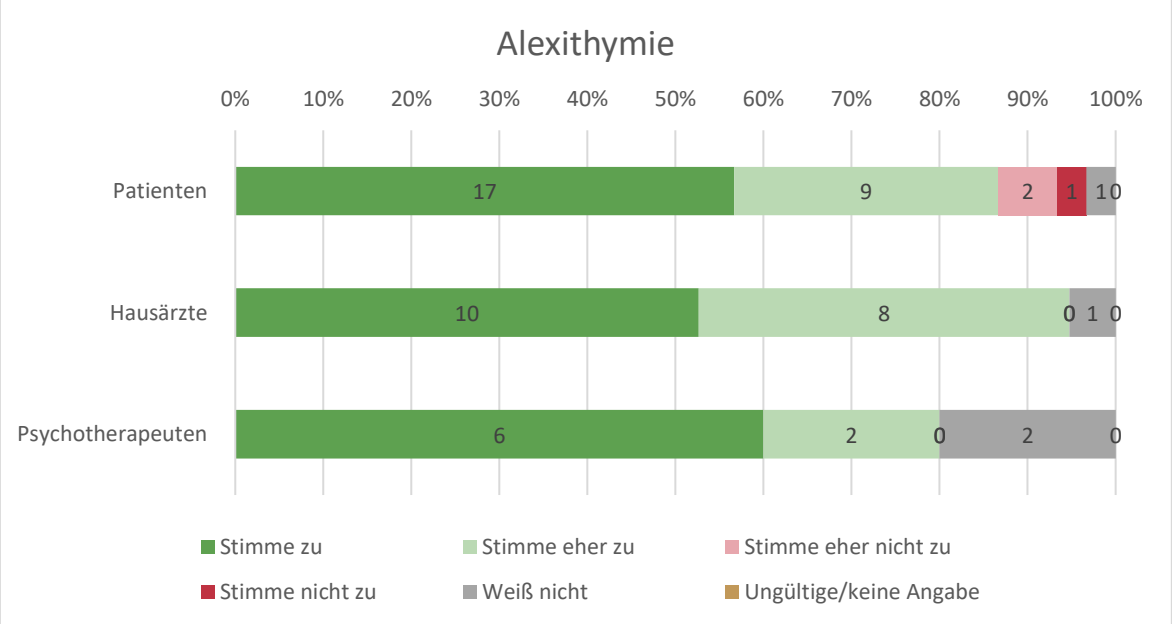

Abbildung 24: Patienten, n=30; Hausärzte, n=19, Psychotherapeuten, n=10; Frage 17: „Inwiefern stimmen Sie zu, dass die Schwierigkeit, Emotionen wie Ärger, Wut, Trauer und Angst wahrzunehmen und/oder auszudrücken eine große Rolle spielt bei der Entstehung chronischer Schmerzen?

3.2.5. Psychotherapie

Im Schlussteil beantworteten die drei Gruppen individuelle Fragen zum Thema Psychotherapie. So berichtete ein sehr großer Teil der Patienten (73,3 %), dass sie eine ambulante Psychotherapie wahrgenommen hätten. Die restlichen Patienten hatten scheinbar nur zur Hälfte freiwillig auf eine Therapie verzichtet, denn 50 % gaben an, keinen Therapeuten gefunden zu haben (beides Abb. 25).

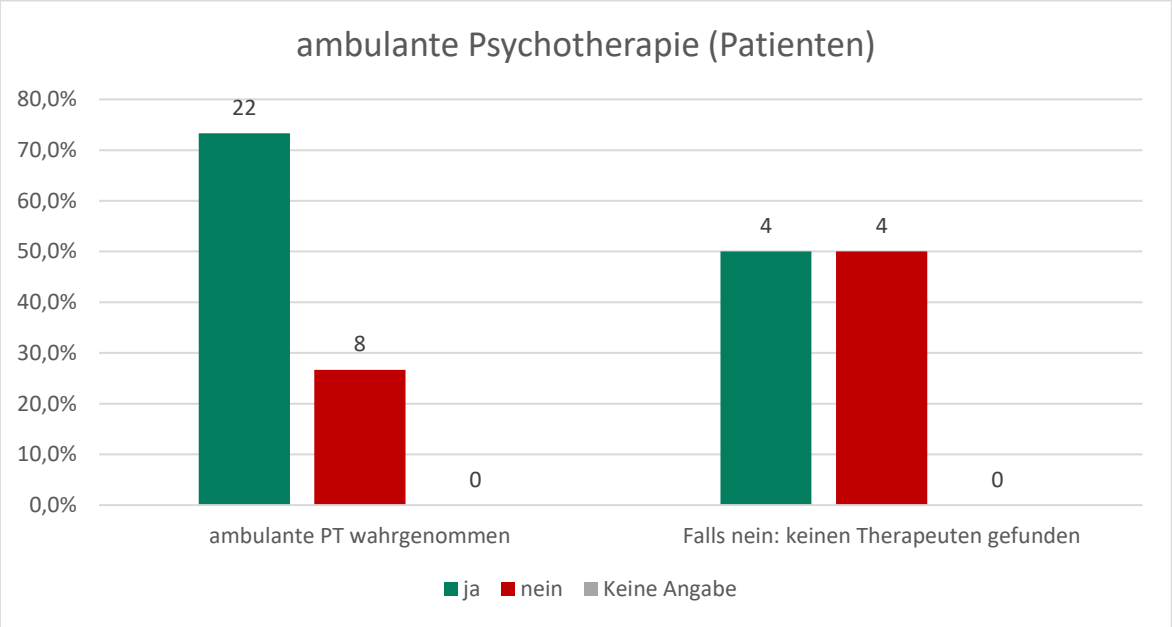

Abbildung 25: Patienten, n=30, Frage 18: „Ich habe eine ambulante psychotherapeutische Behandlung wahrgenommen“ und n=8, Frage 19: „Falls nein: Ich habe keine ambulante Psychotherapie machen können, da ich keinen Therapeuten gefunden habe“

Die Patienten wurden außerdem gefragt, ob sie eine stationäre Psychotherapie wahrgenommen hätten (Abb. 26). Schließlich sollten die Patienten angeben, ob sich die Schmerzen durch die Therapie, ambulant oder stationär, gebessert hätten (Abb. 27). Hier waren die Angaben gemischt, obwohl viele Patienten im mittleren Fragenteil angaben, dass sie Psychotherapie für eine gute Behandlungsmethode bei FMS hielten.

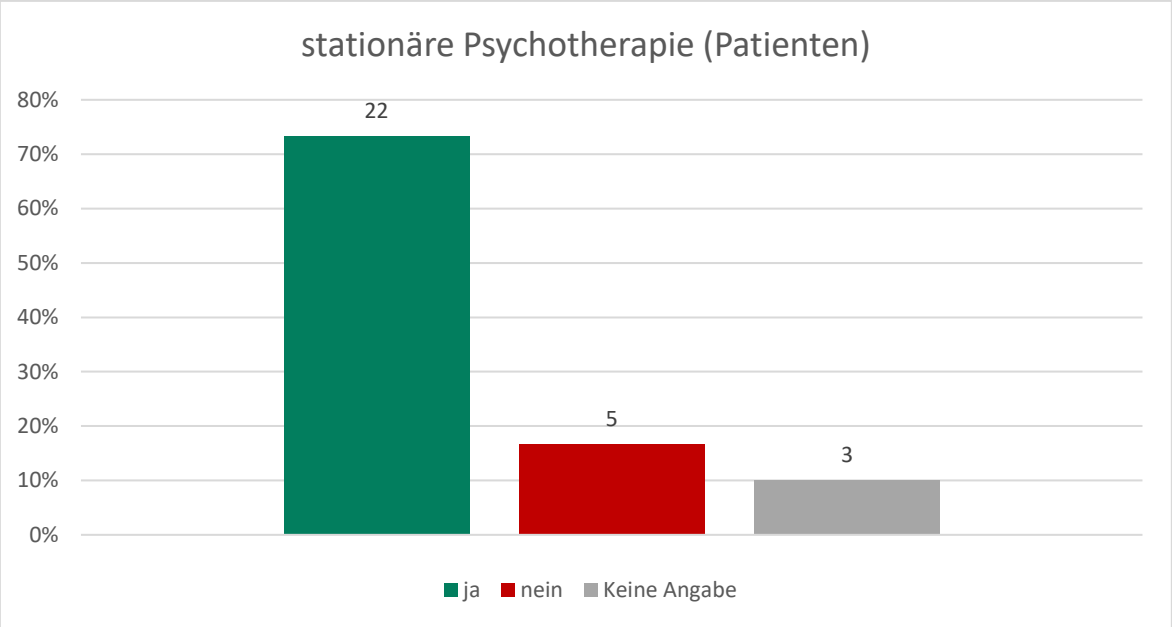

Abbildung 26: Patienten, n=30, Frage 20: „Ich habe eine stationäre Psychotherapie wahrgenommen.“

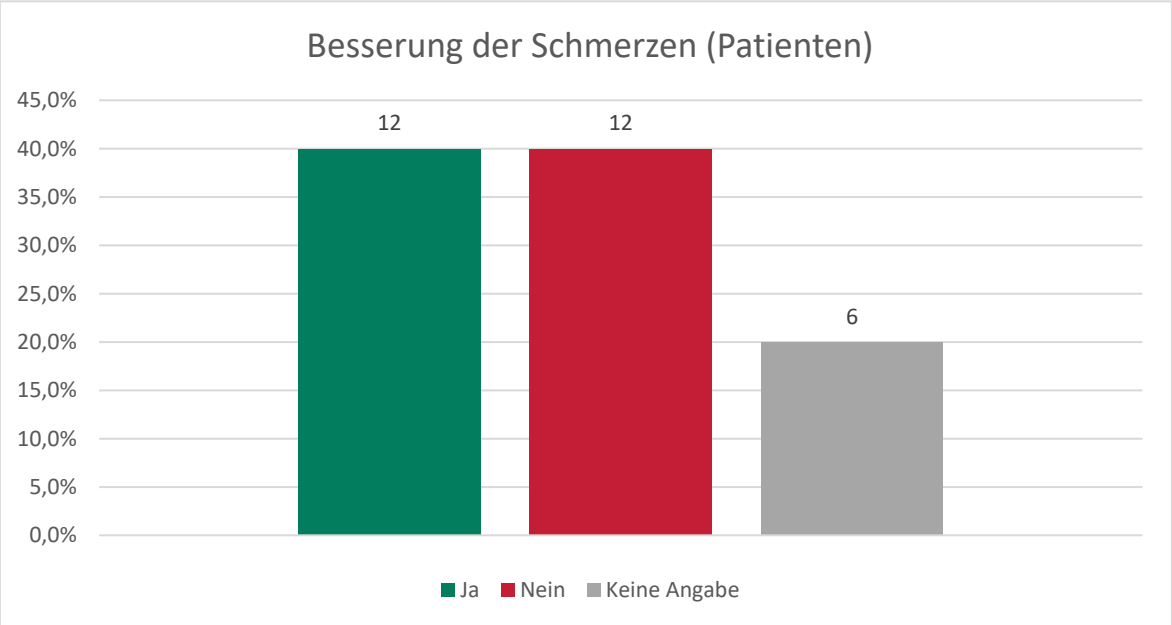

Abbildung 27*: Patienten, n=30, Frage 21: „Haben sich Ihre Schmerzen durch die ambulante oder stationäre Psychotherapie gebessert?“*

Im Schlussteil des Hausärzte-Fragebogens wurden ebenfalls Fragen zur Psychotherapie gestellt. Hier wurde abgefragt, ob die Hausärzte ihre FMS-Patienten zu einer ambulanten Psychotherapie überweisen, und ob ambulante oder stationäre Psychotherapie ihrer Meinung nach zu einer Besserung der Schmerzen beiträgt (Abb. 28). Fast 90 % der Hausärzte gab an, ihre FMS-Patienten zu einer ambulanten Psychotherapie zu überweisen. Fast ebenso deutlich war die Mehrheit der Meinung, dass ambulante Psychotherapie zu einer Besserung der Schmerzen führt. Bei Besserung durch stationäre Psychotherapie war die Zustimmung ebenfalls groß.

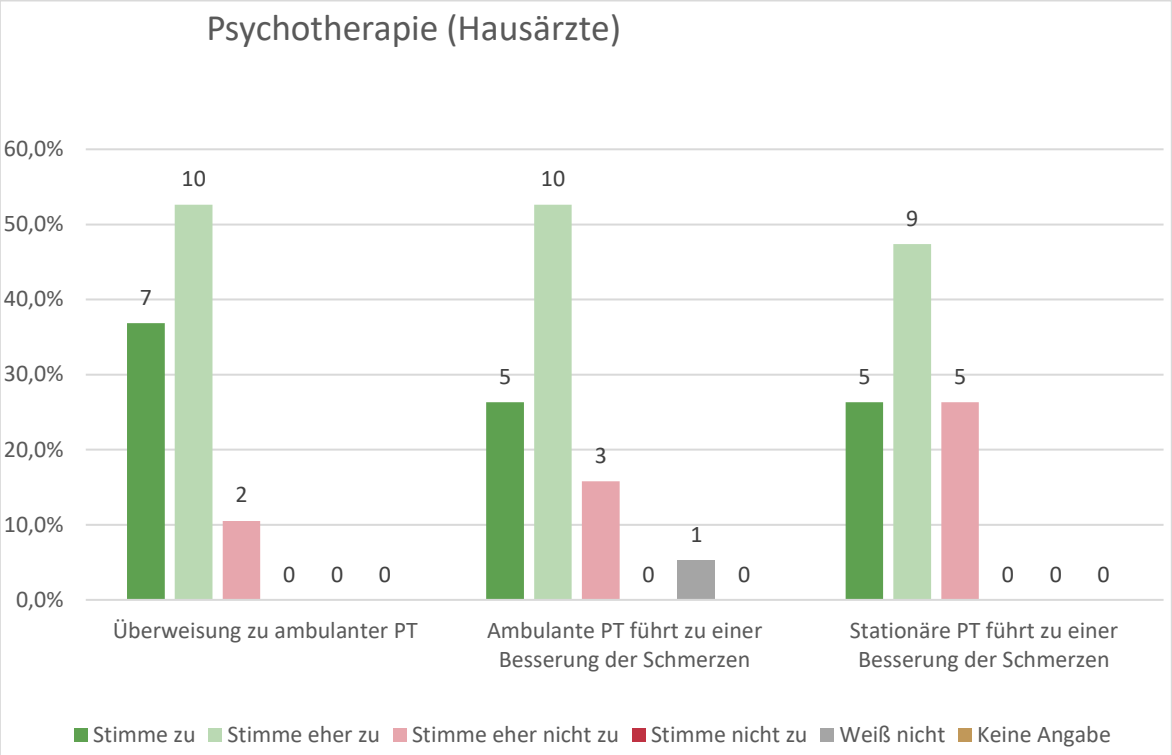

Abbildung 28: Hausärzte, n=19, Frage 18: „Ich überweise meine Patienten mit Fibromyalgiesyndrom bzw. chronischen ausgedehnten Schmerzen in der Regel zu ambulanten Psychotherapeuten“, Frage 19: „Eine ambulante Psychotherapie führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei diesen Patienten“, und Frage 20: „Eine stationäre Psychotherapie (Psychosomatische Klinik- oder Rehabehandlung) führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei den Patienten“

Die Psychotherapeuten wurden im Schlussteil gefragt, ob sie die FMS-Patienten in einer ambulanten Psychotherapie behandelten (Abb. 29), was 80 % bejahten.

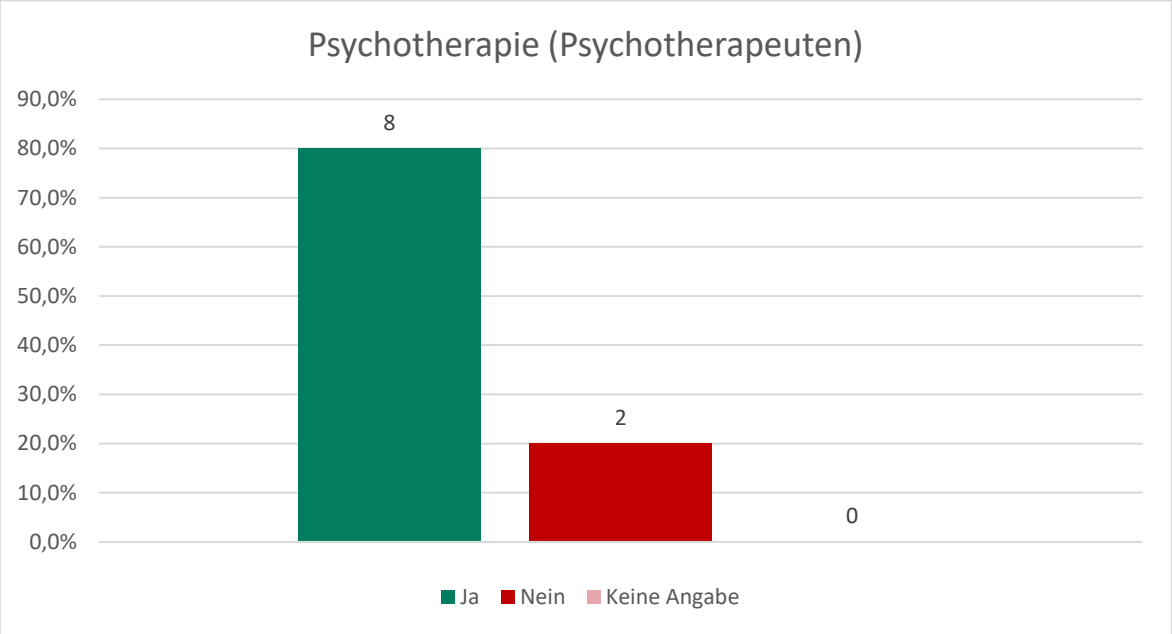

Abbildung 29: Psychotherapeuten, n=10, Frage 18: „Ich behandle meine Patienten in einer ambulanten Psychotherapie wegen Fibromyalgiesyndrom bzw. chronischen ausgedehnten Schmerzen“

Zuletzt wurden die Psychotherapeuten gefragt, ob sie der Meinung seien, dass ambulante bzw. stationäre Psychotherapie zu einer Besserung der Schmerzen führt (Abb. 30). Während die Zustimmung bei der ambulanten Psychotherapie recht groß war, war die Zustimmung bei der stationären Therapie etwas geringer, dafür eindeutiger.

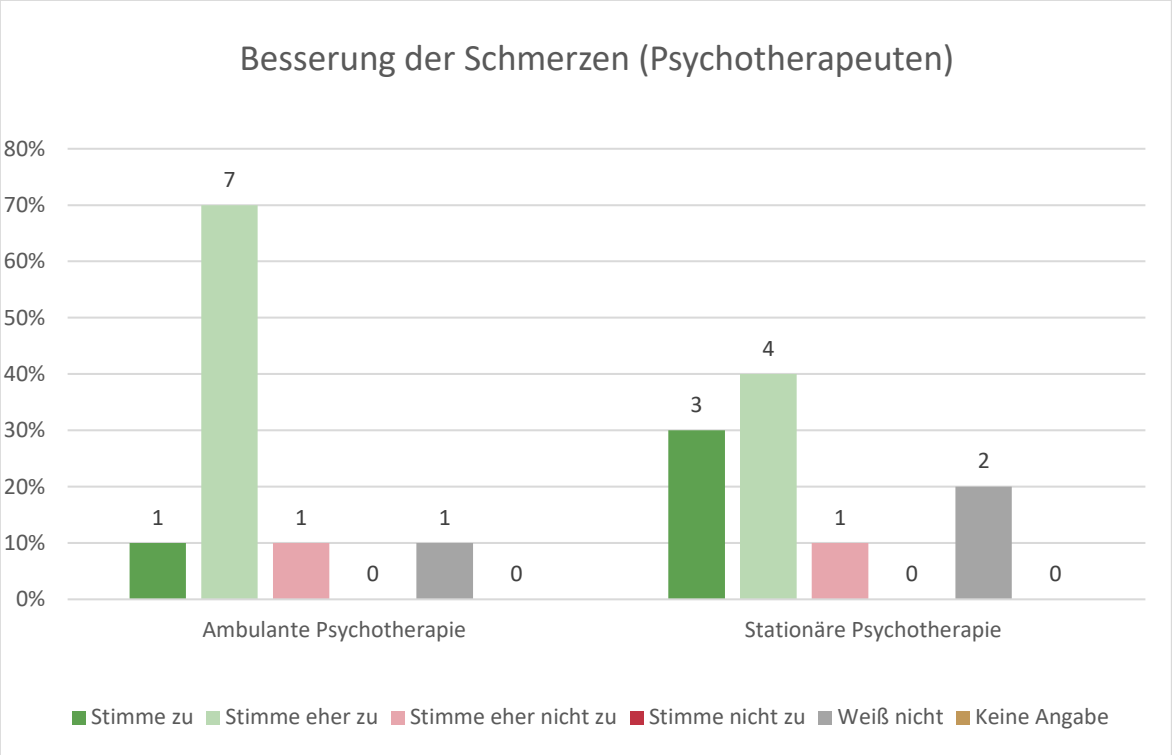

Abbildung 30: Psychotherapeuten, n=10, Frage 19: „Eine ambulante Psychotherapie führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei diesen Patienten“ und Frage 20 „Eine stationäre Psychotherapie führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei diesen Patienten“

3.3. Assoziationen

Analysiert wurden die Assoziationen zwischen Angabe der Ursache (körperlich, psychisch, psychosomatisch) und präferierter Behandlungsverfahren, ätiologischer Faktoren sowie erfolgter/veranlasster Psychotherapie. Aufgrund der geringen Fallzahlen erfolgte eine rein explorative, hypothesengenerierende Analyse.

Im Folgenden sind die einzelnen Analysen dargestellt, jeweils als Kreuztabellen mit Angabe der durch den Exakten Test nach Fisher errechneten p-Werte unter Annahme eines Signifikanzniveaus von $p < 0,05$, wobei aufgrund der geringen Stichprobengröße keine strikte Abgrenzung bei 0,05 erfolgte, sondern die Größenordnung in Zusammenschau mit den Kreuztabellen in einigen Fällen als Trend gewertet wurde, wenn das Signifikanzniveau knapp verpasst wurde. Die Tabellen sind in den Abbildungen 30 - 37 auf den folgenden Seiten dargestellt.

Einzelne mögliche positive Assoziationen bestanden bei den Patienten zwischen einem körperlichen Krankheitsmodell und dem Wunsch nach orthopädischer Behandlung, einem psychischem bzw. psychosomatischen Krankheitsmodell und Psychotherapie. Außerdem bestand bei den Patienten eine positive Assoziation zwischen einem psychosomatischen Krankheitsmodell und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend als ätiologischem Faktor. Es bestand darüber hinaus eine positive Assoziation zwischen einem körperlichen Krankheitsmodell und wahrgenommener stationärer Psychotherapie, sowie zwischen einem psychosomatischen Krankheitsmodell und stattgehabter ambulanter sowie stationärer Psychotherapie.

Bei den Hausärzten bestand eine mögliche positive Assoziation zwischen einem körperlichen Krankheitsmodell und rheumatologischer Behandlung, sowie zwischen einem psychischen Krankheitsmodell und Psychopharmaka. Zudem gab es Hinweise auf eine positive Assoziation zwischen einem psychischen Krankheitsmodell und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend als ätiologischem Faktor, sowie zur Überweisung zu einer ambulanten Psychotherapie.

Bei den Psychotherapeuten waren aufgrund der kleinen Stichprobe viele Angaben bei allen Teilnehmern der Studie konstant, weshalb hier in vielen Fällen leider keine Berechnung mittels Exaktem Test nach Fisher erfolgen konnte.

3.3.1. Patienten – Behandlungspräferenzen

Tabelle 1: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x3 und 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a) Lifestyleänderung

körperl. Ursache	1	4	∑
0	0	3	3
1	1	4	5
4	3	17	20
∑	4	24	28
	p-Wert: 1,0		

b) Physiotherapie

körperl. Ursache	0	1	4	∑
1	0	1	2	3
4	3	4	18	25
∑	3	5	20	28
	p-Wert: 0,65			

c) Orthopädie

körperl. Ursache	0	1	4	∑
0	2	0	1	3
1	1	3	3	7
4	0	2	16	18
∑	3	5	20	28
	p-Wert: ***0,005***			

d) Rheumatologie

körperl. Ursache	0	1	4	∑
0	0	1	3	4
1	0	2	6	8
4	2	2	11	15
∑	2	5	20	27
	p-Wert: 0,78			

e) Psychopharmaka

körperl. Ursache	0	1	4	∑
0	0	2	1	3
1	1	3	1	5
4	3	6	11	20
∑	4	11	13	28
	p-Wert: 0,57			

f) NSAR

körperl. Ursache	0	1	4	∑
0	2	3	0	5
1	8	9	2	19
4	0	1	0	1
∑	10	13	2	25
	p-Wert: 1,0			

g) Opioide

körperl. Ursache	0	1	4	∑
0	1	0	1	2
1	1	3	1	5
4	2	9	8	19
∑	4	12	10	26
	p-Wert: 0,34			

h) Psychotherapie

körperl. Ursache	0	1	4	∑
0	1	0	1	2
1	1	0	4	5
4	1	2	16	19
∑	3	2	21	26
	p-Wert: 0,23			

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und orthopädischer Behandlung.

Tabelle 2: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x3 und 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Lifestyleänderung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	1	2	4
	4	0	6	15	21
	∑	1	7	17	25
		p-Wert: 0,21			

b)

		Physiotherapie		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**0**	1	0	1
	1	1	6	7
	4	1	16	17
	∑	3	22	25
		p-Wert: 0,08		

c)

		Orthopädie			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	0	0	1	1
	1	2	2	3	7
psych. Ursache	**4**	1	4	12	17
	∑	3	6	16	25
		p-Wert: 0,42			

d)

		Rheumatologie			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	0	1	0	1
	1	2	0	4	6
psych. Ursache	**4**	1	6	10	17
	∑	3	7	14	24
		p-Wert: 0,08			

e)

		Psychopharmaka			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	1	0	0	1
	1	0	5	2	7
psych. Ursache	**4**	2	6	9	17
	∑	3	11	11	25
		p-Wert: 0,09			

f)

		NSAR			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	0	1	0	1
	1	0	3	2	5
psych. Ursache	**4**	1	6	10	17
	∑	1	10	12	23
		p-Wert: 0,59			

g)

		Opioide			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	0	1	0	1
	1	1	3	2	6
psych. Ursache	**4**	2	8	7	17
	∑	3	12	9	24
		p-Wert: 1,0			

h)

		Psychotherapie			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	1	0	0	1
	1	2	1	2	5
psych. Ursache	**4**	0	1	16	17
	∑	3	2	18	23
		p-Wert: ***0,003***			

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Psychotherapie. Die p-Werte für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Psychopharmaka sowie rheumatologischer Behandlung und Physiotherapie verpassten das Signifikanzniveau, lagen aber in einer ähnlichen Größenordnung.

Tabelle 3: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x3 und 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a) Lifestyleänderung

psychosomat. Ursache	1	4	∑
0	1	2	3
1	0	4	4
4	3	20	23
∑	4	26	30

p-Wert: 0,42

b) Physiotherapie

psychosomat. Ursache	1	4	∑
0	1	2	3
1	0	4	4
4	2	21	23
∑	3	27	30

p-Wert: 0,31

c) Orthopädie

psychosomat. Ursache	0	1	4	∑
0	1	0	2	3
1	2	0	2	4
4	1	7	15	23
∑	4	7	19	30

p-Wert: 0,07

d) Rheumatologie

psychosomat. Ursache	0	1	4	∑
0	0	1	2	3
1	1	0	2	3
4	4	7	12	23
∑	5	8	16	29

p-Wert: 0,79

e) Psychopharmaka

psychosomat. Ursache	0	1	4	∑
0	1	1	1	3
1	1	3	0	4
4	2	7	14	23
∑	4	11	15	30

p-Wert: 0,07

f) NSAR

psychosomat. Ursache	0	1	4	∑
0	0	2	0	2
1	1	1	1	3
4	1	8	13	22
∑	2	11	14	27

p-Wert: 0,12

g) Opioide

psychosomat. Ursache	0	1	4	∑
0	1	1	1	3
1	0	3	0	3
4	3	9	10	22
∑	4	13	11	28

p-Wert: 0,34

h) Psychotherapie

psychosomat. Ursache	0	1	4	∑
0	2	0	1	3
1	0	1	2	3
4	1	1	20	22
∑	3	2	23	28

p-Wert: ***0,02***

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und Psychotherapie. Die p-Werte für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und Psychopharmaka sowie orthopädischer Behandlung verpassten das Signifikanzniveau knapp.

3.3.2. Hausärzte – Behandlungspräferenzen

Tabelle 4: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Physiotherapie		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	7	4	11
	4	2	6	8
	∑	9	10	19
		p-Wert: 0,17		

b)

		Orthopädie		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	9	1	10
	4	4	4	8
	∑	13	5	18
		p-Wert: 0,12		

c)

		Rheumatologie		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	9	2	11
	4	2	6	8
	∑	11	8	19
		p-Wert: ***0,02***		

d)

		Psychopharmaka			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	0	11	11
	4	1	2	5	8
	∑	1	2	16	19
		p-Wert: 0,06			

e)

		NSAR		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	6	5	11
	4	4	4	8
	∑	10	9	19
		p-Wert: 1,0		

f)

		Opioide		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	9	2	11
	4	7	1	8
	∑	16	3	19
		p-Wert: 1,0		

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und rheumatologischer Behandlung. Der p-Wert für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und Psychopharmaka verpasste das Signifikanzniveau knapp.

Die Assoziationen zwischen körperlicher Ursache und Lifestyle-Änderungen sowie Psychotherapie wurden nicht berechnet, da ein Exakter Test nach Fisher nicht anwendbar war, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

Tabelle 5: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Physiotherapie		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	0	4	4
	4	9	5	14
	∑	9	9	18
		p-Wert: 0,08		

b)

		Orthopädie		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	2	4
	4	11	2	13
	∑	13	4	17
		p-Wert: 0,22		

c)

		Rheumatologie		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	3	4
	4	10	4	14
	∑	11	7	18
		p-Wert: 0,25		

d)

		Psychopharmaka			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	1	2	4
	4	0	0	14	14
	∑	1	1	16	18
		p-Wert: ***0,04***			

e)

		NSAR		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	3	4
	4	8	6	14
	∑	9	9	18
		p-Wert: 0,58		

f)

		Opioide		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	2	4
	4	13	1	14
	∑	15	3	18
		p-Wert: 0,11		

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Psychopharmaka. Der p-Wert für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Physiotherapie verpasste das Signifikanzniveau, lag aber in einer vergleichbaren Größenordnung.

Die Assoziationen zwischen körperlicher Ursache und Lifestyle-Änderungen sowie Psychotherapie wurden nicht berechnet, da ein Exakter Test nach Fisher nicht anwendbar war, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

Tabelle 6: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Physiotherapie		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	1
	4	9	8	17
	∑	9	9	18
		p-Wert: 1,0		

b)

		Orthopädie		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	1
	4	13	3	16
	∑	13	4	17
		p-Wert: 0,24		

c)

		Rheumatologie		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	1
	4	11	6	17
	∑	11	7	18
		p-Wert: 0,39		

d)

		Psychopharmaka			
		0	**1**	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	0	1
	4	1	0	16	17
	∑	1	1	16	18
		p-Wert: 0,06			

e)

		NSAR		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	1
	4	9	8	17
	∑	9	9	18
		p-Wert: 1,0		

f)

		Opioide		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	1	0	1
	4	14	3	17
	∑	15	3	18
		p-Wert: 1,0		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte. Der p-Wert für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und Psychopharmaka verpasste das Signifikanzniveau knapp.

Die Assoziationen zwischen körperlicher Ursache und Lifestyle-Änderungen sowie Psychotherapie wurden nicht berechnet, da ein Exakter Test nach Fisher nicht anwendbar war, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

3.3.3. Psychotherapeuten – Behandlungspräferenzen

Tabelle 7: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Psychotherapeuten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a) Physiotherapie

körperl. Ursache	1	4	∑
1	1	2	3
4	2	3	5
∑	3	5	8
	p-Wert: 1,0		

b) Orthopädie

körperl. Ursache	1	4	∑
1	3	1	4
4	4	1	5
∑	7	2	9
	p-Wert: 1,0		

c) Rheumatologie

körperl. Ursache	1	4	∑
1	2	1	3
4	1	3	4
∑	3	4	7
	p-Wert: 0,49		

d) Psychopharmaka

körperl. Ursache	1	4	∑
1	1	3	4
4	3	2	5
∑	4	5	9
	p-Wert: 0,52		

e) NSAR

körperl. Ursache	1	4	∑
1	1	2	3
4	3	1	4
∑	4	3	7
	p-Wert: 0,49		

f) Opioide

körperl. Ursache	1	4	∑
1	3	1	4
4	2	2	4
∑	5	3	8
	p-Wert: 1,0		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Die Assoziationen zwischen körperlicher Ursache und Lifestyle-Änderungen sowie Psychotherapie wurden nicht berechnet, da ein Exakter Test nach Fisher nicht anwendbar war, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

Tabelle 8: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Behandlungsverfahren in der Gruppe der Psychotherapeuten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a) Physiotherapie

psych. Ursache	1	4	∑
1	1	2	3
4	1	3	4
∑	2	5	7
	p-Wert: 1,0		

b) Orthopädie

psych. Ursache	1	4	∑
1	2	0	2
4	5	1	6
∑	7	1	8
	p-Wert: 1,0		

c) Rheumatologie

psych. Ursache	1	4	∑
1	1	1	2
4	2	2	4
∑	3	3	6
	p-Wert: 1,0		

d) Psychopharmaka

psych. Ursache	1	4	∑
1	2	1	3
4	2	3	5
∑	4	4	8
	p-Wert: 1,0		

e) NSAR

psych. Ursache	1	4	∑
1	2	0	2
4	1	3	4
∑	3	3	6
	p-Wert: 0,4		

f) Opioide

psych. Ursache	1	4	∑
1	0	2	2
4	4	1	5
∑	4	3	7
	p-Wert: 0,14		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Die Assoziationen zwischen körperlicher Ursache und Lifestyle-Änderungen sowie Psychotherapie wurden nicht berechnet, da ein Exakter Test nach Fisher nicht anwendbar war, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

Die Assoziationen zwischen psychosomatischer Ursache und den Behandlungspräferenzen wurden ebenfalls nicht berechnet, da ein Exakter Test nach Fisher nicht anwendbar war, da in jedem Fall eine der beiden Variablen eine Konstante war.

3.3.4. Patienten – ätiologische Faktoren

Tabelle 9: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Vernachlässigung			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**0**	1	1	1	3
	1	1	2	2	5
	4	2	5	13	20
	∑	4	8	16	28
		p-Wert: 0,47			

b)

		körperl. Traumatisierung			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**0**	1	1	1	3
	1	2	2	1	5
	4	3	3	14	20
	∑	6	6	16	28
		p-Wert: 0,13			

c)

		sexuelle Misshandlung			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**0**	1	1	1	3
	1	3	2	0	5
	4	7	5	7	19
	∑	11	8	8	27
		p-Wert: 0,62			

d)

		Emotionen			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**0**	0	2	1	3
	1	0	0	5	5
	4	1	1	18	20
	∑	1	3	24	28
		p-Wert: 0,06			

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte. Der p-Wert für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und Alexithymie verpasste das Signifikanzniveau knapp.

Tabelle 10: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Vernachlässigung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**0**	0	0	1	1
	1	2	4	1	7
	4	2	4	11	17
	∑	4	8	13	25
		p-Wert: 0,11			

b)

		körperl. Traumatisierung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**0**	0	0	1	1
	1	1	4	2	7
	4	5	2	10	17
	∑	6	6	13	25
		p-Wert: 0,14			

c)

		sexuelle Misshandlung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**0**	0	0	1	1
	1	3	4	0	7
	4	7	4	5	16
	∑	10	8	6	24
		p-Wert: 0,15			

d)

		Emotionen			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**0**	0	0	1	1
	1	0	1	6	7
	4	1	2	14	17
	∑	1	3	21	25
		p-Wert: 1,0			

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Tabelle 11: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)		**Vernachlässigung**			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	1	1	1	3
psycho-	**1**	2	2	0	4
somat.	**4**	2	6	15	23
Ursache	**∑**	5	9	16	30
		p-Wert: ***0,03***			

b)		**körperl. Traumatisierung**			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	2	0	1	3
psycho-	**1**	1	2	1	4
somat.	**4**	4	5	14	23
Ursache	**∑**	7	7	16	30
		p-Wert: 0,19			

c)		**sexuelle Misshandlung**			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	2	0	1	3
psycho-	**1**	1	2	0	3
somat.	**4**	9	7	7	23
Ursache	**∑**	12	9	8	29
		p-Wert: 0,61			

d)		**Emotionen**			
		0	**1**	**4**	**∑**
	0	0	0	3	3
psycho-	**1**	1	1	2	4
somat.	**4**	0	2	21	23
Ursache	**∑**	1	3	26	30
		p-Wert: 0,09			

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend.

3.3.5. Hausärzte – ätiologische Faktoren

Tabelle 12: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Vernachlässigung			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	2	3	6	11
	4	2	2	4	8
	∑	4	5	10	19
		p-Wert: 1,0			

b)

		körperl. Traumatisierung			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	2	3	6	11
	4	2	3	2	7
	∑	4	6	8	18
		p-Wert: 0,57			

c)

		sexuelle Misshandlung			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	3	1	7	11
	4	2	4	2	8
	∑	5	5	9	19
		p-Wert: 0,12			

d)

		Emotionen		
		0	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	11	11
	4	1	7	8
	∑	1	18	19
		p-Wert: 0,42		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Tabelle 13: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Vernachlässigung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	2	0	4
	4	2	3	9	14
	∑	4	5	9	18
		p-Wert: ***0,05***			

b)

		körperl. Traumatisierung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	2	0	4
	4	2	4	8	14
	∑	4	6	8	18
		p-Wert: 0,10			

c)

		sexuelle Misshandlung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	1	1	4
	4	3	3	8	14
	∑	5	4	9	18
		p-Wert: 0,63			

d)

		Emotionen		
		0	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	3	4
	4	0	14	14
	∑	1	17	18
		p-Wert: 0,22		

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend.

Tabelle 14: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Vernachlässigung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	1	0	0	1
	4	3	5	9	17
	∑	4	5	9	18
		p-Wert: 0,22			

b)

		körperl. Traumatisierung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	1	0	0	1
	4	3	6	8	17
	∑	4	6	8	18
		p-Wert: 0,22			

c)

		sexuelle Misshandlung			
		0	**1**	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	1	0	0	1
	4	4	4	9	17
	∑	5	4	9	18
		p-Wert: 0,50			

d)

		Emotionen		
		0	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	1
	4	1	16	17
	∑	1	17	18
		p-Wert: 1,0		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

3.3.6. Psychotherapeuten – ätiologische Faktoren

Tabelle 15: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und ätiologischen Faktoren in der Gruppe der Psychotherapeuten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		körperl. Traumatisierung		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	4	4
	4	1	2	3
	∑	1	6	7
		p-Wert: 0,43		

b)

		sexuelle Misshandlung		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	1	3	4
	4	0	1	1
	∑	1	4	5
		p-Wert: 1,0		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Eine Berechnung von körperlicher Ursache/Vernachlässigung sowie körperlicher Ursache/Schwierigkeiten, Emotionen auszudrücken konnte nicht stattfinden, da eine der beiden Variablen jeweils eine Konstante war.

Aus denselben Gründen konnte keine Berechnung von ätiologischen Faktoren und psychischer/psychosomatischer Ursache erfolgen.

3.3.7. Patienten – Psychotherapie

Tabelle 16: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x3 und 3x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher, psychosomatischer sowie psychischer Ursache und der Behandlung mit Psychotherapie in der Gruppe der Patienten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		ambulante Therapie wahrgenommen		
		0	**1**	**∑**
körperl. Ursache	**0**	2	1	3
	1	3	1	4
	4	3	20	23
	∑	8	22	30
		p-Wert: 0,08		

b)

		stationäre Therapie wahrgenommen		
		0	**1**	**∑**
körperl. Ursache	**0**	2	0	2
	1	0	5	5
	4	3	15	18
	∑	5	20	25
		p-Wert: ***0,04***		

c)

		ambulante Therapie wahrgenommen		
		0	**1**	**∑**
psych. Ursache	**0**	0	1	1
	1	3	4	7
	4	4	13	17
	∑	7	18	25
		p-Wert: 0,55		

d)

		stationäre Therapie wahrgenommen		
		0	**1**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	4	6
	4	3	14	17
	∑	5	18	23
		p-Wert: 0,58		

e)

		ambulante Therapie wahrgenommen		
		0	**1**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**0**	2	1	3
	1	3	1	4
	4	3	20	23
	∑	8	22	30
		p-Wert: ***0,01***		

f)

		stationäre Therapie wahrgenommen		
		0	**1**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**0**	1	0	1
	1	2	2	4
	4	2	20	22
	∑	5	22	27
		p-Wert: ***0,03***		

Es ergaben sich signifikante p-Werte für die Assoziationen zwischen körperlicher Ursache und wahrgenommener stationärer Psychotherapie und zwischen psychosomatischer Ursache und wahrgenommener ambulanter Psychotherapie sowie wahrgenommener stationärer Psychotherapie. Der p-Wert für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und ambulanter Psychotherapie verpasste das Signifikanzniveau, lag aber in einer vergleichbaren Größenordnung.

3.3.8. Hausärzte – Psychotherapie

Tabelle 17: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und der Überweisung zu Psychotherapie in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Überweisung zu Psychotherapie?		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	11	11
	4	2	6	8
	∑	2	17	19
		p-Wert: 0,16		

b)

		Besserung durch ambulante Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	3	8	11
	4	1	0	7	8
	∑	1	3	15	19
		p-Wert: 0,14			

c)

		Besserung durch stationäre Therapie?		
		1	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	4	7	11
	4	1	7	8
	∑	5	14	19
		p-Wert: 0,34		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Tabelle 18: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und der Überweisung zu Psychotherapie in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Überweisung zu Psychotherapie?		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	2	4
	4	0	14	14
	∑	2	16	18
		p-Wert: ***0,04***		

b)

		Besserung durch ambulante Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	1	2	4
	4	0	2	12	14
	∑	1	3	14	18
		p-Wert: 0,11			

c)

		Besserung durch stationäre Therapie?		
		1	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	2	2	4
	4	3	11	14
	∑	5	13	18
		p-Wert: 0,53		

Es ergab sich ein signifikanter p-Wert für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und Überweisung zu ambulanter Psychotherapie.

Tabelle 19: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen) für die Assoziation zwischen psychosomatischer Ursache und der Überweisung zu Psychotherapie in der Gruppe der Hausärzte. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Überweisung zu Psychotherapie?		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	1	0	1
	4	1	16	17
	∑	2	16	18
		p-Wert: 0,11		

b)

		Besserung durch ambulante Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	0	1	1
	4	1	3	13	17
	∑	1	3	14	18
		p-Wert: 1,0			

c)

		Besserung durch stationäre Therapie?		
		1	**4**	**∑**
psycho-somat. Ursache	**1**	0	1	1
	4	5	12	17
	∑	5	13	18
		p-Wert: 1,0		

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

3.3.9. Psychotherapeuten – Psychotherapie

Tabelle 20: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und der Behandlung mit Psychotherapie in der Gruppe der Psychotherapeuten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Behandlung mit Psychotherapie?		
		0	**1**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	4	4
	4	2	4	6
	∑	2	8	10
		p-Wert: 0,47		

b)

		Besserung durch ambulante Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	0	4	4
	4	1	1	4	6
	∑	1	1	8	10
		p-Wert: 1,0			

c)

		Besserung durch stationäre Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
körperl. Ursache	**1**	0	0	4	4
	4	2	1	3	6
	∑	2	1	7	10
		p-Wert: 0,30			

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Tabelle 21: Dargestellt sind die Kreuztabellen der Exakten Tests nach Fisher (zweiseitig; 2x2 und 2x3 Kreuztabellen für die Assoziation zwischen psychischer Ursache und der Behandlung mit Psychotherapie in der Gruppe der Psychotherapeuten. Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Berechnungen zusammengefasst ("Stimme eher nicht zu + Stimme nicht zu" = 1, "Stimme eher zu + Stimme zu" = 4, "Weiß nicht" = 0). Signifikante p-Werte hervorgehoben.

a)

		Behandlung mit Psychotherapie?		
		0	**1**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	2	3
	4	0	6	6
	∑	1	8	9
		p-Wert: 0,33		

b)

		Besserung durch ambulante Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	1	0	2	3
	4	0	1	5	6
	∑	1	1	7	9
		p-Wert: 0,33			

c)

		Besserung durch stationäre Therapie?			
		0	**1**	**4**	**∑**
psych. Ursache	**1**	0	0	3	3
	4	1	1	4	6
	∑	1	1	7	9
		p-Wert: 1,0			

Es ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

Eine Berechnung für psychosomatische Ursache und Behandlung mit Psychotherapie konnte nicht durchgeführt werden, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

3.3.10. p-Werte in der Übersicht

Tabelle 21: Übersicht der mittels oben gezeigter Kreuztabellen berechneten p-Werte für die Assoziationen zwischen Angabe der Ursache (körperlich, psychisch, psychosomatisch) oben und Behandlungsverfahren, ätiologischer Faktoren sowie erfolgter/veranlasster Psychotherapie links. Signifikante p-Werte hervorgehoben. „n.a." = nicht anwendbar, da eine der beiden Variablen eine Konstante war.

		Patienten			**Hausärzte**			**Psychotherapeuten**		
		körperliche Ursache	psychische Ursache	psychosomatische Ursache	körperliche Ursache	psychische Ursache	psychosomatische Ursache	körperliche Ursache	psychische Ursache	psychosomatische Ursache
relevante Behandlung	Lifestyle-Änderung	1,0	0,21	0,42	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Physiotherapie	0,65	0,08	0,31	0,17	0,08	1,0	1,0	1,0	n.a.
	orthopädische Behandlung	***0,005***	0,42	0,07	0,12	0,22	0,24	1,0	1,0	n.a.
	rheumatologische Behandlung	0,78	0,08	0,79	***0,02***	0,25	0,39	0,49	1,0	n.a.
	Psychopharmaka	0,57	0,09	0,07	0,06	***0,04***	0,06	0,52	1,0	n.a.
	NSAR	1,0	0,59	0,12	1,0	0,58	1,0	0,49	0,40	n.a.
	Opioide	0,34	1,0	0,34	1,0	0,11	1,0	1,0	0,14	n.a.
	Psychotherapie	0,23	***0,003***	***0,02***	n.a.	n.a.	n.a.	n.a	n.a.	n.a.
Wesentlich für Entstehung	Vernachlässigung	0,47	0,11	***0,03***	1,0	***0,05***	0,22	n.a.	n.a.	n.a.
	Körperl. Traumatisierung	0,13	0,14	0,19	0,57	0,10	0,22	0,43	n.a.	n.a.
	Sexuelle Misshandlung	0,62	0,15	0,61	0,12	0,63	0,50	1,0	n.a.	n.a.
	Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen/ auszudrücken	0,06	1,0	0,09	0,42	0,22	1,0	n.a.	n.a.	n.a.
Wahr-genommen	ambulante Psychotherapie	0,08	0,55	***0,01***						
	stationäre Psychotherapie	***0,04***	0,58	***0,03***						
Überwiesen/ Durchgeführt	ambulante Psychotherapie				0,16	***0,04***	0,11	0,47	0,33	n.a.
Besserung erreichbar	ambulante Psychotherapie				0,14	0,11	1,0	1,0	0,33	n.a.
	stationäre Psychotherapie				0,34	0,53	1,0	0,30	1,0	n.a.

Es ergaben sich bei den Patienten signifikante p-Werte für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und orthopädischer Behandlung, körperlicher Ursache und wahrgenommener stationärer Psychotherapie, psychischer Ursache und Psychotherapie, psychosomatischer Ursache und Psychotherapie, psychosomatischer Ursache und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend, sowie psychosomatischer Ursache und wahrgenommener ambulanter und stationärer Psychotherapie.

Bei den Hausärzten ergaben sich signifikante p-Werte für die Assoziation zwischen körperlicher Ursache und rheumatologischer Behandlung, psychischer Ursache und Psychopharmaka, psychischer Ursache und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend sowie psychischer Ursache und Überweisung zu ambulanter Psychotherapie.

Bei den Psychotherapeuten ergaben sich keine signifikanten p-Werte.

4. Diskussion

Ätiologische Faktoren und Krankheitsmodelle für CWP/FMS sind häufig untersucht worden, die Perspektive der Patienten und insbesondere der Behandler darauf dagegen nicht. Unterschiede in den Sichtweisen zwischen Behandlern und Patienten können einen Einfluss auf die Therapiewahl haben. Ein verbessertes Verständnis dieser Unterschiede und der Gemeinsamkeiten könnte helfen, die Therapie zu optimieren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.

4.1. Diagnosestellung

Wie in unserer Studie gezeigt wurde, warten die Patienten oft mehrere Jahre auf ihre Diagnose, durchschnittlich 7,65 Jahre. Dieses Problem wurde bereits von Madden & Sim (2016) beleuchtet, die hervorhoben, wie elementar die Diagnosestellung in der Krankheitsgeschichte eines CWP/FMS-Patienten ist: Der Patient hat vorher keine Erklärung für seine Symptome und spielt diese daher herunter, bis er realisiert, dass die Symptome doch ernster sind, als er sich zu Beginn eingestanden hatte. Somit kontaktieren die Patienten den Hausarzt erst an einem Punkt in ihrer Krankheitsgeschichte, an dem sie die Symptomatik nicht mehr alleine beherrschen können und Hilfe benötigen (Madden & Sim, 2016). Wenn dann keine Diagnose gestellt werden kann, bricht für den Patienten eine besonders vulnerable Phase an, in der er immer noch keine Erklärung hat, aber die Symptome inzwischen in den Vordergrund gerückt sind. Dadurch ist eine normale Teilhabe am Leben erschwert, jedoch ohne Legitimierung sich selbst und anderen gegenüber. Außerdem besteht in dieser Phase eine große Angst vor einer malignen Erkrankung (Hellström et al., 1999). Dies kann zu einem enormen Leidensdruck führen, der bei Diagnosestellung, sogar noch vor Therapiebeginn, erst einmal deutlich sinkt, wie viele Patienten in semistrukturierten Interviews in Spanien äußerten (Briones-Vozmediano et al., 2013). Auch für die Behandler in dieser Studie stellte die Diagnosestellung einen Wendepunkt dar, weil sie dann mit einer evidenzbasierten Therapie beginnen konnten. Es stellt sich also die Frage, warum dennoch häufig so spät eine Diagnosestellung und keine leitliniengerechte Therapie erfolgt. Hierzu hatten wir die Behandler gefragt, ob sie die Diagnose eines FMS in ihrer

Praxis überhaupt stellen. Zehn von 19 teilnehmenden Hausärzten (52,6 %) verneinten dies, zwei machten keine Angabe. Obwohl nur sieben der Hausärzte (36,8 %) bei dieser Frage angegeben hatten, dass sie die Diagnose in der eigenen Praxis stellen, machten mehr als sieben eine Angabe bei der zweiten Frage, nämlich wie oft pro Quartal sie FMS diagnostizieren würden (in vorgegebenen Stufen). Möglicherweise war die Fragestellung nicht präzise genug. Die Ergebnisse dieser Frage weisen jedoch darauf hin, dass die Diagnose nicht sehr häufig gestellt wird, da die Kategorien umso seltener angekreuzt wurden, je höher die Diagnosezahl war. Allerdings sind diese Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren, da wir die Größe der Allgemeinarztpraxen nicht erfasst hatten und sie somit in keinem Verhältnis stehen.

Die Psychotherapeuten gaben mehrheitlich (70 %) an, die die Diagnose FMS nicht zu stellen und zwischen ein bis fünf Patienten pro Quartal zu behandeln. Die extrem geringe Rücklaufquote bei den Psychotherapeuten außer Acht gelassen, scheinen FMS-Patienten zumindest bei den Psychotherapeuten regelmäßig vorstellig zu sein. Ein Grund für die dort seltene Diagnosestellung ist unklar. Möglich ist, dass die Psychotherapeuten stattdessen eine andere Diagnose stellen, wie beispielsweise die einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, obwohl diese Diagnose auch gleichzeitig mit einer FMS-Diagnose vergeben werden könnte. Möglich ist auch, dass die Patienten bereits mit einer FMS-Diagnose von ihrem Hausarzt überwiesen werden.

4.2. Krankheitsmodelle

Zu Beginn der Studie untersuchten wir, welchem Krankheitsmodell die drei Gruppen CWP/FMS zuordneten: körperlich, psychisch oder psychosomatisch. Die Zustimmung zu einem psychosomatischen Krankheitsmodell war in allen drei Befragungsgruppen am höchsten, bei Psychotherapeuten 100 %, bei den Hausärzten 89,5 % und bei den Patienten 76,7 %. Dennoch waren auch die Zustimmungswerte zu einem körperlichen mit 66,7 % und einem psychischen Krankheitsmodell mit 56,7 % bei den Patienten recht hoch, während sie bei den Psychotherapeuten mit jeweils 60 % etwas zurückhaltender ausfiel. Bei Häuser et al. (2006) hatten 44 % der Patienten ein körperliches, 2 % eine psychisches, 9 % kein und 45 % ein psychosomatisches Krankheitsbild angegeben. Somit wurde das psychosomatische sowie das körperliche Modell favorisiert. Bei Martinez et al. (2003)

hatte jeweils ein Viertel körperliche Gründe für den Krankheitsbeginn und Stressoren als Modulatoren angegeben, ein Viertel hatte FMS als berufsbedingt bezeichnet.

Bei den Hausärzten war dagegen die Reihenfolge eine andere. Am wenigsten stimmten sie der körperlichen Ursache zu (43,1 %), der psychischen mehr (73,7 %), am meisten der psychosomatischen (89,5 %). Die Gründe für diesen Unterschied sind nicht eindeutig. Vielleicht war der geringe Therapieerfolg mit Analgetika, der durch Hausärzte oftmals initial durchgeführt wird (Marschall et al., 2011), ausschlaggebend für diese Annahme. Die hohe Zustimmung zu einem psychischen/psychosomatischen Krankheitsmodell in den drei Gruppen könnte dadurch erklärt werden, dass die Befragung von einer neurologisch-psychiatrischen Praxis ausging und somit ein Bias vorlag. Unsere Studie konnte insgesamt wie andere Studien auch (Hellström et al., 1999, Martinez et al., 2003, Häuser et al., 2006) zeigen, dass Patienten oft ein gemischtes Krankheitsmodell haben. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass sich dieses von den Behandlern leicht unterscheidet: Die Patienten favorisierten das körperliche Krankheitsmodell neben dem psychosomatischen mehr als das psychische, wohingegen die Hausärzte das psychische präferierten. Die Psychotherapeuten befürworteten einstimmig ein psychosomatisches Krankheitsmodell und favorisierten keines der beiden anderen.

Derweil sollte auch die Tatsache betrachtet werden, dass es möglich war, sowohl eine Zustimmung zu körperlicher als auch psychischer und psychosomatischer Ursache anzugeben. Dies erfolgte regelmäßig und es wurden oft parallel mehrere Krankheitsmodelle angegeben. Insbesondere die Patienten nutzten diese Möglichkeit. Dies schlug sich in durchweg höheren Zustimmungswerten für alle Krankheitsmodelle nieder. Denkbar ist, dass manche Patienten möglicherweise zwischen der Vorstellung eines psychischen oder psychosomatischen Krankheitsmodells nicht sicher unterscheiden konnten. So könnte Patienten der Begriff sowie die Definition des Wortes „psychosomatisch“ nicht ausreichend klar sein. Aber auch die Psychotherapeuten gaben zwar insbesondere ein psychosomatisches Krankheitsmodell an, jedoch auch zu jeweils 60 % ein körperliches und psychisches. Da ein psychosomatisches Krankheitsmodell somatische und psychische Komponenten enthält, ist dies vielleicht der Grund für diese Angaben.

4.3. Behandlungspräferenzen

Als Nächstes untersuchten wir, welche Behandlungsmethoden die drei Gruppen als hilfreich betrachteten. Alle Gruppen empfanden eine Lifestyle-Änderung als sinnvoll. Dass vermehrte körperliche Aktivität die Symptomatik von FMS verbessern kann, zeigte auch eine Studie von Fontaine & Haaz (2007). Ebenso kam ein Review von van Hecke et al. (2013) zu dem Schluss, dass Lifestyleänderungen wirksam sind, wobei hier noch zwischen verschiedenen Formen von Lifestylefaktoren unterschieden wurde: den beeinflussbaren und den nicht beeinflussbaren. Zu den nicht beeinflussbaren Lifestylefaktoren zählten die Autoren Alter, Geschlecht, kulturellen und sozioökonomischen Hintergrund, genetische Faktoren und die Vorgeschichte bezüglich Traumata, Verletzungen und Gewalterfahrungen. Zu den beeinflussbaren zählten sie Komorbiditäten, mentale Gesundheit, Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, körperliche Aktivität, Schlaf, Ernährung, das Beschäftigungsverhältnis bzw. berufsbedingte Faktoren sowie Schmerzen. Hier zeigte sich, dass vorhandene Schmerzen einen negativeren Einfluss auf die Chronifizierung von Schmerzen hatten, je stärker und weiter ausgebreitet diese waren (van Hecke et al., 2013). Da wir in unserer Studie nach einer Änderung der Lifestylefaktoren fragten, betraf diese Frage nur die beeinflussbaren Faktoren. Dass die Patienten von den drei Gruppen am wenigsten für eine Lifestyleänderung votierten, könnte möglicherweise daran liegen, dass die Änderung der beeinflussbaren Faktoren zu großen Teilen mit einem erheblichen Maß an Aufwand verbunden sein kann und die Patienten diesen scheuen könnten.

Bei den Patienten waren ansonsten vor allem Physiotherapie und Psychotherapie am beliebtesten. Zudem gab es hohe Zustimmungswerte für eine orthopädische Behandlung. Die hohen Zustimmungswerte bei den Patienten für Physiotherapie sind derweil kritisch zu betrachten: Im Allgemeinen gilt Physiotherapie als angenehme Therapiemaßnahme und wird teils mit Massagen oder Wellness verbunden, die sich sicherlich viele Patienten unabhängig von ihrem Krankheitsmodell wünschen würden. Zudem besteht hier eine Zuwendung von Seiten des Therapeuten, die von körperlicher und mentaler Natur ist und rein zeitlich auch länger andauert, als für die meisten Patienten ein durchschnittlicher Hausarztbesuch. Die Leitlinie für FMS empfiehlt Physiotherapie nicht explizit. Sie könne zeitlich begrenzt im Rahmen einer multimodalen Therapie angewandt werden (Deutsche

Schmerzgesellschaft e.V., 2017). Doch eine Integration des bio-psycho-sozialen Modells sowie Motivations- und Edukationstraining in die Physiotherapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen führt zu einer Verbesserung des Behandlungserfolges (George, 2008). Möglicherweise könnten daher diese Ergebnisse auf Patienten mit CWP/FMS übertragen werden, indem die in der FMS-Leitlinie erwähnten Ansätze für Patientenedukation mit Motivationstraining in Physiotherapie integriert werden. So könnte auch mehr Zuwendung für die Patienten und somit eine bessere Schmerzlinderung erzielt werden. Für die Hausärzte und Psychotherapeuten bedeutet Physiotherapie derweil eventuell eine Auslagerung eines Teiles der Behandlung (insbesondere der zeitintensiven Zuwendung) bei gleichzeitig niedriger Nebenwirkungsquote, allerdings waren die Zustimmungswerte hier auch längst nicht so hoch wie bei den Patienten (52,6 % bei den Hausärzten und 50 % bei den Psychotherapeuten vs. 90 % bei den Patienten).

Die hohe Zustimmungsrate der Patienten zu einer orthopädischen Behandlung könnten als Wunsch interpretiert werden, dass eine körperliche Ursache vorliegt. In der Tat zeigte sich hier eine mögliche Assoziation (siehe unten), sodass die hohe Zustimmung nur als konsequent erachtet werden kann bei vorliegendem somatischem Krankheitsmodell. Allerdings war die Zustimmung zu einer rheumatologischen Behandlung nicht so groß.

Bezüglich der Haltung der Patienten zu Psychotherapie ist aufgrund des Kollektives aus einer Praxis für Neurologie und Psychiatrie ein gewisser Teilnehmer-Bias vorhanden. Ein Patient, der Psychotherapie grundsätzlich ablehnt, hätte sich hier womöglich nie vorgestellt und wäre dann nicht in die Studie eingeschlossen worden. Allerdings war die Zustimmung hier auch sehr groß: Über 75 % gaben an, dass sie eine psychotherapeutische Behandlung als sinnvoll erachteten. Ebenso hatten knapp 74 % bereits eine ambulante Therapie wahrgenommen. Von den restlichen Patienten gab die Hälfte an, keinen Psychotherapeuten gefunden zu haben. Auch eine stationäre Psychotherapie hatten nahezu Dreiviertel der befragten Patienten bereits absolviert. Dass dennoch so eine hohe Zustimmung erfolgte, ist verwunderlich, da nur von 40 % der Patienten eine Besserung der Schmerzen durch die Psychotherapie angegeben wurde. Erwartbar gaben fast alle Psychotherapeuten an, dass eine Psychotherapie sinnvoll sei. Weniger erwartbar war, dass alle Hausärzte angaben, dass Psychotherapie sinnvoll sei. Dennoch waren sich hier

noch über 20 % unschlüssig oder stimmten eher nicht zu, dass eine Psychotherapie zu einer Besserung der chronischen Schmerzen führt. Bei der stationären Psychotherapie waren die Therapieerwartungen geringer als bei einer ambulanten Psychotherapie. Die Psychotherapeuten waren bezüglich einer ambulanten Psychotherapie etwas positiver eingestellt als die Hausärzte, aber nicht bezüglich einer stationären Psychotherapie. Die Leitlinien empfehlen Psychotherapie insbesondere bei Komorbiditäten wie Depressionen und Angst (Köllner et al., 2017), sowie bei maladaptiver Krankheitsbewältigung (Köllner et al., 2017). Galvez-Sánchez et al. (2019) führen hier insbesondere auch den Gedanken ins Feld, dass Schmerzintensität und psychologische Krankheitsbilder sich gegenseitig verstärken. Auch in einer neueren Studie werden „typische Teufelskreise der Chronifizierung bei FMS“ (Schilling & Weidner, 2021) beschrieben, bei der Ängste und katastrophisierende Kognitionen den Schmerz verstärken. Dadurch werden Stresshormone ausgeschüttet, wodurch sich wiederum Angst und Schmerzen gegenseitig verstärken. Dies könnte auch erklären, wieso oftmals eine Psychotherapie als sinnvoll erachtet wurde, obwohl angegeben wurde, dass sie nicht zur Besserung der Schmerzen führte. Sie kann nämlich zumindest dazu führen, dass eine Bewältigung und der Umgang mit den chronischen Schmerzen sich bessern und/oder dass die Schmerzen nicht progredient sind. Daher propagieren die Autoren ebenfalls ein bio-psycho-soziales Modell, das von den Patienten gut angenommen werde, sowie ein multimodales Therapiekonzept inklusive einer Psychotherapie (Schilling & Weidner, 2021).

Einer Therapie mit Medikamenten waren insgesamt alle Gruppen eher mäßig zugetan. Die Behandler waren zurückhaltender bei den Analgetika als die Patienten, möglicherweise aufgrund der von ihnen befürchteten Nebenwirkungen, die bei erwartbar langen Therapieintervallen eintreten können. Die Patienten zeigten sich gegenüber Psychopharmaka aber nicht ablehnender als die Behandler. Hausärzte stimmten sogar überwiegend einer Psychopharmakotherapie zu. Da auch die FMS-Leitlinie Psychopharmaka besonders bei psychischen Komorbiditäten empfiehlt, im Gegensatz zu Analgetika (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2017), entspricht die Sichtweise der Patienten und Behandler recht gut diesen Empfehlungen. Zudem ist es möglich, dass durch anderweitig erzielte Behandlungserfolge auch Patienten, die Analgetika für sinnvoll erachteten, Psychopharmaka als alternative Präparate erwägen würden.

Der deutsche Fibromyalgieverbraucherbericht hatte 2012 ebenfalls den persönlich erlebten Nutzen und Schaden verschiedener medikamentöser und nicht medikamentöser Behandlungen des FMS untersucht und war hier zu vergleichbaren Ergebnissen gekommen: Am nützlichsten wurden hier von FMS-Patienten Wärmeanwendungen und Bäder, Bewegung sowie Patientenschulungen bewertet, während medikamentöse Therapien sogar als schädlich empfunden wurden, besonders Opioide und Antikonvulsiva (Häuser et al., 2012). In unserer Studie sagten 43,3 % der Patienten aus, dass sie nicht zustimmen oder eher nicht zustimmen, dass Opioide bei CWP/FMS hilfreich seien. Dies stellt keine so starke Ablehnung dar, wie die Bewertung als schädlich in der Studie von Häuser et al. (2012); allerdings war in unserer Studie auch nicht gefragt worden, ob die Behandlungsmöglichkeiten als schädlich eingestuft werden. Möglicherweise wären in diesem Fall auch in unserer Studie Opioide (und andere Behandlungsmethoden) nicht nur als nicht hilfreich, sondern sogar als schädlich bewertet worden. Allerdings wurden im Fibromyalgieverbraucherbericht auch Antidepressiva als schädlich empfunden, und in unserer Studie bewertete sie immerhin die Hälfte der Patienten als hilfreich.

4.4. Ätiologische Faktoren

Eine zentrale Fragestellung unserer Studie war, wie die drei Gruppen die ätiologischen Faktoren Vernachlässigung, körperliche Traumatisierung, sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend, sowie die Schwierigkeit, Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken (Alexithymie) bezüglich der Krankheitsentstehung von CWP/FMS bewerteten. Es wurde aber nicht explizit erfragt, ob Vernachlässigung, Traumatisierung oder Missbrauch stattgefunden hätten, sondern inwieweit diese Lebensereignisse relevant für die Ätiologie von CWP/FMS sein könnten.

Es zeigte sich, dass über die Hälfte der Patienten und Behandler einen Einfluss von Vernachlässigung bzw. körperlichem Missbrauch in der Kindheit auf CWP/FMS bejahten, Vernachlässigung und auch körperlicher Missbrauch wurden von Psychotherapeuten noch häufiger als ursächlich relevant angesehen.

Lediglich bei sexuellem Missbrauch sanken die Zustimmungswerte der Patienten sprunghaft auf 26,7 % ab, während die Kategorie „Weiß nicht“ im Vergleich zu den anderen Ätiologien mit 40 % deutlich häufiger angegeben wurde. Die Behandler blieben

hier bei höheren Zustimmungswerten (Hausärzte 47,4 %, Psychotherapeuten 40 %). Es ist fraglich, ob die Patientengruppe sich von dieser Frage möglicherweise vor den Kopf gestoßen fühlte, sich ratlos fühlte oder sogar ablehnte, sich einen Zusammenhang einzugestehen, möglicherweise auch im Rahmen von Verdrängung. Dies ist ein interessanter, aber wenig untersuchter Punkt im Zusammenhang mit CWP/FMS. In einer frühen Studie zum Zusammenhang von FMS und sexuellem Missbrauch gaben 58 % der FMS-Patienten und 60 % der gesunden Patienten mit einer Vorgeschichte von sexuellem oder körperlichem Missbrauch an. Sie hätten noch niemals zuvor mit jemand anderem über den Missbrauch gesprochen (Boisset-Pioro et al., 1995). Ein Artikel von 2012 befasst sich mit Traumatisierung durch sexuelle Gewalt an heute älteren Frauen, die zum Teil jahrzehntelang ihre Missbrauchsgeschichte verdrängt hatten, bevor sie durch eine erlebte Hilflosigkeit im Alter durch Pflegebedürftigkeit wieder zum Vorschein kam (Böhmer, 2012). Möglicherweise betrifft diese Verdrängung auch einige der FMS-Patienten, die immerhin zu einem Großteil weiblich sind und durch ihre Erkrankung zum Teil eine verminderte Selbstständigkeit erfahren. Besonders spannend ist diese Überlegung vor dem Hintergrund, dass mehrere Studien (z.B. Häuser et al., 2011; Sommer et al., 2012) bereits eine Assoziation zwischen körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch in Kindheit und Erwachsenenalter sowie CWP/FMS nachweisen konnten. Letztlich kann sich Missbrauch jeglicher Art in der Lebensgeschichte aber in den meisten Fällen nicht objektiv überprüfen lassen und ist somit von der Patientenanamnese und auch der Erinnerung der Patienten abhängig. Ob hier möglicherweise also eine hohe Dunkelziffer besteht, kann nicht ausgeschlossen werden.

Die mit Abstand größte Zustimmung fand sich bei allen drei Gruppen allerdings bei Alexithymie als möglichem relevanten ursächlichen Faktor für die Entwicklung von CWP/FMS: Die Patienten stimmten mit 86,7 % zu, die Hausärzte mit 94,7 % und die Psychotherapeuten zu 80 %. Dies deckt sich mit der bisherigen Studienlage, die eine hohe Rate an Alexithymie bei FMS-Patienten nachweisen konnte (Review Habibi Asgarabad et al., 2023). Die hohe Zustimmungsrate bei den Patienten ist aber auch wieder vor dem Hintergrund der selektionierten Stichprobe in einer neurologisch-psychiatrischen Praxis zu sehen, und wahrscheinlich nicht für alle FMS/CWP-Patienten allgemein gültig. Nachdem vor allem auch die Patienten diese Schwierigkeiten in Emotionswahrnehmung und -ausdruck als ätiologisch bedeutsam einordnen, könnte dies die

psychotherapeutische Behandlung von CWP/FMS-Patienten begünstigen. Mit der „Emotional Awareness and Expression Therapy“ (EAET) steht ein spezifisches, psychodynamisch basiertes, emotionsfokussiertes Konzept zur Behandlung von chronischen Schmerzen und CWP/FMS zur Verfügung (Lumley & Schubiner, 2019). Die Wirksamkeit auf eine Schmerzreduktion wurde in mehreren Studien nachgewiesen, mit einer Überlegenheit von EAET gegenüber kognitiver Verhaltenstherapie in randomisiert-kontrollierten Studien bei FMS bzw. chronischen muskuloskelettalen Schmerzen (Lumley et al., 2017; Yarns et al., 2024). Insofern zeigt sich hier offensichtlich ein Ansatzpunkt zur Schmerzreduktion bei CWP/FMS-Patienten, der die Bedeutung von emotions-fokussierter Psychotherapie untermauert, womöglich nicht nur bei Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten.

4.5. Assoziationen

Aufgrund der niedrigen Fallzahlen müssen die statistisch signifikanten Assoziationen als hypothesengenerierend betrachtet werden. Von Korrelationen kann in diesem Fall erst recht nicht gesprochen werden. In der Befragungsgruppe der Psychotherapeuten ergaben sich keinerlei signifikante Assoziationen. Hier war möglicherweise schlichtweg die Fallzahl zu gering. Grundsätzlich möglich ist es, dass sich nachvollziehbare Assoziationen aller Gruppen, auch bei den Psychotherapeuten, bei einer deutlich größeren Stichprobe wesentlich besser herauskristallisiert hätten und andere vielleicht verschwunden wären.

Häuser et al. (2006) betonen in ihrem Review zu subjektiven Krankheitsattributionen von FMS-Patienten, dass bisher wohl keine Studien existierten, die den Einfluss des Krankheitsmodells auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen untersuchen. Außerdem wäre zu erwarten, dass Patienten mit einem somatischen Krankheitsmodell „häufiger medizinische Diagnostik und Therapie in Anspruch nehmen als Patienten mit einer subjektiven psychogenen Krankheitstheorie“ (Häuser et al., 2006), wenn FMS tatsächlich eine somatoforme Störung sei. In unserer Studie wurde nicht die Häufigkeit der gesamten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems je nach Krankheitsmodell verglichen. Allerdings zeigen unsere Ergebnisse, dass bei einem somatischen Krankheitsmodell von Patienten tendenziell eher eine orthopädische Behandlung als

sinnvoll erachtet wird. Bei einem psychischen oder psychosomatischen Krankheitsmodell ergab sich eine mögliche Assoziation mit Psychotherapie. Hausärzte, die ein körperliches Krankheitsmodell bevorzugten, fanden dagegen eine rheumatologische Behandlung am sinnvollsten. Möglicherweise ordnen Hausärzte mit einem körperlichen Krankheitsmodell FMS also eher als rheumatologische Erkrankung ein, während Patienten mit einem körperlichen Krankheitsmodell FMS eher als orthopädische Erkrankung sehen. Zudem stimmten Hausärzte mit einem psychischen Krankheitsmodell für Psychopharmaka, während Patienten mit einem psychischen Krankheitsmodell, wie oben erwähnt, lediglich für Psychotherapie stimmten. Die Berechnung eines p-Wertes für die Assoziation von psychischem Krankheitsmodell und Psychotherapie konnte nicht erfolgen, da eine Variable eine Konstante war: Alle Hausärzte stimmten zu, dass Psychotherapie eine sinnvolle Therapiemaßnahme darstellt. Zudem gab es auch eine mögliche Assoziation bei den Hausärzten zwischen psychischer Ursache und einer Überweisung zu ambulanter Psychotherapie, sodass die Hausärzte mit einem psychischen Krankheitsmodell Psychotherapie insgesamt für wichtig zu erachten scheinen, aber auch Psychopharmaka als sinnvoll erachteten, während Patienten sich eher nur für die Psychotherapie interessierten.

Allerdings ergaben sich auch mögliche Assoziationen, die so nicht erwartbar waren, beispielsweise bei den Patienten zwischen einem körperlichen Krankheitsmodell und wahrgenommener stationärer Psychotherapie, im Gegensatz zu der Assoziation zwischen psychosomatischem Krankheitsmodell und wahrgenommener ambulanter und stationärer Psychotherapie. Gleichzeitig ergaben sich keine Hinweise auf einige Assoziationen, die erwartbar gewesen wären. Insbesondere vor dem Hintergrund der in der deskriptiven Statistik deutlichen Mehrheit der Patienten, die für Physiotherapie gestimmt hatten, war es umso verwunderlicher, dass hier keine Assoziationen bestanden, allenfalls angedeutet ausgerechnet für ein psychisches Krankheitsmodell.

Es ergaben sich auch mögliche Hinweise auf positive Assoziationen im Sinne von nicht signifikanten, aber sehr niedrigen p-Werten, was bei der geringen Stichprobengröße als Trend interpretiert wurde, da sie bei einer größeren Stichprobe möglicherweise signifikant gewesen wären. Beispielsweise votierten Hausärzte, die eine körperliche Ursache vermuteten, dennoch oft für Psychopharmaka. Ob dies im Sinne von Koanalgetika gemeint sein könnte, ist aufgrund der allgemeineren Fragestellungen nicht

eruierbar. Ebenso ergab sich bei den Patienten, die eine psychosomatische Ursache vermuteten, ein Trend zu einem orthopädischen Behandlungswunsch und bei psychischer Ursache zu einem rheumatologischen Behandlungswunsch.

Alle nachweisbaren möglichen Assoziationen zwischen Krankheitsmodell und Therapieverfahren sind vorsichtig zu interpretieren, insbesondere da auch die Möglichkeit bestand mehrere Krankheitsmodelle auszuwählen.

Bei den ätiologischen Faktoren ergaben sich mögliche signifikante Assoziationen bei den Patienten zwischen einem psychosomatischen Krankheitsmodell und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend, bei den Hausärzten für ein psychisches Krankheitsmodell und Vernachlässigung in Kindheit und Jugend. Hier zeigt sich möglicherweise die Tendenz der Patienten, die wie unsere Ergebnisse auch schon Hellström et al. (1999), Martinez et al. (2003) und Häuser et al. (2006) gezeigt hatten, die Krankheit nicht rein psychisch, sondern gemischt mit körperlichen Faktoren zu erklären, im Gegensatz zu den Hausärzten.

4.6. Schlussfolgerung

Eine zügige Diagnosestellung ist für die Patienten wie auch die Behandler wichtig und kann den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen (Briones-Vozmediano et al., 2013). Der Hausarzt stellt hierbei den ersten Anlaufpunkt des Patienten dar, wenn die Beschwerden nicht mehr ignoriert werden können und erstmalig Hilfe gesucht wird. Da immer noch viel Unwissen und Skepsis bezüglich CWP und FMS herrscht (Häuser & Fitzcharles, 2018), sollten hier Fortbildungen und Informationsmaßnahmen – besonders für Allgemeinmediziner – etabliert werden. Dies wurde auch in einer neuen Studie aus dem Saarland beschrieben, welche ebenfalls die Sicht der Patienten und von Behandlern in den Fokus rückte und herausfinden sollte, was die Bedürfnisse sind. Es zeigten sich teils erschreckende Umstände alleinig bei der Anerkennung des Krankheitsbildes. Einem Patienten war gesagt worden, FMS sei „die Krankheit, wenn man mal nicht arbeiten möchte“ (Al-Qadi et al., 2021). Zusätzlich zu dem bereits bekannten „Facharztmarathon“ wurde hier von den Patienten bemängelt, dass sie teils enorm viel Zeit und Geld aufwenden mussten, um zu Spezialisten zu gelangen, und dass sie nicht ausreichend Physiotherapie rezeptiert bekämen. Eine Förderung der Eigeninitiative der Patienten für eine gesteigerte Selbstwirksamkeit sowie eine verbesserte Akzeptanz durch die Behandler

wurden in der Studie als notwendige Veränderungen für eine erfolgreiche Therapie erachtet. Die Autoren der Studie betonen den Wert von Selbsthilfegruppen und schlagen eine zentrale Anlaufstelle für Patienten und Behandler vor, welche auch für Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungskampagnen zuständig sein könnte.

Patienten haben zumeist ein gemischtes Krankheitsmodell, Behandler am ehesten ein psychosomatisches, was aufgrund der unterschiedlichen Wissensstände über diese Einteilungen möglicherweise sogar dasselbe bedeuten könnte. Dies unterstützt das Konzept eines multimodalen Behandlungsansatzes ebenso wie die Tatsache, dass Lifestyle-Änderungen, Physiotherapie und Psychotherapie auf eine breite Zustimmung bei allen drei Gruppen stießen. Medikamentöse Behandlung fand in den untersuchten Stichproben keine breite Zustimmung, allenfalls Psychopharmaka eine gewisse Akzeptanz. Insbesondere die Hausärzte befürworteten Psychopharmaka sehr stark, was bei psychischen Komorbiditäten auch der Leitlinie entspricht. Angesichts der niedrigeren Zustimmungswerte bei den Patienten könnte es hier in der Praxis aber schwierig sein, immer eine leitliniengerechte Therapie durchzuführen. Dies ist insbesondere bemerkenswert, da die mäßige Akzeptanz der Patienten für eine Psychopharmakotherapie in einer Stichprobe einer neurologisch-psychiatrischen Praxis vorlag, da bei dieser Gruppe von CWP/FMS-Patienten anzunehmen ist, dass sie eine höhere Bereitschaft für eine entsprechende Behandlung haben. Zu vermuten ist daher, dass in der Gesamtgruppe der Patienten die Akzeptanz von Psychopharmaka noch niedriger ist.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient erfordert Sensibilität, nicht nur vor dem Hintergrund einer möglichen Traumatisierung, sondern ganz basal bei der Anerkennung des Leidensdruckes des Patienten und dem Ernstnehmen derselben. Allein der Umgang in der Arzt-Patienten-Beziehung kann für die Patienten einen Unterschied machen, und zu einem besseren oder schlechteren Therapieansprechen führen (Doebl et al., 2020). Allerdings benötigt die Betreuung oftmals einen zeitlichen Aspekt, der von hausärztlicher Seite oft nicht ausreichend gewährt werden kann. Daher sollte den Physiotherapeuten möglicherweise eine größere Bedeutung im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes zuteilwerden, wie von George (2008) beschrieben. Auch Al-Qadi et al. (2021) zeigten, dass die Patienten sich mehr Betreuung durch geeignete, im Umgang

mit FMS geschulte Physiotherapeuten wünschen würden. Nicht nur könnten sie die Patienten zusätzlich bei der Änderung ihrer Lifestylefaktoren am besten unterstützen, sie könnten auch als Motivator und Bezugsperson einen großen Beitrag leisten. Der körpertherapeutische Anteil eines multimodalen Behandlungskonzeptes sollte nämlich nicht vernachlässigt werden. Hausärzte könnten dann im optimalen Fall als Koordinatoren eines Gesamtbehandlungsplanes und Ansprechpartner für eine etwaige kurzzeitige medikamentöse Therapie dienen, was neben der ursprünglichen Diagnosestellung ja auch ihrer eigentlichen Aufgabe entsprechen würde.

Es zeigt sich in unserer Studie, wie auch anderen Studien, beispielsweise Galvez-Sánchez et al. (2019), dass auch Psychotherapie insbesondere bei Depressionen oder Angststörungen als Komorbidität Teil der Behandlung von FMS und CWP sein sollte, wie auch in den Leitlinien empfohlen wird (Köllner et al., 2017). Ebenso wichtig scheint eine edukative Komponente zu sein, was die Fähigkeit angeht, Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken. Die Ergebnisse bisheriger Studien korrelieren hier mit der Wahrnehmung von Patienten und Behandlern in unserer Studie, die Alexithymie als sehr bedeutend für die Entwicklung von chronischen Schmerzen wahrnehmen, weshalb dies in der Therapie einen größeren Stellenwert einnehmen sollte. Diskrepanzen bei der Wahrnehmung von körperlicher Misshandlung und insbesondere sexuellem Missbrauch deuten möglicherweise auf noch unzureichend erforschte psychologische Abwehrmechanismen hin. Daher ist eine bessere Integration von psychotherapeutischen Ansätzen unbedingt notwendig. Unsere Studie konnte bekannte ätiologische Faktoren bestätigen, aber auch Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Sichtweisen von Patienten und Behandlern aufzeigen. Diese Differenzierung eröffnet neue Perspektiven für weitere Forschung und verbesserte Therapieansätze.

4.7. Stichproben

Es wurden als Stichprobe drei Gruppen befragt, die alle im Landkreis Ravensburg tätig sind/waren bzw. dort als Patienten vorstellig wurden. Die Stichprobe der Patienten hatte eine große Alterspanne von 30 bis 79 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 57,1 Jahren. Diese Zahlen decken sich gut mit dem Altersdurchschnitt in anderen Studien zu

CWP und FMS. Wolfe et al. (2011) nutzten für ihre Überprüfung der neuen CWP- und FMS-Kriterien (auch in den Studien der Folgejahre) unter anderem Patientendaten der National Data Bank for Rheumatic Diseases (NDB). Im Jahr 2009 waren darunter 729 Patienten mit der Diagnose eines FMS, deren Durchschnittsalter 59,1 Jahre betrug. Marschall et al. (2011) ermittelten in ihrer Studie einen Peak im Lebensalter von 50 - 60 Jahren bei Frauen, bei Männern bliebe die Prävalenz über das gesamte Leben konstant.
83,3 % der teilnehmenden Patienten unserer Studie waren weiblich. Die Geschlechterverteilung war ebenfalls in anderen Studien zu CWP und FMS häufig ähnlich. So war bei Häuser et al. (2006) das Verhältnis von Frauen zu Männern 8:1. Ebenso befragten beispielsweise Häuser et al. (2012) 1661 Patienten aus FMS-Selbsthilfegruppen und spezialisierten Kliniken. Hier ergab sich ein Durchschnittsalter von 54,3 Jahren und eine Quote von 95,2 % weiblichen Patienten. Yim et al. (2017) rekrutierten für ihre Studie 345 Patienten in Korea, von denen 308 weiblich waren, was 89,3 % entspricht. Auch in einer prospektiven Kohortenstudie (Creed, 2022) waren 89 % der neu aufgetretenen Fälle mit FMS weiblich. In der oben bereits erwähnten systematischen Übersichtsstudie von Gianlorenço et al. (2024) waren die Probanden von 18 von 39 Studien ebenfalls zu 80 - 100 % weiblich und bei 20 Studien sogar ausschließlich weiblich, zudem betrug das durchschnittliche Alter in allen außer drei Studien zwischen 45 und 60 Jahren. Die Patientenstichprobe unserer Studie repräsentiert somit trotz einer geringen Fallzahl von 30 Patienten ungefähr die generelle Alters- und Geschlechterverteilung bei FMS und CWP.

4.8. Rücklauf

In der Patientenstichprobe wurde die Studie mit den Patienten der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch durchgeführt. Hier ergab sich eine Rücklaufquote von 34,1 %. Dies stellt eine für Patientenbefragungen gute Rücklaufquote dar. In einem Review zu Rücklaufquoten bei chirurgischen Befragungen wurden Durchschnittswerte von 70 % bei Patienten und 53 % bei Ärzten ermittelt (Meyer et al., 2022). Allerdings stellt sich die Frage, wie vergleichbar diese mit unserer Befragung sind, da chirurgische Befragungen meist kürzer sind und die Beschäftigung mit der Thematik weniger belastend. In einer anderen Studie aus den USA wurde untersucht, wie die höchsten Rücklaufquoten bei

Patienten erzielt werden konnten, die gerade aus dem Krankenhaus entlassen worden waren. Hier bewegten sich die Quoten für rein postalische Befragungen im Bereich von 24 %, während mit einer kombinierten Befragung durch Briefe, Telefonanrufe und webbasierter Befragung Quoten über 30 % erreicht werden konnten (Elliott et al., 2024). Daher bewerteten wir die 34,1 % Rücklaufquote unserer Patientenstichprobe als zufriedenstellend. Möglicherweise kann diese höhere Teilnahme im Vergleich zu den Stichproben der Hausärzte und Psychotherapeuten damit erklärt werden, dass Patienten mit CWP bzw. FMS sich sehr viel mit ihrer Krankheit befassen (Berger et al., 2008).

Es stellt sich die Frage, ob sie diese Beschäftigung damit möglicherweise unterbewusst sogar im Sinne eines Krankheitsgewinnes suchen. Krankheitsgewinn wird in verschiedene Formen unterteilt: primär, bei dem der Patient unterbewusst einem Konflikt aus dem Weg geht, indem er krank ist – die Krankheit als „kleineres Übel“ –, sekundär, bei dem er äußere Vorteile erhält wie beispielsweise eine Krankschreibung, eine Berentung oder Aufmerksamkeit und tertiär, bei dem das Umfeld des Patienten von dessen Krankheit profitiert, zum Beispiel durch Sinnstiftung durch die Pflege des Angehörigen (Kessler, 2021). Alle drei Formen können bei Patienten mit FMS und CWP vorkommen und die Symptomatik sogar verschlechtern. Einen Fragebogen zur eigenen Krankheit auszufüllen, könnte möglicherweise gegenüber der Umwelt eine gewisse Validierung der Diagnose darstellen oder ihr Bedeutung zumessen, und möglicherweise das Thema überhaupt erst wieder aufbringen, ohne dass die Patienten dies verursachten, was für Patienten einen sekundären Krankheitsgewinn begünstigt. Ein Patient teilte uns auch tatsächlich mit, nun wieder vermehrte Beschwerden zu haben nach dem Ausfüllen des Fragebogens. Selbstverständlich wurde dies in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie aufgearbeitet, womit wiederum ebenfalls ein sekundärer Krankheitsgewinn bestand.

In den Stichproben der Hausärzte und Psychotherapeuten ergaben sich deutlich geringere Rücklaufquoten von 13 % bzw. 11,4 %. Schon vor 15 Jahren zeigten Thorpe et al. (2009), dass gerade bei ärztlichen Befragungsgruppen die Rücklaufquoten generell geringer sind. In einer Befragung zu den Gründen ihrer Nicht-Teilnahme an einer Studie, in der die Rücklaufquote bei 20,9 % für Hausärzte und 28,9 % für Onkologen gelegen hatte, von Peter et al. (2019) gaben die Ärzte vor allem Zeitmangel, organisatorische Gründe sowie „zu lange Fragebögen“ als Ursachen für die Nicht-Teilnahme an.

Allerdings sticht in unserer Studie besonders die Gruppe der Psychotherapeuten mit der geringsten Rücklaufquote aller drei Kollektive negativ hervor, wobei eigentlich angenommen werden könnte, dass diese Gruppe das größte Interesse an den Ergebnissen einer Studie mit so großem Bezug zur eigenen Fachrichtung haben sollte. Daher sind hier andere Einflussfaktoren zu diskutieren. Eventuell lehnt die Mehrzahl von Psychotherapeuten die Behandlung von Patienten mit CWP bzw. FMS ab. Dass dieses Phänomen existiert, wurde in dem Literaturreview von Doebl et al. (2020) zur Behandlungssituation und zu den unerfüllten Bedürfnissen von FMS-Patienten gezeigt.

Vielleicht wollen Psychotherapeuten sich auch deshalb nicht mit derartigen Studien befassen – entweder aus schlechtem Gewissen oder aus Desinteresse – , da chronische Schmerzpatienten üblicherweise langwierige, komplexe Fälle darstellen, die nicht in einer Kurzzeittherapie erfolgreich behandelt werden können, sondern jahrelange Arbeit erfordern. Somit ist es wahrscheinlich, dass die teilnehmenden Kollegen lediglich diese waren, die ein besonderes Interesse an diesem Thema haben und es sich hier um einen Teilnehmer-Bias, genauer um einen Selbstauswahl-Bias handelt. Daher ist vielleicht nicht nur die Teilnehmerzahl reduziert, sondern könnten auch die Ergebnisse verzerrt sein. Dass dies in klinischen Studien ein häufiges Problem darstellt, beschreibt beispielsweise Elston (2021). Der Autor schreibt zudem, dass die Wahrscheinlichkeit einer solchen Verzerrung steigt, je geringer die Rücklaufquoten sind – eine Rücklaufquote von unter 60 % korreliere mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für einen solchen Selbstauswahl-Bias.

Die Hausärzte können im Gegensatz zu den Psychotherapeuten diesen Patienten in der Regel nicht ausweichen. Sie gehören zu ihrem festen Patientenklientel und stellen sich doppelt so häufig vor wie der Durchschnitt aller Patienten (Berger et al., 2008). Daher wäre hier vielleicht die etwas höhere Rücklaufquote mit einer Hoffnung auf richtungsweisende Ergebnisse für die hausärztliche Behandlung zu erklären, weshalb hier vielleicht auch eine geringere Verzerrung vorliegen könnte. Dennoch haben Hausärzte möglicherweise insgesamt weniger Zeit als Psychotherapeuten, sich mit diesem Thema zu befassen.

Letztlich muss die Frage gestellt werden, ob die Patientenversorgung unter einem Desinteresse bzw. einer Vermeidung seitens der Psychotherapeuten und einer

Ratlosigkeit seitens der Hausärzte leidet, und ob nicht schon eine bessere Zuwendung zu den Patienten diesen chronischen Schmerzpatienten deutlich weiterhelfen würde.

4.9. Folgestudie

Eine qualitative Folgestudie mit der vorliegenden Patientenstichprobe wird aktuell durchgeführt, in welcher mit einem größeren Teil der in dieser Studie befragten Patienten semistrukturierte Interviews geführt werden. Hier werden sich sicherlich noch weitere Fragestellungen beantworten lassen, die die vorliegende quantitative Studie nicht beantworten kann, wie beispielsweise das Verständnis eines psychosomatischen Konzeptes oder die Gründe für eine derart starke Zustimmung zu Physiotherapie.

4.10. Limitationen

Die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studie werden durch einige methodische Schwächen limitiert. Die wichtigste Schwäche der vorliegenden Studie ist sicherlich die geringe Fallzahl in allen drei Gruppen, aufgrund derer auch keine eindeutigen Korrelationen abgeleitet werden können, sondern lediglich Assoziationen. Zusätzlich könnte, wie oben bereits beschrieben, besonders bei den Behandlern eine Verzerrung durch ein Interesse oder Desinteresse am Thema und einer daraus folgenden Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Studie vorliegen (Selbstauswahl-Bias bzw. Nichtantwort-Bias). Bei den Patienten könnte ebenfalls eine solche Verzerrung vorliegen, da die Befragung ausschließlich mit Patienten aus einer Praxis für Neurologie und Psychiatrie durchgeführt wurde. Patienten mit einer Ablehnung für psychosomatische oder psychische Krankheitsmodelle würden sich hier unwahrscheinlicher zur Abklärung vorstellen und somit eher nicht an einer solchen Studie teilnehmen. Somit liegt eine selektionierte Patientenstichprobe vor, welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

Es ist außerdem anzunehmen, dass das Geschlecht Einfluss auf das Krankheitsmodell und die Behandlungspräferenzen hat. In dieser Studie wurden vor allem weibliche Patienten befragt, es besteht also ein Auswahl-Bias. Die Möglichkeit, bei Geschlechtszugehörigkeit „divers“ anzukreuzen, hatten die Teilnehmer der Studie nicht, da dies zum Zeitpunkt der

Durchführung noch nicht üblich war. Daher könnte die Geschlechterzugehörigkeit leicht variieren, würde die Studie heute mit denselben Probanden reproduziert werden. Zudem könnten die Erhebungen durch regionale Gegebenheiten beeinflusst worden sein, was die Verallgemeinerung der Aussagen ebenfalls einschränkt. Im Hinblick auf Geschlecht und Alter wurde lediglich die Gruppe der Patienten untersucht, die der Hausärzte und Psychotherapeuten nicht. Doch obwohl die Stichprobe zwar nicht die allgemeine Bevölkerung abzubilden vermag, scheint sie sehr wohl die CWP- und FMS-Patienten gut abzubilden, wie oben bereits diskutiert. Daher sind die Ergebnisse durchaus zumindest als richtungsweisend interpretierbar.

5. Zusammenfassung

Chronischer Ganzkörperschmerz (CWP) und das Fibromyalgiesyndrom (FMS) sind häufige Erkrankungen, die zu einer hohen Zahl von Krankschreibungen und frühzeitigen Berentungen führen. Dennoch dauert es oft viele Jahre bis zu einer Diagnosestellung. Die Diagnose wird immer noch von einigen Ärzten abgelehnt und die Patienten werden oftmals nicht ernst genommen. Es bestehen Unsicherheiten bezüglich der Diagnostik, dabei existieren durch das American College of Rheumatology (ACR) klare Kriterien. Gleichzeitig ist die Behandlungsrealität für diese Patienten äußerst unbefriedigend, denn obwohl eine Leitlinie existiert, erfolgt die Therapie meistens nicht leitliniengerecht.

Die Ätiologie von CWP und FMS ist nicht eindeutig geklärt. Für körperlichen und sexuellen Missbrauch sowie Vernachlässigung konnte ein Zusammenhang mit CWP/FMS nachgewiesen werden. Es besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und Ausprägung der Beschwerden. Ebenso besteht ein Einfluss von Alexithymie, der Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken, auf CWP/FMS. Das Ausmaß an unterdrücktem Ärger korreliert sogar mit der Schmerzstärke. Chronische Schmerzen haben bio-psycho-soziale Ursachen. Es bestehen häufig Komorbiditäten mit Depressionen und Angststörungen, welche im Therapiekonzept berücksichtigt werden sollten, da es sonst zu einer gegenseitigen Verstärkung kommen kann. Es gibt zudem Hinweise auf eine Veränderung im Reizweiterleitungssystem, diese Schmerzen werden als eigene Entität diskutiert und als „noziplastisch“ bezeichnet.

Zu den Krankheitsmodellen der Behandler gab es zum Zeitpunkt unserer Studie noch keine Forschung, ebenso wie zur Sichtweise der Patienten und Behandler auf verschiedene Therapieansätze und ätiologische Faktoren. Daher war unser Ziel, eine aktuelle Bestandsaufnahme bezüglich der Krankheitsmodelle und Behandlungspräferenzen von Hausärzten, Psychotherapeuten und Patienten bei/mit CWP und/oder FMS durchzuführen. Die subjektiven Einschätzungen zu ätiologischen Faktoren mit den Therapiepräferenzen zu verbinden war hierbei zentral. Hierzu schickten wir im Januar 2020 selbst entwickelte Fragebögen an Patienten, Hausärzte und Psychotherapeuten des Landkreises Ravensburg. Die Patienten erhielten ihre FMS- oder CWP-Diagnose in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch anhand der ACR-Kriterien von 2016 im Arztgespräch und durch Screening der Patientenakte. Mittels Likert-

Skalen wurden Fragen zu Diagnosestellung, ätiologischen Faktoren, Krankheitsmodell, Therapiepräferenzen, sowie zu Psychotherapie gestellt. Ein psychosomatisches Krankheitsmodell erfuhr in allen drei Gruppen die höchste Zustimmung, die Patienten favorisierten das körperliche Krankheitsmodell daneben mehr als das psychische. Bei den Hausärzten war es andersherum. Therapiepräferenzen waren bei allen Gruppen Lifestyle-Änderung und Psychotherapie, bei den Patienten insbesondere Physiotherapie und eine orthopädische Behandlung, bei den Hausärzten eine Behandlung mit Psychopharmaka. Ein Großteil der Patienten hatte bereits eine Psychotherapie absolviert. Analgetika wurden von Patienten und Behandlern nur mäßig befürwortet. Bezüglich der ätiologischen Faktoren differierte die Wahrnehmung zwischen Patienten und Behandlern. Vernachlässigung und körperliche Traumatisierung wurden besonders stark von den Psychotherapeuten, mäßiger auch von Patienten und Hausärzten als relevant bewertet. Die Frage nach der Bedeutung von sexuellem Missbrauch wurde von den Patienten zu einem großen Teil mit „Weiß nicht“ beantwortet, was auf vorherrschende psychologische Abwehrmechanismen hinweisen und die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Komponente in der Therapie unterstreichen könnte. Eine sehr große Zustimmung bezüglich der Rolle in der Entstehung von CWP/FMS erfuhr Alexithymie (Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken) in allen Stichproben, was künftig ebenfalls in Therapiekonzepten Beachtung finden sollte.

Unsere Studie konnte bekannte ätiologische Faktoren bestätigen, aber auch Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Sichtweisen von Patienten und Behandlern aufzeigen. Diese Differenzierung eröffnet neue Perspektiven für weitere Forschung und verbesserte Therapieansätze. So sollte die Physiotherapie, idealerweise in direkter Verbindung zu Lifestyleänderungen, mehr Beachtung finden. Möglicherweise könnten im Rahmen eines edukativen Ansatzes durch die Physiotherapeuten selber auch die Bedürfnisse der Patienten nach Zuwendung erfüllt werden, die Hausärzte zeitlich nicht leisten können. Da Allgemeinmediziner eine der ersten Anlaufstellen für die Patienten sind, sollten ihnen mehr Weiterbildungsoptionen zu CWP/FMS angeboten werden. Hierdurch könnten eine zügige Diagnosestellung und leitliniengerechte Therapie begünstigt werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Alexander, R. W., Bradley, L. A., Alarcón, G. S., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., Alberts, K. R., Martin, M. Y., & Stewart, K. E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: Association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis and Rheumatism*, *11*(2), 102–115. https://doi.org/10.1002/art.1790110206
2. Al-Qadi, M., Renaud, D., & Meyer, M. (2021). "But you've got to do something yourself as well": Coping with fibromyalgia syndrome (FMS): perspectives of those affected and those treating them in Saarland. *Der Schmerz*, *35*(5), 315–321. https://doi.org/10.1007/s00482-020-00504-7
3. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II. *PsycTESTS Dataset*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment Inc. https://doi.org/10.1037/t00742-000
4. Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Research and Therapy*, *11*(4), R120. https://doi.org/10.1186/ar2783
5. Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., & Mattallana, L. (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *8,* 27. https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-27
6. Berger, A., Sadosky, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J., & Oster, G. (2008). Characteristics and patterns of healthcare utilization of patients with fibromyalgia in general practitioner settings in Germany. *Current Medical Research and Opinion*, *24*(9), 2489–2499. https://doi.org/10.1185/03007990802316550
7. Böhmer, M. (2012). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. *Sozial Extra*, *36*(5–6), 29–31. https://doi.org/10.1007/s12054-012-0059-x
8. Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M., & Fitzcharles, M. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, *38*(2), 235–241. https://doi.org/10.1002/art.1780380212
9. Borsini, A., Hepgul, N., Mondelli, V., Chalder, T., & Pariante, C. M. (2014). Childhood stressors in the development of fatigue syndromes: A review of the past 20 years of

research. In *Psychological Medicine 44*(9), 1809–1823. https://doi.org/10.1017/S0033291713002468

10. Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. *Pain Research and Management*, *18*(1), 19–24. https://doi.org/10.1155/2013/742510
11. Chang, M. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P., Bai, Y. M., Li, C. T., Yang, A. C., Chang, W. H., Chen, T. J., Tsai, S. J., & Chen, M. H. (2015). Bidirectional Association between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. *Journal of Pain*, *16*(9), 895–902. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.004
12. Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *32*(1), 38–50. https://doi.org/10.1053/sarh.2002.33719
13. Colmenares-Roa, T., Huerta-Sil, G., Infante-Castañeda, C., Lino-Pérez, L., Alvarez-Hernández, E., & Peláez-Ballestas, I. (2016). Doctor-Patient Relationship between Individuals with Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico. *Qualitative Health Research*, *26*(12), 1674–1688. https://doi.org/10.1177/1049732315588742
14. Creed, F. (2022). The risk factors for self-reported fibromyalgia with and without multiple somatic symptoms: The Lifelines cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, *155,* 110745. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110745
15. Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D., & Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain (United Kingdom) 16*(1), 3–17. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006
16. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2017). Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *AWMF-Leitlinien-Register*, *Nr. 145/004* (2. Aktualisierung). http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html
17. Doebl, S., Macfarlane, G. J., & Hollick, R. J. (2020). "no one wants to look after the fibro patient". Understanding models, and patient perspectives, of care for

fibromyalgia: Reviews of current evidence. *Pain*, *161*(8), 1716–1725. https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000001870

18. Eich, W., Häuser, W., Arnold, B., Jäckel, W., Offenbächer, M., Petzke, F., Schiltenwolf, M., Settan, M., Sommer, C., Tölle, T., Üçeyler, N., & Henningsen, P. (2012). Das Fibromyalgiesyndrom. *Der Schmerz*, *26*(3), 247–258. https://doi.org/10.1007/s00482-012-1169-x
19. Elliott, M. N., Brown, J. A., Hambarsoomian, K., Parast, L., Beckett, M. K., Lehrman, W. G., Giordano, L. A., Goldstein, E. H., & Cleary, P. D. (2024). Survey Protocols, Response Rates, and Representation of Underserved Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Health Forum*, *5*(1), E234929. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.4929
20. Elston, D. M. (2021). Participation bias, self-selection bias, and response bias. *Journal of the American Academy of Dermatology S0190-9622,* 01129-4. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.06.025
21. Filippon, A. P., Bassani, D. G., Aguiar, R. W., & Ceitlin, H. L. (2013). Association between childhood trauma and loss of functionality in adult women with fibromyalgia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *35*(1). https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000100006
22. Fitzcharles, M. A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C., & Häuser, W. (2021). Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*, *397(10289),* 2098–2110. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5
23. Fontaine, K. R., & Haaz, S. (2007). Effects of lifestyle physical activity on health status, pain, and function in adults with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *15*(1), 3–9. https://doi.org/10.1300/J094v15n01_02
24. Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., Petermann, F., Prothmann, U., Winkelmann, A., & Häuser, W. (2013). Psychische Störungen beim Fibromyalgiesyndrom: Screening in Einrichtungen verschiedener Fachrichtungen. *Der Schmerz*, *27*(3), 296–304. https://doi.org/10.1007/S00482-013-1323-0
25. Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & Del Paso, G. A. R. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management 12,* 117–127. https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240

26. Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M., & Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy*, *63*(3), 132–143. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017
27. Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581–624. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581
28. George, S. (2008). What is the Effectiveness of a Biopsychosocial Approach to Individual Physiotherapy Care for Chronic Low Back Pain? *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, *6*(1), 4. https://doi.org/10.46743/1540-580X/2008.1179
29. Gianlorenço, A. C., Costa, V., Fabris-Moraes, W., Menacho, M., Alves, L. G., Martinez-Magallanes, D., & Fregni, F. (2024). Cluster analysis in fibromyalgia: a systematic review. *Rheumatology International, 44,* 2389–2402. https://doi.org/10.1007/s00296-024-05616-2
30. Habibi Asgarabad, M., Salehi Yegaei, P., Jafari, F., Azami-Aghdash, S., & Lumley, M. A. (2023). The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain (United Kingdom) 27*(3), 321–337. https://doi.org/10.1002/ejp.2064
31. Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M. A., Littlejohn, G., Luciano, J. V., Usui, C., & Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature Reviews Disease Primers*, *1,* 15022. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.22
32. Häuser, W., Burgmer, M., Köllner, V., Schaefert, R., Eich, W., Hausteiner-Wiehle, C., & Henningsen, P. (2013). Das Fibromyalgiesyndrom als psychosomatische Erkrankung - Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien zu Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, *59*(2), pp. 132-152. https://doi.org/10.13109/zptm.2013.59.2.132
33. Häuser, W., & Fitzcharles, M. A. (2018). Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(1), 53–62. https://doi.org/10.31887/dcns.2018.20.1/whauser

34. Häuser, W., Hoffmann, E.-M., Wolfe, F., Worthing, A. B., Stahl, N., Rothenberg, R., & Walitt, B. (2015). Self-reported childhood maltreatment, lifelong traumatic events and mental disorders in fibromyalgia syndrome: a comparison of US and German outpatients HHS Public Access. *Clin Exp Rheumatol* 33(88), 86-92. PMID: 25786049
35. Häuser, W., Jung, E., Erbslöh-Möller, B., Gesmann, M., Kühn-Becker, H., Petermann, F., Langhorst, J., Weiss, T., Thoma, R., & Winkelmann, A. (2012). Der Deutsche Fibromyalgieverbraucherbericht. Nutzen und Schaden von Behandlungen des Fibromyalgiesyndroms. *Der Schmerz*, *26*(2), 150–159. https://doi.org/10.1007/S00482-012-1161-5
36. Häuser, W., Kosseva, M., Üceyler, N., Klose, P., & Sommer, C. (2011). Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with Meta-Analysis. *Arthritis Care and Research* 63(6), 808–820. https://doi.org/10.1002/acr.20328
37. Häuser, W., Kühn, E., Wolf, B., Nothacker, M., & Petzke, F. (2017). Twelve years of the S3 guideline Fibromyalgia Syndrome—a never-ending war? *Der Schmerz 31*(3), 197–199. https://doi.org/10.1007/s00482-017-0219-9
38. Häuser, W., Wilhelm, R., Klein, W., & Zimmer, C. (2006). Subjektive Krankheitsattributionen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. *Der Schmerz*, *20*(2), 119–127. https://doi.org/10.1007/s00482-005-0407-x
39. Hayes, S. M., Myhal, G. C., Thornton, J. F., Camerlain, M., Jamison, C., Cytryn, K. N., & Murray, S. (2010). Fibromyalgia and the therapeutic relationship: Where uncertainty meets attitude. *Pain Research and Management*, *15*(6), 385–391. https://doi.org/10.1155/2010/354868
40. Hellström, O. W., Bullington, J., Karlsson, G., Lindqvist, P., & Mattsson, B. (1999). A phenomenological study of fibromyalgia. Patient perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *17*(1), 11–16. https://doi.org/10.1080/028134399750002827
41. Kaleycheva, N., Cullen, A. E., Evans, R., Harris, T., Nicholson, T., & Chalder, T. (2021). The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Psychological Medicine* 51(2), 177–193. https://doi.org/10.1017/S0033291720004547

42. Kessler, H. (2021). Der primäre und der sekundäre Krankheitsgewinn. H. Kessler (Ed.): *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie, 4. überarbeitete Auflage* (48-49). Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart. https://doi.org/10.1055/b000000509
43. Kleykamp, B. A., Ferguson, M. C., McNicol, E., Bixho, I., Arnold, L. M., Edwards, R. R., Fillingim, R., Grol-Prokopczyk, H., Turk, D. C., & Dworkin, R. H. (2021). The prevalence of psychiatric and chronic pain comorbidities in fibromyalgia: An acttion systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism 51*(1), 166–174. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.10.006
44. Köllner, V., Bernardy, K., Greiner, W., Krumbein, L., Lucius, H., Offenbächer, M., Sarholz, M., Settan, M., & Häuser, W. (2017). Psychotherapy and psychological procedures for fibromyalgia syndrome: Updated guidelines 2017 and overview of systematic review articles. *Der Schmerz*, *31*(3), 266–273. https://doi.org/10.1007/S00482-017-0204-3
45. Kosek, E., Cohen, M., Baron, R., Gebhart, G. F., Mico, J. A., Rice, A. S. C., Rief, W., & Sluka, A. K. (2016). Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*, *157*(7), 1382–1386. https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000000507
46. Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Current Rheumatology Reports 21*(7). https://doi.org/10.1007/s11926-019-0829-6
47. Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: A cluster-randomized controlled trial. *Pain*, *158*(12), 2354–2363. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001036
48. Madden, S., & Sim, J. (2016). Acquiring a diagnosis of fibromyalgia syndrome: The sociology of diagnosis. *Social Theory and Health*, *14*(1), 88–108. https://doi.org/10.1057/sth.2015.7
49. Mansfield, K. E., Sim, J., Jordan, J. L., & Jordan, K. P. (2016). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, *157*(1), 55–64. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000314
50. Marschall, U., Arnold, B., & Häuser, W. (2011). Behandlung und Krankheitskosten des Fibromyalgiesyndroms in Deutschland : Eine Analyse der Daten der Barmer

Ersatzkasse des Jahres 2008-2009. *Der Schmerz*, *25*(4), 402–410. https://doi.org/10.1007/S00482-011-1079-3

51. Martinez, J. E., Cruz, C. G., Aranda, C., Boulos, F. C., & Lagoa, L. A. (2003). Disease perceptions of Brazilian fibromyalgia patients: do they resemble perceptions from other countries? *International Journal of Rehabilitation Research*, *26*(3), 223–227. https://doi.org/10.1097/01.mrr.0000088438.78481.6d
52. McBeth, J., Macfarlane, G. J., Benjamin, S., Morris, S., & Silman, A. J. (1999). The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: A community based study. *Arthritis and Rheumatism*, *42*(7), 1397–1404. https://doi.org/10.1002/1529-0131(199907)42:7<1397::AID-ANR13>3.0.CO;2-7
53. Meyer, V. M., Benjamens, S., El Moumni, M., Lange, J. F. M., & Pol, R. A. (2022). Global Overview of Response Rates in Patient and Health Care Professional Surveys in Surgery A Systematic Review. *Annals of Surgery 275*(1), E75–E81. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004078
54. Müller, W., Schneider, M., Joos, T., Hsu, H. Y., & Stratz, T. (2007). Ein Modell zur Einteilung des Fibromyalgiesyndroms. *Der Schmerz*, *21*(5), 424–429). https://doi.org/10.1007/s00482-007-0541-8
55. Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain 160*(1), pp. 28–37. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390
56. Perrot, S., Choy, E., Petersel, D., Ginovker, A., & Kramer, E. (2012). Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-356/TABLES/2
57. Peter, S., Volkert, A., Pfaff, H., & Scholten, N. (2019). Ursachen für die Nicht-Teilnahme an einer postalischen Befragung zum Thema Palliativversorgung: Eine Nonresponse-Analyse unter Hausärzten und Onkologen. *Das Gesundheitswesen, Band 81*, 1G – 3. https://doi.org/10.1055/s-0039-1694339

58. Pöll, A. (2013). Charakterisierung von Fibromyalgiepatienten anhand körperlicher und psychologischer Variablen. *Med. Dissertation, Universität Ulm*. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18725/OPARU-2863
59. Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia topical collection on fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, *17*(8), 356. https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5
60. Rahman, A., Underwood, M., & Carnes, D. (2014). Fibromyalgia. *BMJ (Online),* 348, g1224. https://doi.org/10.1136/bmj.g1224
61. Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(4), 367–371. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.02.015
62. Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, *23*(5), 441–448. https://doi.org/10.1007/s10067-004-0918-3
63. Schilling, C., & Weidner, K. (2021). The Fibromyalgia Syndrome from a Psychosomatic Perspective: An Overview. *Aktuelle Rheumatologie 46*(3), 281–290. https://doi.org/10.1055/a-1325-3015
64. Sommer, C., Häuser, W., Burgmer, M., Engelhardt, R., Gerhold, K., Petzke, F., Schmidt-Wilcke, T., Späth, M., Tölle, T., Üçeyler, N., Wang, H., Winkelmann, A., & Thieme, K. (2012). Ätiologie und Pathophysiologie des Fibromyalgiesyndroms. *Der Schmerz 26*(3), 259–267. https://doi.org/10.1007/s00482-012-1174-0
65. Tesarz, J. (2018). Psychosomatik in der Schmerztherapie. In Günther H. Seidler, Jonas Tesarz, & Annette Streeck-Fischer (Eds.), *Komplexe Krisen und Störungen, 1* (pp. 19–25). Klett-Cotta, Stuttgart.
66. Thorpe, C., Ryan, B., McLean, S. L., Burt, A., Stewart, M., Brown, J. B., Reid, G. J., & Harris, S. (2009). How to obtain excellent response rates when surveying physicians. *Family Practice*, *26*(1), 65–68. https://doi.org/10.1093/fampra/cmn097
67. Toda, K. (2011). Comparison of Symptoms Among Fibromyalgia Syndrome, Chronic Widespread Pain, and an Incomplete Form of Chronic Widespread Pain. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *19*(1), 52–55. https://doi.org/10.3109/10582452.2010.502614

68. Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'Homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W. S., Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, *160*(1), 19–27. https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000001384
69. Üçeyler, N., Burgmer, M., Friedel, E., Greiner, W., Petzke, F., Sarholz, M., Schiltenwolf, M., Winkelmann, A., Sommer, C., & Häuser, W. (2017). Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome: Updated guidelines 2017, overview of systematic review articles and overview of studies on small fiber neuropathy in FMS subgroups. *Der Schmerz*, *31*(3), 239–245. https://doi.org/10.1007/s00482-017-0202-5
70. van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain*, *7*(4), 209–217. https://doi.org/10.1177/2049463713493264
71. Verra, M. L., Angst, F., Brioschi, R., Lehmann, S., Benz, T., Aeschlimann, A., De Bie, R. A., & Staal, J. B. (2018). Effectiveness of subgroup-specific pain rehabilitation: A randomized controlled trial in patients with chronic back pain. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *54*(3), 358–370. https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04716-5
72. Wang, M., Ropponen, A., Narusyte, J., Helgadóttir, B., Bergström, G., Blom, V., & Svedberg, P. (2020). Adverse outcomes of chronic widespread pain and common mental disorders in individuals with sickness absence – a prospective study of Swedish twins. *BMC Public Health 2020 20:1*, *20*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/S12889-020-09407-9
73. Wolfe, F., Brähler, E., Hinz, A., & Häuser, W. (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: Results from a survey of the general population. *Arthritis Care and Research*, *65*(5), 777–785. https://doi.org/10.1002/acr.21931
74. Wolfe, F., Butler, S. H., Fitzcharles, M., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Rasker, J. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2020). Revised chronic widespread pain

criteria: Development from and integration with fibromyalgia criteria. *Scandinavian Journal of Pain*, *20*(1), 77–86. https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0054

75. Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *46*(3), 319–329. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012
76. Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., & Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, *38*(6), 1113–1122. https://doi.org/10.3899/jrheum.100594
77. Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, *62*(5), 600–610. https://doi.org/10.1002/ACR.20140
78. Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Michael Franklin, C., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., Mccain G. A., Reynolds W. J., Romano T. J., Russell I. J., Sheon, R. P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, *33*(2), 160–172. https://doi.org/10.1002/ART.1780330203
79. Yarns, B. C., Jackson, N. J., Alas, A., Melrose, R. J., Lumley, M. A., & Sultzer, D. L. (2024). Emotional Awareness and Expression Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in Older Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *7*(6), e2415842. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15842
80. Yavne, Y., Amital, D., Watad, A., Tiosano, S., & Amital, H. (2018). A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Seminars in Arthritis and Rheumatism 48*(1), 121-133. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.011

81. Yim, Y. R., Lee, K. E., Park, D. J., Kim, S. H., Nah, S. S., Lee, J. H., Kim, S. K., Lee, Y. A., Hong, S. J., Kim, H. S., Lee, H. S., Kim, H. A., Joung, C. I., Kim, S. H., & Lee, S. S. (2017). Identifying fibromyalgia subgroups using cluster analysis: Relationships with clinical variables. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, *21*(2), 374–384. https://doi.org/10.1002/ejp.935
82. Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., & Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *11*(1), 151–171. https://doi.org/10.1016/0049-0172(81)90096-2

7. Anhang

Anhang 1: Patienten-Fragebogen

PAT Nr. ☐☐☐☐☐

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

Sie haben sich bereit erklärt, an unserer Studie „Krankheitsmodelle und Behandlungspräferenzen von Hausärzten, Psychotherapeuten und Patienten/Patientinnen bei/mit Fibromyalgiesyndrom" teilzunehmen.
Dafür möchten wir Ihnen herzlich danken.

Die Fragen beziehen sich auf das Fibromyalgiesyndrom bzw. chronische ausgedehnte Schmerzen. Unter diesen Schmerzen verstehen wir chronische Schmerzen in allen 4 Körperquadranten und im Bereich der Körperachse.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens sollte Sie nicht mehr als 5-10min Ihrer Zeit kosten. Ihre Daten werden, wie auf dem gesonderten Blatt zum Datenschutz beschrieben, in anonymisierter Form nur für diese Studie verwendet.
Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligung einschließlich Datenschutzeinwilligung zukommen, da wir den Fragebogen sonst nicht auswerten dürfen.

Vielen Dank! *Dr. Stephan Frisch, Tasja Leupold, PD Dr. Steffen Walter*

Das Datum von heute: ☐☐/☐☐/☐☐ (Tag/Monat/Jahr)

Seit wann haben Sie chronische ausgedehnte Schmerzen (Ganzkörperschmerzen)?

☐☐/☐☐ (Monat/Jahr)

Wann wurde die Diagnose Fibromyalgiesyndrom bei Ihnen gestellt?

☐☐/☐☐ (Monat/Jahr) **oder** ☐ Diagnose wurde noch nicht gestellt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Fibromyalgiesyndrom bzw. chronische ausgedehnte Schmerzen. Wir bitten Sie, jeweils die Antwort anzukreuzen, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht:

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit körperlicher Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychischer Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychosomatischer Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Behandlung des Fibromyalgiesyndroms bzw. chronischer ausgedehnter Schmerzen und inwiefern die jeweilige Therapie als wesentlicher Behandlungsbaustein speziell bei diesen chronischen Schmerzen durchgeführt werden sollte.

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Eine Lifestyle-Änderung (gesunde Ernährung, mehr Bewegung, mehr Entspannungszeiten, Rauchstopp u.a.) ist sinnvoll.					
Eine Behandlung mit Physiotherapie/ Krankengymnastik ist sinnvoll.					
Eine orthopädische Behandlung ist sinnvoll.					

PAT Nr. ☐☐☐☐☐

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Eine rheumatologische Behandlung ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Analgetika (NSAR wie z.B. Ibuprofen, Diclofenac) ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Opioiden (wie z.B. Tramadol, Tilidin) ist sinnvoll.					
Eine psychotherapeutische Behandlung ist sinnvoll.					

Im Folgenden bitten wie Sie, einige Fragen zur Entstehung des Fibromyalgiesyndroms bzw. chronischer ausgedehnter Schmerzen zu beantworten.

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Körperliche Traumatisierung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Sexuelle Misshandlung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Inwiefern stimmen Sie zu, dass die Schwierigkeit, Emotionen wie Ärger, Wut, Trauer und Angst wahrzunehmen und/oder auszudrücken eine große Rolle spielt bei der Entstehung dieser chronischen Schmerzen?					

Ich habe eine ambulante psychotherapeutische Gesprächstherapie wahrgenommen.

○ Ja ○ Nein

Nur falls Sie „nein" angekreuzt haben:
Ich habe keine ambulante Psychotherapie machen können, da ich keinen Therapeuten gefunden habe.

○ Ja ○ Nein

Ich habe eine stationäre psychotherapeutische Behandlung (psychosomatische Klinik / psychosomatische Reha) wahrgenommen.

○ Ja ○ Nein

Nur falls Sie eine (ambulante oder stationäre) Psychotherapie wahrgenommen haben:
Haben sich Ihre Schmerzen durch diese Therapie gebessert?

○ Ja ○ Nein

Sind Sie zu einem weiterführenden Gespräch in der Praxis für Neurologie und Psychiatrie Leutkirch bereit?

○ Ja ○ Nein

Anhang 2: Hausärzte-Fragebogen

HA Nr. ☐☐☐

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

Sie haben sich bereit erklärt, an unserer Studie „Krankheitsmodelle und Behandlungspräferenzen von Hausärzten, Psychotherapeuten und Patienten/Patientinnen bei/mit Fibromyalgiesyndrom" teilzunehmen.
Dafür möchten wir Ihnen herzlich danken.

Die Fragen beziehen sich auf das Fibromyalgiesyndrom bzw. chronische ausgedehnte Schmerzen. Unter diesen Schmerzen verstehen wir chronische Schmerzen in allen 4 Körperquadranten und im Bereich der Körperachse.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens sollte Sie nicht mehr als 5-10min Ihrer Zeit kosten. Ihre Daten werden, wie auf dem gesonderten Blatt zum Datenschutz beschrieben, in anonymisierter Form nur für diese Studie verwendet.
Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligung einschließlich Datenschutzeinwilligung zukommen, da wir den Fragebogen sonst nicht auswerten dürfen.

Vielen Dank! *Dr. Stephan Frisch, Tasja Leupold, PD Dr. Steffen Walter*

Das Datum von heute: ☐☐/☐☐/☐☐ (Tag/Monat/Jahr)

Stellen Sie die Diagnose Fibromyalgiesyndrom in Ihrer Praxis?
○ Ja ○ Nein

Wenn ja, in etwa wie viele Patientinnen/Patienten mit Fibromyalgiesyndrom bzw. chronisch ausgedehnten Schmerzen behandeln Sie pro Quartal?

☐☐☐ pro Quartal

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Fibromyalgiesyndrom bzw. chronische ausgedehnte Schmerzen. Wir bitten Sie, jeweils die Antwort anzukreuzen, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht:

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit körperlicher Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychischer Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychosomatischer Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Behandlung des Fibromyalgiesyndroms bzw. chronischer ausgedehnter Schmerzen und inwiefern die jeweilige Therapie als wesentlicher Behandlungsbaustein speziell bei diesen chronischen Schmerzen durchgeführt werden sollte.

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Eine Lifestyle-Änderung (gesunde Ernährung, mehr Bewegung, mehr Entspannungszeiten, Rauchstopp u.a.) ist sinnvoll.					
Eine Behandlung mit Physiotherapie/ Krankengymnastik ist sinnvoll.					

HA Nr. ☐☐☐

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Eine orthopädische Behandlung ist sinnvoll.					
Eine rheumatologische Behandlung ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Analgetika (NSAR) ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Opioiden ist sinnvoll.					
Eine psychotherapeutische Behandlung ist sinnvoll.					

Im Folgenden bitten wie Sie, einige Fragen zur Entstehung des Fibromyalgiesyndroms bzw. chronischer ausgedehnter Schmerzen zu beantworten.

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Körperliche Traumatisierung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Sexuelle Misshandlung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Inwiefern stimmen Sie zu, dass die Schwierigkeit, Emotionen wie Ärger, Wut, Trauer und Angst wahrzunehmen und/oder auszudrücken eine große Rolle spielt bei der Entstehung dieser chronischen Schmerzen?					

Ich überweise meine Patienten mit Fibromyalgiesyndrom bzw. chronischen ausgedehnten Schmerzen in der Regel zu einem ambulanten Psychotherapeuten.

○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Eine ambulante Psychotherapie führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei diesen Patienten.

○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Eine stationäre Psychotherapie (Psychosomatische Klinik- oder Rehabehandlung) führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei den Patienten.

○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Sind Sie bereit, einen zweiten, ausführlicheren Fragebogen zu beantworten?

○ Ja ○ Nein

Anhang 3: Psychotherapeuten-Fragebogen

PT ☐☐☐

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

Sie haben sich bereit erklärt, an unserer Studie „Krankheitsmodelle und Behandlungspräferenzen von Hausärzten, Psychotherapeuten und Patienten/Patientinnen bei/mit Fibromyalgiesyndrom" teilzunehmen.
Dafür möchten wir Ihnen herzlich danken.

Die Fragen beziehen sich auf das Fibromyalgiesyndrom bzw. chronische ausgedehnte Schmerzen. Unter diesen Schmerzen verstehen wir chronische Schmerzen in allen 4 Körperquadranten und im Bereich der Körperachse.

Das Ausfüllen dieses Fragebogens sollte Sie nicht mehr als 5-10min Ihrer Zeit kosten. Ihre Daten werden, wie auf dem gesonderten Blatt zum Datenschutz beschrieben, in anonymisierter Form nur für diese Studie verwendet.
Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligung einschließlich Datenschutzeinwilligung zukommen, da wir den Fragebogen sonst nicht auswerten dürfen.

Vielen Dank! *Dr. Stephan Frisch, Tasja Leupold, PD Dr. Steffen Walter*

Das Datum von heute: ☐☐/☐☐/☐☐ (Tag/Monat/Jahr)

Stellen Sie die Diagnose Fibromyalgiesyndrom in Ihrer Praxis?

○ Ja ○ Nein

Behandeln Sie Patienten mit Fibromyalgiesyndrom bzw. bei chronisch ausgedehnten Schmerzen?
Wenn ja, in etwa wie viele pro Quartal?

○ Ja, ☐☐☐ pro Quartal ○ Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Fibromyalgiesyndrom bzw. chronische ausgedehnte Schmerzen. Wir bitten Sie, jeweils die Antwort anzukreuzen, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht:

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit körperlicher Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychischer Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Diese chronischen Schmerzen sind eine Schmerzerkrankung mit psychosomatischer Ursache.
○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die <u>Behandlung</u> des Fibromyalgiesyndroms bzw. chronischer ausgedehnter Schmerzen und inwiefern die jeweilige Therapie als wesentlicher Behandlungsbaustein speziell bei diesen chronischen Schmerzen durchgeführt werden sollte.

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Eine Lifestyle-Änderung (gesunde Ernährung, mehr Bewegung, mehr Entspannungszeiten, Rauchstopp u.a.) ist sinnvoll.					
Eine Behandlung mit Physiotherapie/ Krankengymnastik ist sinnvoll.					

PT ☐☐☐

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Eine orthopädische Behandlung ist sinnvoll.					
Eine rheumatologische Behandlung ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Analgetika (NSAR) ist sinnvoll.					
Eine medikamentöse Behandlung mit Opioiden ist sinnvoll.					
Eine psychotherapeutische Behandlung ist sinnvoll.					

Im Folgenden bitten wie Sie, einige Fragen zur Entstehung des Fibromyalgiesyndroms bzw. chronischer ausgedehnter Schmerzen zu beantworten.

	Stimme zu	*Stimme eher zu*	*Stimme eher nicht zu*	*Stimme nicht zu*	*Weiß nicht*
Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Körperliche Traumatisierung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Sexuelle Misshandlung in der Kindheit und Jugend ist sehr wesentlich für die Entstehung.					
Inwiefern stimmen Sie zu, dass die Schwierigkeit, Emotionen wie Ärger, Wut, Trauer und Angst wahrzunehmen und/oder auszudrücken eine große Rolle spielt bei der Entstehung dieser chronischen Schmerzen?					

Ich behandle meine Patienten in einer ambulanten Psychotherapie wegen Fibromyalgiesyndrom bzw. chronischen ausgedehnten Schmerzen.

○ Ja ○ Nein

Eine ambulante Psychotherapie führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei diesen Patienten.

○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Eine stationäre Psychotherapie (Psychosomatische Klinik- oder Rehabehandlung) führt zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik bei diesen Patienten.

○ *Stimme zu* ○ *Stimme eher zu* ○ *Stimme eher nicht zu* ○ *Stimme nicht zu* ○ *Weiß nicht*

Sind Sie bereit, einen zweiten, etwas ausführlicheren Fragebogen auszufüllen?

○ Ja ○ Nein

8. Danksagung

Zuallererst möchte ich meinem Doktorvater, Prof. Dr. Steffen Walter, meinen tief empfundenen Dank aussprechen. Für die Zuteilung des Themas, für die freie Hand und gleichzeitig für das gezielte Eingreifen, wenn es notwendig war, bin ich sehr dankbar.

Mein besonderer Dank gilt Dr. Stephan A. L. Frisch für seine außergewöhnliche Betreuung und Geduld über die nun doch längere Zeit hinweg. Es ist bemerkenswert, dass oft er es war, der mich zum Weitermachen motiviert hat und nicht umgekehrt und ich bin mir bewusst, welches Glück ich hatte.

Ebenfalls danke ich meiner Doktorandengruppe für die anregenden Diskussionen und die lehrreichen Kolloquien. Der fachliche Austausch hat meinen Blick auf viele Themen geschärft und meine Arbeit bereichert.

Mein tiefer Dank gilt meinem Mann, der wirklich alles gegeben hat, um mich auf diesem Weg zu begleiten und zu unterstützen und sich dabei oft genug hinten angestellt hat. Du warst von Anfang bis Ende dieses Studiums an meiner Seite, und hast mich als Mensch und Ärztin geprägt.

Es gibt jedoch zwei Menschen, ohne die ich diesen langen Weg und besonders den Endspurt nicht durchgehalten hätte: Die besten Zwillinge der Welt, Annika und Dr. Kristin Oesterwinter. Ohne eure Hilfe in zahlreichen seelischen Notlagen und Office-Notfällen hätte ich das alles nicht geschafft!

9. Lebenslauf

Persönliche Angaben

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.