

Was sind die Kernsymptome des Fibromyalgiesyndroms ? - Ergebnisse einer Umfrage der Deutschen Fibromyalgie-Vereinigung

W Häuser ¹, C Zimmer ^{1*}, E Felde ², V Köllner ³

¹ Zentrum für Schmerztherapie/Medizinische Klinik I, Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken

² Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung, Seckach

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mediclin Kliniken Blieskastel, Blieskastel und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Winfried Häuser

Zentrum für Schmerztherapie/Innere Medizin I (Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten, Psychosomatik)

Klinikum Saarbrücken gGmbH

Winterberg 1

66119 Saarbrücken

Tel: 0681-963-2020

Fax: 0681-963-2022

Email: whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

* Die Arbeit enthält Ergebnisse der medizinischen Dissertation von Frau Claudia Zimmer

Einleitung: Aus rheumatologischer Sicht wird eine symptom-basierte Neudefinition des Fibromyalgiesyndroms ohne Tenderpoints diskutiert. Studien zu den „Kern-“ und Begleitsymptomen sowie Begleiterkrankungen des Fibromyalgiesyndroms wurden bisher in Europa nicht durchgeführt.

Methodik: Die Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung DFV entwickelte aus eigener Initiative und ohne Bezug zur Diskussion zur Klassifikation und Definition des FMS einen „Fragebogen zu möglichen Begleitsymptomen bei Fibromyalgie“. Die Items des Fragebogens wurden vom Vorstand der DFV auf der Grundlage eines über mehrere Jahre von DFV-Mitgliedern auf Grund eigener Beschwerden entwickelten Symptomliste abgeleitet. Der Fragebogen wurde einer Ausgabe des Publikationsorgans der DFV „Optimist“ beigelegt und an alle 3996 Mitglieder der DFV mit der Bitte um Beantwortung verschickt.

Ergebnisse: 699/753 zurückgeschickten Fragebögen (96% Frauen, Altersgipfel 50-60 Jahre) wurden ausgewertet. Die Rangfolge der häufigsten Symptome (>97% der Antwortenden) war: Muskelschmerzen wechselnder Lokalisation; Rückenschmerzen; Müdigkeit; Gelenkschmerzen wechselnder Lokalisation; Gefühl, schlecht geschlafen zu haben; Morgensteifigkeit; Zerschlagenheit am Morgen; Konzentrationsschwäche; Antriebsschwäche; geringe Leistungsfähigkeit und Vergesslichkeit. Alle Antwortenden gaben mindestens 10 extra-muskuloskelettale Beschwerden an.

Schlussfolgerung: Die Kernsymptome des FMS sind chronisch weit verbreitete Schmerzen, nicht-erholsamer Schlaf und subjektives Beeinträchtigungserleben. Die Angabe weiterer allgemeiner und extra-muskuloskelettaler Symptome durch alle Patienten zeigt, dass das Fibromyalgiesyndrom mehr als eine „Schmerzkrankheit“ ist.

Schlüsselwörter: Fibromyalgiesyndrom – Kernsymptome – Deutsche Fibromyalgievereinigung - Umfrage

Summary: What are the key symptoms of fibromyalgia? - A survey of the German Fibromyalgia Association

Introduction: A new definition of fibromyalgia based on symptoms and without tender points is discussed within rheumatology. Studies on the key- and additional symptoms and comorbidities in fibromyalgia (FM) had not been conducted in Europe so far.

Methods: The German Fibromyalgia Association DFV developed by its own initiative and without reference to the discussion on the classification and definition of FM a “Questionnaire on potential symptoms in FM”. The items of the questionnaire were derived from a list of symptoms in FM developed over five years by members of the DFV based on their own symptoms. The questionnaire was send within the periodical “The optimist” of the DFV to all 3996 members of the DFV.

Results: 699/753 questionnaires returned (95% women, most frequent age between 50-60 years) were evaluated. The rank order of the most frequent symptoms ($\geq 97\%$ of the respondents) was: Muscle pain with varying location, low back pain, fatigue, morning stiffness, non-restorative sleep, concentration problems, lack of energy, low productivity and forgetfulness. All respondents stated at least ten extra-musculoskeletal symptoms.

Conclusion: The key symptoms of FM are chronic widespread pain, non-restorative sleep and disabilities. The frequency of general and extra-musculoskeletal symptoms underline that FM is more than a “pain disorder”.

Key words: Fibromyalgia – Key symptoms – Survey- German Fibromyalgia Association

Hintergrund und Fragestellung

Muskuloskeletale Schmerzen sind die häufigsten Schmerzsyndrome der allgemeinen Bevölkerung von Industrienationen (1). In der deutschen Gesundheitsstudie gaben 16% der Bevölkerung zum Untersuchungszeitpunkt an, unter schweren muskuloskelettalen Schmerzen zu leiden (2). In der Allgemeinenbevölkerung überwiegen mono- und oligolokuläre muskuloskeletale Schmerzsyndrome (1). Mit den Kriterien des Amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie (ACR) für einen „chronic widespread pain“ [CWP] wurden erstmals Klassifikationskriterien für chronische weit verbreitete muskuloskeletale Schmerzen definiert: Ein CWP wird als

- 3 Monate bestehender Schmerz
- in mehreren (≥ 3) Körperregionen
- Betroffen sein müssen : 1. Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Thorax oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule) (Obligat) und 2. rechte oder 3. linke Körperhälfte oder 4. oberhalb oder 5. unterhalb der Taille (2.-5. fakultativ)

Die anamnestischen Angaben eines chronisch weit verbreiteten Schmerzes und der klinische Befund einer schmerzhaften Palpation von mindestens 11/18 Tenderpoints definieren das Fibromyalgiesyndrom FMS (24).

Die ACR-Klassifikationskriterien des CWP und des Fibromyalgiesyndroms definieren Subgruppen aus dem klinischen Kontinuum unterschiedlicher Ausprägungen chronischer muskuloskelettaler Schmerzen. Das Fibromyalgiesyndrom kann dabei als eine Variante des CWP bzw. als das Ende eines Schmerz-Distress- Kontinuums angesehen werden (26). Bei Anwendung der Diagnosekriterien psychischer Störungen erfüllt ein Teil der Patienten mit der ACR-Diagnose eines FMS die ICD-10 Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung (9,10)

In bevölkerungsbasierten als auch in klinischen Stichproben geben Menschen mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen inklusive des Fibromyalgiesyndroms meist auch andere körperliche Beschwerden an, insbesondere Müdigkeit und Magen-Darmbezogene Symptome sowie Angst und Depressivität (11,12,16). In die deutschen Diagnose-Kriterien der „Generalisierten Tendomyopathie“ wurden neben dem CWP und druckschmerzhaften Tenderpoints mindestens 3 verschiedene klinische Zeichen einer „vegetativen Labilität“, mindestens 3 verschiedene funktionelle Störungen sowie Schlafstörungen eingeschlossen (17). Die genannten nicht-

muskuloskelettalen Beschwerden wurden in den Klassifikationskriterien des FMS durch die ACR nicht berücksichtigt.

In den letzten Jahren nimmt die Kritik an der Verwendung der ACR-Klassifikationskriterien des FMS zu klinischen Zwecken (Diagnosestellung) durch Rheumatologen zu, die eine symptom-basierte Neudefinition des FMS und einen Verzicht auf die Tenderpointüberprüfung fordern (15, 26,27). Chronische multilokuläre muskuloskelettale Schmerzen, Müdigkeit, Schlafstörungen und subjektives Beeinträchtigungserleben wurden von rheumatologischen Experten als Kardinalsymptome des FMS beschrieben (15,16). Neben der Expertensicht sind epidemiologische Erhebungen sowie Befragungen von Betroffenen notwendig, um die Kardinal- und Begleitsymptome und Komorbiditäten des FMS zu erfassen. Studien an größeren Patientenpopulationen zu den (Begleit-)Symptomen des FMS wurden bisher nur bei US-Amerikanischen Stichproben durchgeführt (3,15,22). Auf dem Hintergrund der Diskussion um die klinischen Diagnosekriterien des FMS hatten wir die Gelegenheit, erstmals (Begleit-)Symptome des FMS bei einer großen europäischen Patientenpopulation zu untersuchen. Die Ergebnisse einer Umfrage der Deutschen Fibromyalgievereinigung DFV, der größten deutschen Selbsthilfeorganisation von Fibromyalgie-Betroffenen, zu „Möglichen Begleitsymptomen bei Fibromyalgie“ wurde unter folgenden Fragestellungen und Hypothesen ausgewertet:

a. Welche Beschwerden werden in welcher Ausprägung von FMS-Patienten angegeben?

Ausgehend von dem US-Amerikanischen Expertenkonsens (16) und eigener klinischer Erfahrungen erwarteten wir, dass neben multilokulären muskuloskelettalen Schmerzen Müdigkeit und Schlafstörungen als häufigste Beschwerden angegeben werden.

b. Welchen Einfluss haben soziodemographische (Alter, Geschlecht) und klinische Variablen (Angabe familiären Vorkommens des FMS, seelische Probleme vor Auftreten des FMS, Dauer der Beschwerdesymptomatik) auf das Ausmaß des psychophysischen Distresses (Summenwert der Symptome) von FMS-Patienten?

Auf Grund der Zunahme muskuloskelettaler Schmerzen im Alter (2) und auf Grund einer Befragung repräsentativer deutscher Bevölkerungstichprobe zu körperlichen (4) bzw. somatoformen Beschwerden (13) erwarteten wir, dass weibliche und ältere Patienten mehr körperliche Beschwerden aufweisen männliche und jüngere Patienten. Auf Grund von Studien zum Verlauf des FMS, in der eine Persistenz der Symptome bei den meisten Patienten beschrieben wurde (18,23), nahmen wir an, dass

der Gesamtbeschwerdescore mit der Dauer der Beschwerdesymptomatik zunimmt. Ausgehend von Studien zum Einfluss der Komorbidität auf den klinischen Zustand von Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates (19) erwarteten wir eine Assoziation der Anzahl berichteter körperlicher Komorbiditäten mit dem Gesamtbeschwerdescore. Aus der Literatur abgeleitete Hypothesen bzgl. des Einflusses seelischer Probleme vor Manifestation des FMS und einer familiären Häufung waren nicht möglich, da hierzu keine Studien identifiziert werden konnten. Auf Grund der klinischen Erfahrung gingen wir von der Annahme aus, dass die Angabe von seelischen Problemen vor Manifestation des FMS und von familiärem Vorkommen des FMS mit einem höheren Gesamtbeschwerdescore assoziiert ist.

2. Patienten und Methodik

2.1 Fragebogen zu Begleitsymptomen des FMS

Die deutsche Fibromyalgievereinigung DFV entwickelte aus eigener Initiative und ohne Bezug zur Diskussion zur Klassifikation und Definition des FMS einen „Fragebogen zu möglichen Begleitsymptomen bei Fibromyalgie“. Die Items des Fragebogens wurden von Vorstand der DFV auf der Grundlage eines über mehrere Jahre von DFV-Mitgliedern auf Grund eigener Beschwerden entwickelten Symptomfragebogens zusammengestellt. Der Fragebogen enthielt 54 vorgegebene Symptome und 23 Diagnosen/Befunde. Die Ausprägung der Beschwerden wurde auf einer von 0=keine bis 3= stark reichenden Skala angegeben. Der Fragebogen enthielt keine Möglichkeit, die Dauer der einzelnen Beschwerden anzugeben. Bei einer Frage bestand die Möglichkeit, eine Angabe zur Dauer der gesamten Beschwerdesymptomatik zu machen. Weiterhin bestand die Möglichkeit, im Freitext weitere Beschwerden und Erkrankungen anzugeben. Weitere Fragen bezogen sich auf das Alter (Kategorien 0-10, 10-20,... >70 Jahre), Geschlecht, Vorkommen von FMS in der Familie, Zeitpunkt der FMS-Diagnose und „psychischen Problemen vor Ausbruch der Fibromyalgie“. Medizinische Experten wurden für die Entwicklung des Fragebogens nicht konsultiert. In die Analyse wurden nur die 54 Symptome des Fragebogens eingeschlossen. Bei den im Freitext angegebenen weiteren Beschwerden und Erkrankungen wurden nur chronische Erkrankungen berücksichtigt.

2.2 Studiendesign und Patienten

Der Fragebogen wurde am 01.07.2006 der Ausgabe 02/2006 des Publikationsorgans der DFV „Optimist“ mit der Bitte um Beantwortung und Rücksendung an die DFV

beigelegt wurde. Die Ausgabe wurde an alle 4850 Mitglieder der DFV (laut Mitgliederverzeichnis: 95% FMS-Betroffene) geschickt. Um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens an die Geschäftsstelle der DFV wurde bis zum 31.10.2006 gebeten.

2.3 Statistische Auswertung

Die Fragebögen wurden von der Geschäftsstelle der DFV unter Entfernung der Adresse des ursprünglichen Absenders im Rahmen eines nach der Aussendung der Fragebögen entstandenen wissenschaftlichen Kooperationsprojektes an Dr. Winfried Häuser, Medizinische Klinik I, Klinikum Saarbrücken geschickt und von einer der Autorinnen ausgewertet. Dazu wurden die Daten mit doppelter Eingabekontrolle in eine Excel-Datei übertragen. Vor der Eingabe wurde festgelegt, dass ein Ausschluss aus der Auswertung bei folgenden Bedingungen erfolgt: Fehlende Angabe, dass FMS-Diagnose von Arzt gestellt und > 25% aller Fragen nicht beantwortet. Nicht beantwortete Fragen wurden als missing items (keine Kodierung) behandelt. Die Datenanalyse erfolgte mit Winstat for Excel (Version 2001.1, R. Fitch Software, Deutschland). Die deskriptiven Daten wurden mit Absolut- und Prozentangaben sowie als Median mit 25%- und 75% Perzentile dargestellt. Gruppenvergleiche erfolgten mit Chi²-Quadrat- und nichtparametrischen Testen (Mann-Whitney-U-Test). Um den relativen Einfluss potentieller Prädiktivvariablen auf den Gesamtbeschwerdescore zu bestimmen, wurde eine multiple Regressionsanalyse mit p in und aus =0.05 mit folgenden unabhängigen Variablen durchgeführt:

Geschlecht (Kodierung: 0=weiblich, 1= männlich)

Aktuelles Alter (Jahre, kontinuierlich)

Beschwerdedauer (Jahre, kontinuierlich)

Anzahl Diagnosen Komorbiditäten (Kodierung: 0,1,2,3...)

Angabe familiären Vorkommens Fibromyalgiesyndrom (Kodierung: 0=Ja, 1= Nein)

Angabe seelischer Probleme vor „Ausbruch“ des Fibromyalgiesyndroms (Kodierung: 0=Ja, 1= Nein)

Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurden Alterskategorie und Geschlecht der Stichprobe mit der Gesamtheit der angeschriebenen Mitglieder der DFV verglichen. Das Alter und Geschlecht der DFV-Mitglieder mit einer selbstberichteten Diagnose eines FMS wurden von der Geschäftsstelle der DFV anonym zur Verfügung gestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Patienten

753/ 3996 der Untersuchungsstichprobe(18.8%) schickten den Fragebogen an die Geschäftsstelle der DFV zurück. 39 Fragebögen wurden ausgeschlossen, da die Angabe fehlte, dass die FMS-Diagnose durch einen Arzt gestellt wurde. 15 Fragebögen wurden ausgeschlossen, da mehr als 20 Fragen des gesamten Fragebogens nicht beantwortet waren. Somit kamen 699 Fragebögen in die Auswertung.

Die in dem Fragebogen erfassten soziodemographischen und klinischen Daten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1

668/699 (95.6%) der Antwortenden waren Frauen. Der Altersgipfel der Stichprobe lag zwischen 50 und 60 Jahren. Im Vergleich zum Mitgliedsverzeichnis der DFV mit 92.2% Frauen waren bei der Stichprobe Frauen überrepräsentiert ($\text{Chi}^2 = 3.8$, $p=0.05$). Im Vergleich der Alterskategorien fanden sich keine Unterschiede zwischen der Stichprobe und der DFV-Gesamtpopulation von Betroffenen($\text{Chi}^2 =25.3$, $p=0.99$). Der Median des Zeitraumes seit Diagnosestellung des FMS lag bei 5 Jahren. 316 (48%) der Patienten gaben seelische Probleme vor Manifestation der FMS-Symptomatik an. Ein familiäres Vorkommen des FMS wurde von 156 (25%) der Antwortenden angegeben.

3.2 Symptome

Die im Fragebogen vorgegebenen Symptome sind in Tabelle 2 geordnet nach Häufigkeit und Intensität aufgeführt.

Tabelle 2

Die Rangfolge der häufigsten Symptome ($\geq 97\%$ der Antwortenden) war: Muskelschmerzen wechselnder Lokalisation; Rückenschmerzen; Müdigkeit; Gelenkschmerzen wechselnder Lokalisation; Gefühl, schlecht geschlafen zu haben, Morgensteifigkeit und Zerschlagenheit am Morgen. Alle Antwortenden gaben mindestens 10 extramuskuloskelettale Beschwerden an.

3.3 Begleiterkrankungen

Die Antworten auf die offenen Fragen nach sonstigen Beschwerden und Diagnosen sind in Tabelle 3 aufgeführt.

188 (26.9%) der Antwortenden gaben keine, 196 (28.0%) eine, 153 (21.9%) zwei, 71 (10.2%) drei und mehr als drei Begleiterkrankungen an. Die häufigsten Diagnosekategorien waren Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (52.2%, führend Arthrose und Osteoporose), Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (24.6%, führend arterielle Hypertonie und Herzrhythmusstörungen), des Verdauungssystems (22.7%, führend Refluxösophagitis und Reizdarmsyndrom), des Stoffwechsels (20.5%; führend Hypothyreose und Diabetes mellitus) sowie des Nervensystems (18.7%; führend Restless legs Syndrom und Karpaltunnelsyndrom). Die häufigsten Begleiterkrankungen waren arterielle Hypertonie (14.0%), Refluxösophagitis (8.5%), Reizdarmsyndrom (7.9%), Arthrose (7.6%) und Restless legs syndrom (7.0%).

3.4 Überprüfung der Hypothesen

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4

Jüngeres Lebensalter, Anzahl Komorbiditäten, lange Dauer der Beschwerdesymptomatik, Angaben von keinem familiärem Vorkommen von FMS sowie fehlender seelischer Probleme vor Manifestation des FMS prädizierten signifikant einen hohen Gesamtbeschwerdescore ($df=5$, $F= 14.8$, $p < 0.0001$). Der Anteil der erklärten Gesamtvarianz war gering (Gesamtes korrigiertes $R^2 = 10.7$). Das Geschlecht hatte keinen Einfluss auf den Gesamtbeschwerdescore.

Diskussion

Im Kontext der Diskussion einer symptom-basierten Neudefinition des FMS wurde eine Befragung der Deutschen Fibromyalgievereinigung bei ihren Mitgliedern zu möglichen Begleitsymptomen und –erkrankungen des FMS analysiert. Die wesentlichen Ergebnisse der Studie können wie folgt zusammengefasst werden:

a. Die häufigsten und ausgeprägtesten Beschwerden beim FMS waren: Muskelschmerzen wechselnder Lokalisation; Rückenschmerzen; Müdigkeit; Gelenkschmerzen wechselnder Lokalisation; Gefühl, schlecht geschlafen zu haben Morgensteifigkeit und Zerschlagenheit am Morgen. Somit gaben 99% der Antwortenden als

Hauptbeschwerden die Symptome eines chronischen weitverbreiteten Schmerzes nach den ACR-Kriterien an. In Übereinstimmung mit der Hypothese wurden als weitere Hauptsymptome Müdigkeit; Gefühl, schlecht geschlafen zu haben, Morgensteifigkeit und Zerschlagenheit am Morgen angegeben.

b. Jüngerer Lebensalter, Anzahl der Komorbiditäten, lange Dauer der Beschwerdesymptomatik, fehlendes familiäres Vorkommen des FMS sowie keine seelische Probleme vor Manifestation des FMS prädizierten einen hohen Gesamtbeschwerdescore. Die Ergebnisse der vorliegenden deutschen Stichprobe sind mit denen US-Amerikanischer Studien bzgl. der Häufigkeit der häufigsten Symptome des FMS vergleichbar: In der Studie mehrerer rheumatologischer Zentren, in der die Klassifikationskriterien des Fibromyalgiesyndroms des American College of Rheumatology entwickelt wurden, gaben 98% der Patienten einen CWP und ca 76% Schlafstörungen, 78% Müdigkeit und 76% Morgensteifigkeit >15 Minuten an (22). In einer Internetbefragung bei 2569 Personen (überwiegend USA, 97% weiblich) wurden als intensivste Symptome in der letzten Woche in absteigender Reihenfolge Morgensteifigkeit, Müdigkeit, nichterholsamer Schlaf, Schmerzen, Vergesslichkeit und Konzentrationsprobleme genannt (3).

Unterschiede zeigten sich bzgl. der Häufigkeit von weiteren funktionellen somatischen Syndromen und seelischen Symptomen zwischen den US-Amerikanischen und deutschen Stichproben. An Begleitsymptomen wurden in der ACR-Klassifikationsstichprobe von 50% der Patienten Parästhesien, Ängstlichkeit und Kopfschmerzen sowie von 33% Reizdarmsymptome angegeben (24). In der Internetstudie wurden von 47% der Patienten Kopfschmerzen, von 44% Reizdarmsyndrom, von 40% Depressionen, von 38% Angststörungen und von 32% Restless legs Syndrom angegeben (3). In einer krankensicherungs-basierten US-Amerikanischen Stichprobe wurde die ICD-9 Diagnose einer Depression bei 6.6%, einer Angststörung bei 19.8% und eines Reizdarmsyndroms bei 10.7% gestellt (22). In der Studie von Samborski gaben deutsche Patienten als häufigste Begleitsymptome, Schlafstörungen (92%), Kopfschmerzen (86%), Dysästhesien(84%) und Magenbeschwerden (56%) an (1). Die Patienten der vorliegenden Stichprobe gaben eine größere Häufigkeit von Angst und Depression (86%) und eine geringere Häufigkeit von Reizdarm(8%) und Restless legs Syndrom (7%) an als die Patienten in den US-Amerikanischen Studien. Psychische Symptome wurden in der Studie von Samborski nicht erfasst. Die divergenten Ergebnisse der angeführten Studien können durch die unterschiedlichen Vorgaben in den Fragebögen erklärt werden: Im Gegen-

satz zu den US-Amerikanischen Internetbefragung (3) wurde von der DFV „Depressionen“ und „Angstgefühle“ vorgegeben. Reizdarm und Restless Legs Syndrom wurden bei der DFV-Studie im Gegensatz zur US-Amerikanischen Internetstudie (3) nur über Freitextangaben erfasst. Wie die Symptome und Diagnosen in der ACR-Studie (24) und in der Studie von Samborski (21) erfasst wurden, ist in den Publikationen nicht zu erkennen. Zusammengefasst lässt sich aus den referierten Studien die Hypothese ableiten, dass die Anzahl der angegebenen Symptome und Erkrankungen bzw. Syndrome höher ist, wenn diese im Fragebogen vorgegeben werden, als wenn sie von den Betroffenen im Freitext angegeben bzw. von Ärzten erfasst werden.

Die Häufigkeit und Arten internistischer Komorbiditäten der Stichprobe mit Überwiegen von Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sind denen einer deutschen Stichprobe von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eines Zentrums der Tertiärversorgung vergleichbar (5). Bemerkenswert ist die hohe Anzahl weiterer Diagnosen aus der ICD-10 Kategorie „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Auf Grund des Studiencharakters (postalische Befragung) lässt sich nicht klären, ob bei den Antwortenden zusätzliche degenerative Erkrankungen von Krankheitswert vorlagen oder ob es sich um orthopädische multiple „Verlegenheitsdiagnosen“ für ein Fibromyalgiesyndrom handelt. Die Richtung des Zusammenhanges zwischen Gesamtbeschwerdescore und Komorbidität kann auf Grund des Querschnittsdesign der Studie nicht geklärt werden. Körperliche Erkrankungen und ihre Medikation können zu vermehrten körperlichen Beschwerden führen. Umgekehrt kann ein hoher Gesamtbeschwerdescore auf eine hohe Somatisierungsneigung mit vermehrten Arztbesuchen und hieraus resultierenden Diagnosen hinweisen (5). In einer prospektiven US-Amerikanischen Studie, welche sowohl Patienten aus der Primär- und Tertiärversorgung einschloss, prädizierten Komorbiditäten einen schlechteren Gesundheitsstatus im Verlauf (8). Im Vergleich zu einer krankensicherungs-basierten US-Amerikanischen Stichprobe, in der eine signifikante Assoziation von rheumatoider Arthritis und systemischen Lupus erythemodes mit dem FMS beschrieben wurde (22), fehlten die Angaben dieser Erkrankungen in unserer Stichprobe. Eine Erklärung für diesen Befund ist die Hypothese, dass Patienten mit einem „sekundären“ FMS nach deutscher Nomenklatur (FMS assoziiert mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung) nicht an der Studie teilgenommen haben.

Der Befund, dass 48% der Mitglieder einer Selbsthilfeorganisation seelische Probleme vor Manifestation des FMS angaben, bestätigt Ergebnisse aus Stichproben von

Schmerzambulanzen (10), dass bei einem Teil der FMS-Patienten ein ICD-10 Kriterium einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, nämlich das Auftreten der Schmerzsymptomatik in zeitlichem Zusammenhang mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen (7), erfüllt ist. Der Befund steht jedoch im Widerspruch zu dem übergeordneten ICD-10 –Kriterium von somatoformen Störungen, nämlich dass sich die Betroffenen gewöhnlich Versuchen widersetzen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren. Die vorliegende Studie bestätigt bisherige Einwände, das FMS pauschal unter den somatoformen Störungen zu klassifizieren (9).

Einige aus der Literatur zu körperlichen Beschwerden und chronischen Schmerzsyndromen in der allgemeinen Bevölkerung abgeleitete Hypothesen zu Prädiktoren des Gesamtbeschwerdescores (Dauer der Beschwerdesymptomatik, Anzahl Komorbiditäten) konnten bestätigt werden, nicht jedoch die Hypothesen zum Einfluss des Lebensalters, des Geschlechts, seelischer Probleme vor Manifestation des FMS und des familiären Vorkommens. Im Gegensatz zur allgemeinen Bevölkerung konnten wir keinen Geschlechts- und Alterseinfluss auf den Gesamtbeschwerdewert feststellen.

Auch US-Amerikanische Vergleichsuntersuchungen zwischen männlichen und weiblichen FMS-Patienten in der allgemeinen Bevölkerung (25) und klinischen Stichproben (6) konnten keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Symptomausprägung feststellen. Auch die Studie von Samborski fand keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit vegetativer Symptome und funktioneller Beschwerden (21). Eine mögliche Erklärung für den Befund, dass jüngeres Lebensalter einen höheren Gesamtbeschwerdewert prädizierte, könnte darin liegen, dass jüngere FMS-Patienten im Vergleich zu gesunden bzw. oligosymptomatischen Gleichaltrigen einen höheren Leidens- und Beschwerdedruck kommunizieren als ältere FMS-Patienten, die sich eher mit Personen vergleichen, welche auf Grund des zunehmenden Lebensalters und körperlicher (Ko-)morbiditäten ebenfalls vermehrt über körperliche Beschwerden klagen. Weitere Studien mit Vergleich von Subgruppen von FMS-Patienten (mit und ohne familiäres Vorkommen des FMS bzw. mit und ohne psychische Komorbidität, z. B. somatoforme Schmerzstörung) sind notwendig, um den Einfluss der genannten Variablen auf die Symptomatik des FMS zu klären.

Folgende Limitationen der Studie sind zu berücksichtigen:

a. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation deutscher Menschen, welche die Kriterien eines FMS erfüllen. Die Stichprobe ist mit einem sehr deutlichen Überwiegen von Frauen auch nicht repräsentativ für die in der DFV organisierten FMS-Patienten. Da nur 19% der Mitglieder der DFV sich an der Umfrage

beteiligten, ist ein „Response“- bzw. „Partizipation-Bias“ möglich in dem Sinne, dass Betroffene mit hohem Leidensdruck an der Studie teilnahmen. Andererseits handelt es sich um die größte Anzahl von befragten Betroffenen in bisher publizierten europäischen Studien zu Symptomen des FMS.

b. Auf Grund der postalischen Befragung war es nicht möglich, die Diagnose eines FMS zu überprüfen. Es wurden jedoch nur die Teilnehmer ausgewertet, die angaben, dass die FMS-Diagnose durch einen Arzt gestellt oder bestätigt worden war. Nach welchen Kriterien die FMS-Diagnose (z. B. ACR- Kriterien oder andere klinische Kriterien) gestellt worden war, wurde nicht erfasst. Wie bereits ausgeführt, erfüllten 99% der Antwortenden die ACR-Kriterien eines CWP.

c. Im Gegensatz zu den zitierten Studien aus der allgemeinen Bevölkerung wurden in der vorliegenden keine validierte Beschwerdelisten wie der GBB 24 (4) bzw. Komorbiditätslisten, z. B. die Gewichtete Krankheitenliste GKL (19) verwendet. Ein von Betroffenen selbst entwickelte Beschwerdeliste hat jedoch den Vorteil einer hohen „Face“-Validität für die Befragten, welche sich auch in der sehr geringen Anzahl nicht beantworteter Items zeigt. Weiterhin werden in validierten Beschwerdelisten wie dem Giessener Beschwerdebogen GBB 24 (4) oder dem Screening für somatoforme Störungen SOMS (11) die beim FMS häufigen Symptome einer visuellen (Lichtempfindlichkeit) und auditiven (Geräuschempfindlichkeit, Ohrgeräusche) Hypervigilanz sowie Ödemneigung nicht erfasst.

Die DFV-Studie zu „Begleitsymptomen der Fibromyalgie“ unterstützt die Schlussfolgerungen US-Amerikanischer Autoren, dass CWP und (11/18) Tenderpoints nicht die „Essenz“ des FMS erfassen (15,16,20,26). Die Kardinalsymptome des FMS sind CWP, nicht-erholsamer Schlaf, geistige und/oder körperliche Müdigkeit/vermehrte Erschöpfbarkeit und hohes subjektives Beeinträchtigungserleben (16). Die meisten Betroffenen geben zusätzliche, jedoch variable ausgeprägte körperliche (auf innere Organe bezogene) und pseudoneurologische Symptome) sowie seelische Beschwerden an. Eine multiaxiale Taxonomie (20) bzw. eine Subgruppenunterteilung des FMS (symptombasierte Diagnose des FMS durch die genannten Hauptsymptome mit und ohne psychische Komorbidität sowie mit und ohne weitere funktionelle somatische Syndrome wie Reizdarmsyndrom) (12) sollte daher entwickelt werden.

Tabelle 1: Soziodemographische und klinische Daten der Stichprobe

	Absolut (%)	Fehlende Angaben Absolut (%)	Median (25%-75% Perzentile)	Mittelwert (Standardabweichung)
Geschlecht		0		
<i>Weiblich</i>	668 (95,6)			
<i>Männlich</i>	31 (4,4)			
Alter		1 (0,1)	5 (4 – 6)	4,9 (1,0)
<i>0 - 20 Jahre</i>	2 (0,3)			
<i>20 - 30 Jahre</i>	14 (2,0)			
<i>30 – 40 Jahre</i>	40 (5,7)			
<i>40 – 50 Jahre</i>	172 (24,6)			
<i>50 – 60 Jahre</i>	284 (40,7)			
<i>60 – 70 Jahre</i>	163 (23,4)			
<i>> 70 Jahre</i>	23 (3,3)			
Dauer der Beschwerdesymptomatik (Jahre)		33 (4,7)	20 (10 - 30)	20,6 (12,1)
Dauer seit Fibromyalgie-Diagnose (Jahre)		1 (0,1)	5 (3 - 9)	6.3 (5,1)
Familiäres Vorkommen Fibromyalgie	156 (25,2)	81 (11,6)		
Seelische Probleme vor Ausbruch Fibromyalgie	316 (47,7)	37 (5,3)		

Tabelle 2: Rangfolge der häufigsten Symptome der Stichprobe (N=699)

	Häufigkeit Antwort Absolut (% der Ant- wortenden)	Fehlende An- gaben Absolut (%)	Ausprä- gung Mittelwert (Standard- abweichung)	Ausprä- gung Median (25% – 75% Per- zentile)
Muskelschmerzen mit wech- selnder Lokalisation	695 (99,7)	2 (0,3)	2,9 (0,4)	3 (3)
Rückenschmerzen	692 (99,6)	4 (0,6)	2,7 (0,5)	3 (3)
Müdigkeit	689 (99,1)	4 (0,6)	2,7 (0,6)	3 (2 – 3)
Gelenkschmerzen mit wech- selnder Lokalisation	688 (98,7)	2 (0,3)	2,7 (0,9)	3 (3)
Gefühl schlecht geschlafen zu haben	679 (98,1)	7 (1,0)	2,7 (0,6)	3 (3)
Morgensteifigkeit	680 (97,6)	2 (0,3)	2,6 (0,7)	3 (2 – 3)
Zerschlagenheitsgefühl am Morgen	678 (97,6)	4 (0,6)	2,7 (0,7)	3 (2 – 3)
Konzentrationsschwäche	674 (97,0)	4 (0,6)	2,4 (0,8)	3 (2 – 3)
Antriebsschwäche	672 (97,0)	6 (0,9)	2,4 (0,8)	3 (2 – 3)
Leistungsfähigkeit: gering	668 (96,7)	8 (1,1)	2,4 (0,8)	3 (2 – 3)
Vergesslichkeit	667 (96,5)	8 (1,1)	2,2 (0,8)	2 (2 – 3)
Reizbarkeit	655 (95,9)	16 (2,3)	2,2 (0,9)	2 (2 – 3)
Wetterfühligkeit	661 (95,8)	9 (1,3)	2,5 (0,8)	3 (2 – 3)
Gefühl als seien die Hände geschwollen	650 (93,4)	3 (0,4)	2,4 (0,9)	3 (2 – 3)
Schwindelgefühl	642 (92,4)	4 (0,6)	1,9 (0,9)	2 (1 – 3)
Kopfschmerzen	634 (91,5)	6 (0,9)	2,0 (0,9)	2 (1 – 3)
Schwellung von Händen/ Fü- ßen/ Gesicht	623 (90,7)	12 (1,7)	2,1 (1,0)	2 (2 – 3)
Sehstörungen	621 (89,9)	8 (1,1)	1,8 (0,9)	2 (1 – 2)
Gefühl von Kribbeln, Prickeln oder Taubsein der Hände	621 (89,5)	5 (0,7)	2,1 (1,0)	2 (2 – 3)
Schmerzempfindung der Haut schon bei bloßer Berüh- rung	619 (89,3)	6 (0,9)	2,1 (1,0)	2 (2 – 3)
Schleimhäute: trocken in Au- ge und Mund	614 (88,5)	5 (0,7)	2,2 (1,0)	3 (2 – 3)
Sexuelle Lust: vermindert	588 (88,4)	34 (4,9)	2,0 (1,0)	2 (1 – 3)
Angstgefühle	606 (87,1)	3 (0,4)	1,8 (1,0)	2 (1 – 3)
Augenbrennen	599 (86,4)	6 (0,9)	1,8 (1,0)	2 (1 – 3)
Depressionen	596 (86,4)	9 (1,3)	1,8 (1,0)	2 (1 – 3)
Koordinationsstörung	588 (85,8)	14 (2,0)	1,7 (0,9)	2 (1 – 2)
Lichtscheu, starke Empfind- lichkeit der Augen	591 (85,7)	9 (1,3)	1,9 (1,0)	2 (1 – 3)
Augentrockenheit	575 (83,9)	14 (2,0)	1,8 (1,1)	2 (1 – 3)
Kribbeln der Beine	573 (83,3)	11 (1,6)	1,8 (1,1)	2 (1 – 3)

Hustenreiz	578 (83,2)	4 (0,6)	1,6 (1,0)	2 (1 – 2)
Ohrgeräusche/ Hörprobleme/ Pfeifen im Ohr	575 (82,9)	5 (0,7)	1,8 (1,1)	2 (1 – 3)
Kältegefühl: erhöht	559 (81,6)	14 (2,0)	1,8 (1,1)	3 (1 – 3)
Wassereinlagerungen v.a. morgens in Gesicht und Händen	560 (81,3)	10 (1,4)	1,8 (1,1)	2 (1 – 3)
Halsschmerzen	554 (80,6)	12 (1,7)	1,3 (0,9)	1 (1 – 2)
Schweiß: vermehrt, verbun- den mit penetrantem Geruch	554 (80,2)	8 (1,1)	1,8 (1,1)	2 (1 – 3)
Brustschmerzen	544 (79,0)	10 (1,4)	1,6 (1,0)	2 (1 – 2)
Gewichtszunahme tagsüber bis 2 kg (nachts wieder ver- schwindend)	508 (77,6)	44 (6,3)	1,6 (1,1)	2 (1 – 3)
Herzfrequenz: unregelmäßig	532 (77,4)	12 (1,7)	1,5 (1,1)	2 (1 – 2)
Durchfall: häufig	527 (76,4)	9 (1,3)	1,4 (1,0)	2 (1 – 2)
Herzprobleme: Druck und Enge	524 (76,3)	12 (1,7)	1,5 (1,1)	2 (1 – 2)
Übelkeit	505 (73,3)	10 (1,4)	1,3 (1,0)	1 (0 – 2)
Verstopfung	490 (71,6)	15 (2,1)	1,4 (1,1)	1 (0 – 2)
Unterleibsschmerzen: krampfartig	485 (71,3)	19 (2,7)	1,4 (1,1)	1 (0 – 2)
Panikattacken	476 (68,8)	7 (1,0)	1,3 (1,1)	1 (0 – 2)
Haarausfall	469 (68,0)	9 (1,3)	1,3 (1,1)	1 (0 – 2)
Zuckungen	458 (67,1)	16 (2,3)	1,3 (1,1)	1 (0 – 2)
Stuhl- oder Harndrang: be- ständig oder schmerzhaft	457 (66,3)	10 (1,4)	1,2 (1,1)	1 (0 – 2)
Haut: Brennen	433 (63,4)	16 (2,3)	1,2 (1,1)	1 (0 – 2)
Tremor	419 (60,9)	11 (1,6)	1,1 (1,0)	1 (0 – 2)
Gesichtsausfälle: flüchtig	326 (49,8)	45 (6,4)	0,8 (0,9)	0 (0 – 1)
Potenzstörungen	230 (47,1)	211 (30,2)	1,0 (1,2)	0 (0 – 2)
Nur Frauen				
Schleimhäute: trocken in der Scheide	532 (81,1)	43 (6,2)	(1,9 (1,1)	2 (1 – 3)
Regelblutung: schmerzhaft	269 (54,6)	206 (29,5)	1,4 (1,4)	1 (0 – 3)
Regelblutung: verlängert	221 (45,4)	212 (30,3)	1,1 (1,3)	0 (0 – 2)

Tabelle 3: Häufigkeit Begleiterkrankungen nach ICD-10-Diagnosekategorien

Kategorie ICD-10	ICD-10	Häufigkeit (Absolut)	% der Diag- noson	% der Stich- probe
Infektiöse und parasitäre Krank- heiten	A00 - B99	4	0,3	0,6
Bösartige Neubildungen	C00 - C75	20	1,6	2,9
In situ Neubildungen	D00 - D09	2	0,2	0,3
Gutartige Neubildungen	D10 - D36	5	0,4	0,7
Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	D37 - D48	1	0,1	0,1
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D90	11	0,9	1,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	143	11,4	20,5
Psychische und Verhaltensstö- rungen	F00 - F99	28	2,2	4,0
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	131	10,5	18,7
Krankheiten des Auges	H00 - H59	32	2,6	4,6
Krankheiten des Kreislaufsys- tems	I00 - I99	172	13,7	24,6
Krankheiten des Atmungssys- tems	J00 - J99	94	7,5	13,4
Krankheiten des Verdauungssys- tems	K00 - K93	159	12,7	22,7
Krankheiten der Haut	L00 - L99	42	3,4	6,0
Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	365	29,2	52,2
Krankheiten des Urogenitalsys- tems	N00 - N99	24	1,9	3,4
Angeborene Fehlbildungen, De- formitäten und Chromosomenanomalien	Q00 - Q99	13	1,0	1,9

Tabelle 4: Schrittweise multiple Regression soziodemographischer und klinischer Prädiktoren des Gesamtbeschwerdescores der Stichprobe (N=600)

Kriteriumsvariable	Prädiktorvariable	Schritt	Korrigiertes R²	β – Koeffizient	Signifikanzniveau P
Gesamtbeschwerdescore	Alter	1	3.70	-5.70	<0.0001
	Beschwerdedauer	2	7.27	0.32	<0.0001
	Anzahl Komorbiditäten	3	8.89	2.16	0.0009
	Seelische Probleme vor Manifestation des FMS	4	10.16	-5.29	0.003
	Familiäres Vorkommen FMS	5	10.73	-4.97	0.03

Literatur

1. Basler HD, Hesselbarth S, Kaluza G et al (2003) Komorbidität, Multimedikation und Befinden bei älteren Patienten mit chronischen Schmerzen. Schmerz 17:252-260
2. Bellert BM, Ellert U, Radoschweski M (2000) Epidemiologie des Schmerzes - Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz: 43: 424
3. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L (2007) An internet survey of 2 569 people with fibromyalgia. BMC Musculoskeletal Disorders 8:27
4. Brähler E, Hinz A, Scheer J (2006) Gießener Beschwerdebogen GBB-24 . Handbuch. 3. erweiterte Auflage. Hans Huber, Bern
5. Buchner M, Neubauer E, Barie A, Schiltenswolf M (2007) Komorbidität bei chronischen Rückenschmerzen. Schmerz 21:218-225
6. Buskila D, Nuemann L, Alhoasle A et al. Fibromyalgia syndrome in men. Semin Arthritis Rheum 2000;30:47-51.
7. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber Verlag
8. Dobkin PL, de Civita M, Abrahamowicz M, Baron M, Bernatsky S (2006) Predictors of health status in women with fibromyalgia : a prospective study. Int J Behav Med 13:101-108
9. Häuser W, Bernardy K, Arnold B (2006) Das Fibromyalgiesyndrom – eine somatoforme Schmerzstörung? Schmerz 20: 128-139
10. Häuser W, Wilhelm R, Klein W, Zimmer C (2006) Subjektive Krankheitsattributionen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. Schmerz 20:119-127
11. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a metaanalytic review. Psychosom Med 65:528-533
12. [Henningsen P, Zipfel S, Herzog W.](#) (2007) Management of functional somatic syndromes. Lancet 369: 946-55
13. [Hiller W, Rief W, Brahler E.](#)(2006) Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 41:704-12

14. Kohlmann T (2003) Muskuloskelettale Schmerzen in der Bevölkerung. Schmerz 17:405-411
15. [Katz RS](#), [Wolfe F](#), [Michaud K](#) (2006) Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and American College of Rheumatology criteria. [Arthritis Rheum.](#)54:169-76
16. [Mease PJ](#), [Clauw DJ](#), [Arnold LM et al](#) (2005). Fibromyalgia syndrome. J Rheumatol 32:2270-7
17. Müller W, Lautenschläger I (1990) Die generalisierte Tendomyopathie (GTM) - Teil 1: Klinik, Verlauf und Differentialdiagnose. Z Rheumatol. 49: 11-21
18. [Noller V](#), [Spratt H](#) (2003) Prospective epidemiological observations on the course of the disease in fibromyalgia patients. [J Negat Results Biomed.](#) 23:2-4
19. Reichert J, Gebershagen HU, Lindena G (2005) Charakterisierung des Einflusses der medizinischen und seelischen Komorbiditäten auf Schmerzvariablen und das therapeutische Outcome. Schmerz Suppl 1:S63
20. [Turk DC](#), [Flor H](#). (1989) Primary fibromyalgia is greater than tender points: toward a multiaxial taxonomy. J Rheumatol 19 Suppl :80-6
21. Samborski W, Stratz T, Kretzmann WM, Mennet P, Müller W (1991) Vergleichende Untersuchung über das Vorkommen vegetativer und funktioneller Beschwerden bei Lumbalgie und generalisierten Tendomyopathien. Z Rheumatol 50:378-381
22. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL et al. (2006) The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. J Clin Rheumatol 12:124-128
23. [White KP](#), [Harth M](#).(2001) Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep 5:320-9.
24. Wolfe F, Srythe HA, Yunus MB, et al (1990) The American College of Rheumatology 1 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 33:160-172
25. Wolfe F, Ross K, Anderson J et al (1995) Aspects of fibromyalgia in the general population. Sex, pain threshold and fibromyalgia symptoms. J Rheumatol 22:151-156
26. Wolfe F (1997) The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. Ann Rheum Dis 56:268-271

27. Wolfe F (2003) Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 30:1671-2