

Z Rheumatol 2008 · 67:511–515
 DOI 10.1007/s00393-008-0327-0
 © Springer Medizin Verlag 2008

Redaktion

W.L. Gross, Lübeck/Bad Bramstedt
 F. Moosig, Bad Bramstedt

W. Häuser¹ · I. Akritidou¹ · E. Felde² · S. Klauenberg³ · C. Maier³ · A. Hoffmann⁴ ·
 V. Köllner⁵ · A. Hinz⁶

¹ Zentrum für Schmerztherapie/Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken gGmbH

² Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung, Seckach

³ Abteilung für Schmerztherapie, Bergmannsheil Bochum

⁴ Rheumatologische Praxis, Köln

⁵ Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MedClin Blietal Kliniken Blieskastel, Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

⁶ Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig

Schritte zu einer symptom-basierten Diagnose des Fibromyalgiesyndroms

Beschwerdeprofile von Patienten unterschiedlicher klinischer Kontexte

International werden im Kontext der Forschung zur Definition und Diagnose des Fibromyalgiesyndroms (FMS) die Kriterien des „American College of Rheumatology“ (ACR) verwendet. Die Definition und Diagnose des FMS anhand der ACR-Kriterien in der klinischen Praxis wird sowohl aus rheumatologischer [2] als auch aus klinisch-psychologischer Sicht [15] kritisiert, da wesentliche Aspekte des Symptomkomplexes wie nicht-erholsamer Schlaf sowie reduzierte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nicht erfasst werden. Innerhalb des Kontextes der primärärztlichen Diagnostik wird die mangelnde Standardisierung der „Tender-Point-Untersuchung“ (verbale Instruktionen des Patienten vor Untersuchung, Operationalisierung von „Tenderness“ bei Palpation, Dauer der Palpation) sowie die fehlende Praktikabilität in der hausärztlichen Sprechstunde kritisiert [2]. Wolfe, der Erstautor der ACR-Kriterien des FMS, hat vorgeschlagen, eine symptombasierte Diagnose des FMS mit Verzicht auf die Tender-Point-Untersuchung als gleichwertig zur Diagnose nach den ACR-Kriterien für klinische Zwecke zu betrachten [8, 18].

Eine symptombasierte Diagnose des FMS kann anhand von Symptomen erfolgen, welche von allen Patienten in verschiedenen klinischen Settings angegeben werden. Als Hauptsymptome des FMS werden von Experten und FMS-Patienten aus Selbsthilfeorganisationen neben Muskel- und Gliederschmerzen in mehreren Körperregionen („chronic widespread pain“, CWP) auch Müdigkeit und nicht-erholsamer Schlaf angegeben [1, 5, 10, 16]. Die zitierten Studien zur Erfassung der häufigsten Symptome von FMS-Patienten benutzten keine validierten Symptomfragebögen, welche Vergleiche der Beschwerden von FMS-Patienten mit bevölkerungsbasierten Stichproben erlauben. Es stellt sich daher die Frage, ob die genannten Beschwerden eine ausreichende Abgrenzung von FMS-Patienten zu Personen der allgemeinen Bevölkerung erlauben.

FMS-Patienten und Menschen der allgemeinen Bevölkerung geben jedoch auch in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität weitere körperliche sowie seelische Symptome an [1, 3, 5, 16]. Daraus ergibt sich die Frage, ob weitere Symptome als definitorisches und diagnostisches Kriterium des FMS herangezogen wer-

den sollen. Die US-amerikanischen Definitionen der Fibromyalgie bzw. Fibrositis [14, 20] bzw. die deutschen Kriterien der generalisierten Tendomyopathie [11] benutzten das Vorliegen weiterer körperlicher Symptome als diagnostisches Kriterium des FMS.

Im Kontext der Entwicklung von Kriterien für eine symptombasierte Diagnose des FMS waren die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Studie folgende:

- Was sind die häufigsten und am stärksten ausgeprägten Symptome von Betroffenen mit der Diagnose FMS, erfasst mit einem validierten Symptomfragebogen, in verschiedenen klinischen Settings im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung?
 - Wir gingen davon aus, dass Müdigkeit/Erschöpfung sowie CWP (Rückenschmerzen, Glieder- und Muskelschmerzen) die häufigsten und am stärksten ausgeprägten Symptome des FMS in allen klinischen Settings sind.
- Können mittels einer Cluster-Analyse Patienten mit einer FMS-Symptomatik ohne weitere vegetative Be-

gleitsymptome von Patienten mit einer FMS-Symptomatik mit vegetativen Begleitsymptomen unterschieden werden?

- Ausgehend von Metaanalysen der Überlappungen des FMS mit anderen funktionellen somatischen Syndromen [6] und der Unterteilung von funktionellen somatischen Syndromen in mono- und polysymptomatische Formen [7] erwarteten wir, dass sich verschiedene Beschwerdemuster (FMS mit den Kernsymptomen Gliederschmerzen und Müdigkeit; FMS mit den Kernsymptomen Gliederschmerzen und Müdigkeit sowie mit weiteren körperlichen Beschwerden) differenzieren lassen.

Patienten und Methodik

Verwendete Fragebögen

Der *Gießener Beschwerdebogen GBB-24* umfasst 24 Items auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (Ausprägungen 0-4). Diese Items lassen sich 4 Skalen (Erschöpfungsneigung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden) mit je 6 Items zuordnen. Zusätzlich kann ein Gesamtwert (Beschwerdedruck) aus allen Items gebildet werden. In den Einzelskalen sind Rohwerte von 0-24, in der Gesamtskala von 0-96 möglich. Es liegen Daten einer deutschen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (n=1943) vor, über welche sich die Rohwerte in T-Werte (Mittelwert: M=50; Standardabweichung: SD=10) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht umrechnen lassen [3]. (Ein Exemplar des GBB-24 ist beim Erstautor auf Anfrage erhältlich.)

Die vom Erstautor ins Deutsche übersetzte „*Regionale Schmerzskala*“ („Regional Pain Scale“, RPS) ist ein validiertes Instrument mit 20 Items zur Diagnose eines FMS in postalischen Studien. Die Diagnose eines FMS wird gestellt, wenn mindestens 8 von 19 verbal vorgegebenen Schmerzorten als schmerzhaft angegeben werden und auf einer visuellen Analogskala (0-10) eine Müdigkeitsausprägung von ≥ 6 angegeben wird [19]. Die Konkordanz der FMS-Diagnose nach der RPS-Skala und nach den ACR-Kriterien bei klinischer Untersuchung beträgt 73% [8].

Studiendesign und Patienten

Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung

Alle genannten Fragebögen wurden am 01.10.2006 in der Ausgabe 03/2006 des Publikationsorgans der Deutschen Fibromyalgie-Vereinigung (DFV) „*Optimist*“ mit der Bitte um Beantwortung und Rücksendung an die DFV beigelegt. Die Ausgabe wurde an alle 4850 Mitglieder der DFV (davon 95% FMS-Betroffene laut eigenen Angaben) geschickt. Die Fragebögen wurden anonym ausgewertet. DFV-Angehörige wurden ausgeschlossen, wenn die FMS-Kriterien der RPS nicht erfüllt waren.

Gutachten und Schmerzambulanz

Bei allen konsekutiven Probanden, welche von dem Erstautor im Zeitraum von 1/2003 bis 6/2007 im Auftrag von (Landes-)Sozialgerichten im Schwerbehinderten- bzw. Rentenverfahren begutachtet wurden, und bei allen konsekutiven Patienten der Schmerzambulanz des Klinikums Saarbrücken des Zeitraums 1/2006 bis 6/2007 wurde die Diagnose eines FMS anhand der ACR-Kriterien gestellt.

Rheumatologische Praxis

Im Zeitraum von Januar bis April 2006 wurden alle konsekutiven Patienten einer rheumatologischen Praxis erfasst. Die Diagnose eines FMS wurde von dem Rheumatologen anhand der ACR-Kriterien gestellt.

Allgemeine deutsche Bevölkerung

Als Vergleichsgruppe für die GBB-24-Werte diente eine repräsentative deutsche Bevölkerungsstichprobe (n=1943), welche im Jahr 2000 befragt wurde [3].

Statistik

Nichtbeantwortete Items des GBB-24 wurden durch den gerundeten individuellen Median der Skala ersetzt, sofern maximal ein Item fehlte. Die Skalenrohwerte des GBB-24 wurden entsprechend dem Handbuch in alters- und geschlechtsadaptierte T-Werte umgerechnet. Mittels Effektstärken nach Cohen [4] wurden die einzelnen Items des GBB-24 auf Gruppenunterschiede zwischen FMS-Patienten und der allgemeinen Bevölkerung überprüft. Die

statistische Prüfung von Mittelwertunterschieden zwischen den verschiedenen Settings erfolgte mittels ANOVA, bei kategorialen Daten wurde der χ^2 -Test eingesetzt. Eine „k-means-Cluster-Analyse“ wurde mit der Vorgabe von 3 Clustern mit den T-Werten des GBB-24 gerechnet. Das Signifikanzniveau wurde mit $p=0,05$ angesetzt. Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS (Version 14.0, Chicago, USA).

Ergebnisse

Patienten

496 von insgesamt 3996 Mitgliedern (12,4%) der DFV schickten den Fragebogen an die Geschäftsstelle der DFV zurück. 30 Fragebögen wurden ausgeschlossen, da zu viele Fehlwerte vorlagen, und weitere 32, da die FMS-Kriterien der RPS nicht erfüllt waren. 434 Fragebögen der DFV-Stichprobe kamen in die Auswertung. Kein Patient der Stichprobe der rheumatologischen Praxis und der Schmerzambulanz (inklusive Gutachtenpatienten) lehnte die Teilnahme an der Studie ab oder musste wegen fehlender Antworten in den Fragebögen ausgeschlossen werden. Bei 10/33 (30%) Patienten der rheumatologischen Praxis und bei keinem der Patienten der Schmerzambulanz lag ein sekundäres FMS (bei blander bzw. inaktiver entzündlicher rheumatischer Erkrankung) vor.

Die in dem Fragebogen erfassten soziodemographischen und klinischen Daten sind in (■ **Tab. 1**) aufgeführt.

Es fanden sich keine globalen Unterschiede zwischen den Subgruppen bezüglich der Geschlechtsverteilung und bezüglich der aktuellen Partnerschaft. Jedoch zeigten sich zwischen den Settings signifikante Unterschiede im mittleren Alter und insbesondere in der Schmerzdauer.

Häufigkeit und Ausprägung der Symptome in den Settings

■ **Tab. 2** gibt für die 5 Beschwerden mit den höchsten mittleren Ausprägungen Mittelwert, Standardabweichung und Rangplatz an.

Alle Teilstichproben gleichen sich darin, dass die Gruppe der 5 Beschwerden mit den höchsten Ausprägungen iden-

tisch ist; lediglich die Rangfolge innerhalb der 5 dominierenden Beschwerden variiert etwas. Zu den 5 markantesten Beschwerden gehören 3 aus der Skala Gliederschmerzen und 2 aus der Skala Erschöpfungsneigung.

Vergleicht man die Höhe der Ausprägungen in den einzelnen Settings, so haben durchgängig die Patienten der Gruppe „Gutachten“ die höchsten Werte und die Ambulanzpatienten die niedrigsten Werte. Die Varianzanalyse bestätigt für alle 5 Items Mittelwertunterschiede mit $p < 0,01$.

Vergleich FMS-Patienten mit der Allgemeinbevölkerung

■ **Tab. 2** zeigt weiterhin die Rangplätze der Beschwerden mit der höchsten Ausprägung in der allgemeinen Bevölkerung [3]. Hier liegen zunächst auch die 3 Items der Skala Gliederschmerzen vorn, die 2 Items der Erschöpfungsskala haben ebenfalls relativ hohe Rangplätze. Die häufigsten Beschwerden sind somit in der allgemeinen Bevölkerung und der FMS-Gesamtstichprobe weitgehend identisch, jedoch mit einer unterschiedlichen Rangfolge.

Beim Vergleich der Beschwerden von FMS-Patienten und Allgemeinbevölkerung sind sämtliche Effektstärken positiv, entsprechend höheren Mittelwerten in der Patientengruppe. Die 5 deutlichsten Gruppenunterschiede (Effektstärke $d > 2,50$) finden wir für die folgenden Items:

- Erschöpfbarkeit ($d=3,06$),
- Müdigkeit ($d=2,86$),
- Nacken-/Schulerschmerzen ($d=2,81$),
- Gelenk-/Gliederschmerzen ($d=2,80$) und
- Kreuz-/Rückenschmerzen ($d=2,50$).

FMS-Subtypen

■ **Abb. 1** zeigt zunächst, dass in allen Clustern und allen Skalen die Mittelwerte deutlich über dem Niveau der Allgemeinbevölkerung (per Normierung 50) liegen. Entsprechend der Hypothese zeigte sich ein Cluster mit stark erhöhten Werten ($>M + SD$) in den Skalen Gliederschmerzen und Erschöpfungsneigung (21,4% der Patienten) sowie ein Cluster, bei welchem zusätzlich die Magenbeschwerden stark erhöht waren (25,1%). Etwa die Hälfte der Patienten

Z Rheumatol 2008 · 67:511–515 DOI 10.1007/s00393-008-0327-0
© Springer Medizin Verlag 2008

W. Häuser · I. Akritidou · E. Felde · S. Klauenberg · C. Maier · A. Hoffmann · V. Köllner · A. Hinz Schritte zu einer symptom-basierten Diagnose des Fibromyalgiesyndroms. Beschwerdeprofile von Patienten unterschiedlicher klinischer Kontexte

Zusammenfassung

Hintergrund. Eine symptom-basierte Diagnose des Fibromyalgiesyndroms (FMS) ohne „Tender-Point-Überprüfung“ ist für die ärztliche Primärversorgung sinnvoll. Wir überprüften, ob die symptom-basierte Diagnose eines FMS auf die Symptome Gliederschmerzen sowie Müdigkeit/Erschöpfung gegründet werden kann.

Methodik. Anhand des Gießener Beschwerdebogens GBB-24 wurden bei Patienten mit der Diagnose FMS aus 4 verschiedenen klinischen Settings ($n=464$: Selbsthilfeorganisation, $n=162$: Gutachtenpatienten, $n=33$: rheumatologische Praxis, $n=36$: Schmerzambulanz) die häufigsten Symptome erfasst und mit einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe bezüglich Symptomintensität und Skalenmittelwerten verglichen. Mittels einer Cluster-Analyse wurde überprüft, ob sich Subgruppen von Patienten mit und ohne weitere vegetative Symptome differenzieren lassen.

Ergebnisse. In allen 4 Stichproben waren die häufigsten und ausgeprägtesten Beschwerden Rücken- und Gliederschmerzen sowie Er-

schöpfung und Müdigkeit. In den Items der Skalen „Gliederschmerzen“ und „Erschöpfung“ fanden sich die größten Mittelwertdifferenzen zwischen FMS-Patienten und der allgemeinen Bevölkerung. Die Cluster-Analyse zeigte 3 Gruppen von FMS-Patienten, welche alle durch stark ausgeprägte Gliederschmerzen und Müdigkeit sowie unterschiedlich ausgeprägte vegetative Symptome gekennzeichnet waren.

Schlussfolgerung. Eine symptom-basierte klinische Diagnose des FMS ist durch die Leitsymptome chronische multilokuläre Muskel- und Gliederschmerzen und chronische Müdigkeit/Erschöpfung nach dem Ausschluss entzündlich-rheumatischer, endokrinologischer und neurologischer Erkrankungen mit den genannten Symptomen möglich.

Schlüsselwörter

Fibromyalgiesyndrom · Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen · Müdigkeit · Diagnose · Gießener Beschwerdebogen GBB-24

Steps towards a symptom-based diagnosis of fibromyalgia syndrome. Symptom profiles of patients from different clinical settings

Abstract

Background. A symptom-based diagnosis of fibromyalgia syndrome (FMS) without tender point examination is helpful for primary medical care. We tested whether a symptom-based diagnosis of FMS can be based on the symptoms of musculoskeletal pain and fatigue.

Methods. The most frequent and severe symptoms in FMS patients from four different settings ($n=464$ from a self-help organization, $n=162$ from medical expertise, $n=33$ from a private rheumatology practice, $n=36$ from a tertiary-care pain department) were assessed using the Giessen Subjective Complaints List GBB 24. The most frequent and severe symptoms were assessed and compared to those of a representative German population sample. A k-means cluster analysis was performed to identify sub-groups with and without additional vegetative symptoms within the total sample of FMS patients.

Results. The most frequent and severe symptoms in all four sub-samples were low back pain, limb pain and fatigue. The greatest mean differences between FMS patients and the general population were found in the subscales “limb pain” and “fatigue”. Cluster analysis identified three sub-groups of patients which were all characterized by severe limb pain and fatigue, as well as varying degrees of vegetative symptoms.

Summary. Following the exclusion of inflammatory rheumatoid, endocrinological and neurological diseases, a symptom-based clinical diagnosis of FMS can be based on of the key symptoms of chronic widespread musculoskeletal pain, as well as chronic fatigue.

Keywords

Fibromyalgia syndrome · Chronic widespread pain · Fatigue · Diagnosis · Giessen Subjective Complaints List GBB-24

Tab. 1 Vergleich soziodemographischer und klinischer Daten der 4 Stichproben

	DFV (n=434)	Gutachten (n=162)	Schmerzambulanz (n=36)	Rheumatologische Praxis (n=33)	Prüfgröße	Signifikanz
Geschlecht (% Frauen)	92,6	87,6	91,7	84,8	$\chi^2=5,1$	n.s.
Alter [M (SD)]	54,5 (10,0)	51,1 (7,1)	49,3 (10,5)	48,8 (9,4)	F=10,1	p<0,001
Partnerschaft (%)	75,2	80,2	63,9	65,6	$\chi^2=6,2$	n.s.
Schmerzdauer in Jahren [M (SD)]	18,9 (10,9)	7,11 (5,0)	7,9 (6,8)	15,8 (9,6)	F=87,6	p<0,001

F F-Wert (Prüfgröße), M Mittelwert, n.s. nicht signifikant, SD Standardabweichung, χ^2 Chi²-Wert (Prüfgröße).

Tab. 2 Mittelwert, Standardabweichung (in Klammern) sowie Rangplatz (in geschweiften Klammern) der 5 Beschwerden mit den höchsten Ausprägungen

Item (Kurzbezeichnung)	Allgemeine Bevölkerung (n=1943)	Gesamt-FMS- Stichprobe (n=665)	Deutsche Fibromyalgie- Vereinigung (n=434)	Gutachten (n=162)	Schmerzambulanz (n=36)	Rheumatologische Praxis (n=33)
Nacken- oder Schulterschmerzen	1,09 (1,09) {Rang 2}	3,53 (0,78) {Rang 1}	3,43 (0,82) {Rang 1}	3,81 (0,52) {Rang 1}	3,53 (0,77) {Rang 1}	3,33 (0,89) {Rang 1}
Gelenk- oder Gliederschmerzen	1,07 (1,14) {Rang 3}	3,49 (0,75) {Rang 2}	3,42 (0,74) {Rang 2}	3,79 (0,53) {Rang 2}	3,36 (0,99) {Rang 2}	3,03 (0,98) {Rang 4}
Kreuz- oder Rückenschmerzen	1,21 (1,13) {Rang 1}	3,44 (0,80) {Rang 3}	3,34 (0,80) {Rang 4}	3,78 (0,52) {Rang 3}	3,28 (1,14) {Rang 3}	3,09 (0,91) {Rang 3}
Rasche Erschöpfbarkeit	0,71 (0,96) {Rang 8}	3,40 (0,85) {Rang 4}	3,36 (0,84) {Rang 3}	3,69 (0,67) {Rang 4}	2,97 (0,97) {Rang 5}	2,91 (1,21) {Rang 5}
Müdigkeit	0,82 (0,96) {Rang 6}	3,31 (0,84) {Rang 5}	3,27 (0,81) {Rang 5}	3,51 (0,74) {Rang 5}	3,11 (1,09) {Rang 4}	3,09 (1,10) {Rang 2}

(53,5%) fiel in Cluster 3 mit stark erhöhten Werten in allen 4 Skalen.

Diskussion

Die Hypothesen der Studie konnten bestätigt werden:

- Die häufigsten Symptome beim FMS waren in allen Subgruppen Nacken-/Schulterschmerzen, Gelenk-/Gliederschmerzen und Kreuz-/Rückenschmerzen (CWP) sowie Erschöpfbarkeit und Müdigkeit.
- Die Items der Skalen „Erschöpfungsneigung“ und „Gliederschmerzen“ diskriminierten FMS-Patienten am besten von der allgemeinen Bevölkerung.
- Die Cluster-Analyse zeigte, dass alle FMS-Subgruppen sich durch Gliederschmerzen und Erschöpfungsneigung $>M + SD$ von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Es ließen sich eine Subgruppe mit den „Kernsymptomen“ (Gliederschmerzen, Müdigkeit) im Sinne eines monosymptomatischen funktionellen somatischen Syndroms sowie 2 Subgruppen im Sinne eines polysymptomatischen funktionellen somatischen Syndroms identifizieren.

Die Rangfolge der häufigsten/intensivsten Symptome stimmte weitgehend mit der Rangfolge der US-amerikanischen Internet-Befragung [1] sowie einer Voruntersuchung mit Angehörigen der DFV [5] und auch einem aktuellen US-amerikanischen Experten- und Patientenkonsens überein [10]. Die Tatsache, dass die Rangfolgen der Symptomausprägung in allen 4 FMS-Subgruppen der Studie – trotz deutlicher Unterschiede in soziodemographischem Status und Symptombdauer – gleich waren, unterstreicht die Validität des Befundes. Bereits Smythe charakterisierte 1972 die „Fibrositis“ durch chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen, chronische Müdigkeit und Schlafstörungen, verbunden mit einer ausgeprägten lokalen vermehrten Schmerzempfindlichkeit [14]. In eine symptom-basierte Definition und Diagnose des FMS sollten daher vermehrte körperliche und geistige Erschöpfbarkeit/Müdigkeit neben chronischen multilokulären Glieder- und Muskelschmerzen als obligate Symptome aufgenommen werden.

Multilokuläre Schmerzen und Müdigkeit können in der allgemeinen Bevölkerung und bei vielen chronischen Krankheiten im Sinne eines psychophysischen Distress-Kontinuums nachgewiesen wer-

den. Der Vergleich der GBB-24-Einzel- und Skalenwerte der vorliegenden FMS-Stichproben mit der allgemeinen Bevölkerung bestätigt die Hypothese, das FMS als das Ende eines psychophysischen Distress-Kontinuums zu konzeptualisieren [17]. Daher kann das FMS nicht als distinkte klinische Entität angesehen werden, da seine Hauptsymptome keine klare Abgrenzung von anderen Erkrankungen oder Beschwerden erlauben [9, 17]. Jedoch ist es aus klinischer Sicht gerechtfertigt, das Extrem eines Kontinuums von Beschwerden als Syndrom zu definieren [12]. Die vorliegenden Daten zeigen, dass sich FMS-Patienten durch die Ausprägung von Müdigkeit und Gliederschmerzen >1 Standardabweichung in den alters- und geschlechtsadaptierten T-Werten von der allgemeinen Bevölkerung unterscheiden.

Unsere Ergebnisse bestätigen die Befunde früherer Studien zur Definition des FMS, dass die meisten FMS-Patienten neben CWP und Müdigkeit über weitere körperliche Beschwerden berichten [5, 13, 17]. Die Intensität und Dauer der weiteren körperlichen Beschwerden kann die Diagnose anderer funktioneller somatischer Syndrome, z. B. eines Reizmagens oder Reizdarms, rechtfertigen. Die Überlap-

pungshäufigkeit von funktionellen somatischen Syndromen wird in der allgemeinen Bevölkerung zwischen 20–40% und in klinischen Stichproben zwischen 40–60% angegeben [6, 7]. Da jedoch nicht alle FMS-Patienten außer CWP und Müdigkeit weitere körperliche Beschwerden in einem deutlich höherem Ausmaß (>1 Standardabweichung in den alters- und geschlechtsadaptierten T-Werten der GBB-24-Skalen) als die allgemeine Bevölkerung angeben, ist die Aufnahme von weiteren körperlichen Beschwerden bzw. funktionellen somatischen Syndromen in die Definition des FMS, wie von Yunus et al. [20] und Müller u. Lautenschläger [11] vorgeschlagen wurde, unseres Erachtens nicht sinnvoll.

Folgende Limitationen der Studie sind zu berücksichtigen

- Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation deutscher Menschen, welche die Kriterien eines FMS erfüllen. Da sich nur 12% der Mitglieder der DFV an der Umfrage beteiligten, ist ein „Response-“ bzw. „Partizipation-Bias“ möglich in dem Sinne, dass Betroffene mit hohem Leidensdruck an der Studie teilgenommen haben. Auch die Stichproben der rheumatologischen Praxis (Privatversicherte) und der Schmerzzambulanz unterliegen Selektionseffekten.
- Zur FMS-Diagnose wurden verschiedene Kriterien verwendet: In den beiden Stichproben der rheumatologischen Praxis wurden die ACR-Kriterien, in der DFV-Stichprobe die RPS-Kriterien verwendet.
- Der GBB-24 ist kein zur Diagnose des FMS validiertes Instrument.
- Die RPS ist nicht für die Diagnose des FMS validiert oder akzeptiert.
- Die deutsche Übersetzung der RPS wurde bisher nicht validiert.

Fazit für die Praxis

Eine symptom-basierte klinische Diagnose des FMS ist durch die Leitsymptome chronische multilokuläre Muskel- und Gliederschmerzen und chronische Müdigkeit nach dem Ausschluss entzündlich-rheumatischer, endokrinologischer

und neurologischer Erkrankungen mit den genannten Symptomen möglich.

Korrespondenzadresse

Dr. W. Häuser

Zentrum für Schmerztherapie/Innere Medizin I
(Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten, Psychosomatik),
Klinikum Saarbrücken gGmbH
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken
whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Vortragshonorare von Janssen-Cilag, Lilly, Mundipharma.

Literatur

1. Bennett RM, Jones J, Turk DC et al. (2007) An internet survey of 2 569 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 8: 27
2. Biewer W, Conrad I, Häuser W (2004) Fibromyalgie-syndrom. *Schmerz* 18: 118–124
3. Brähler E, Hinz A, Scheer J (2008) Gießener Beschwerdebogen GBB-24. Handbuch. 3. erweiterte Aufl. Huber, Bern
4. Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NY: Erlbaum
5. Häuser W, Zimmer C, Felde E, Köllner V (2008) Was sind die Kernsymptome des Fibromyalgiesyndroms? – Ergebnisse einer Befragung von Mitgliedern der deutschen Fibromyalgievereinigung. *Der Schmerz* 22: 176–183
6. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 65: 528–533
7. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369: 946–955
8. Katz RS, Wolfe F, Michaud K (2006) Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and American College of Rheumatology criteria. *Arthritis Rheum* 54: 169–176
9. Makela O (1999) Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The epidemiologist's evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 13: 415–419

GBB-24 T-Werte

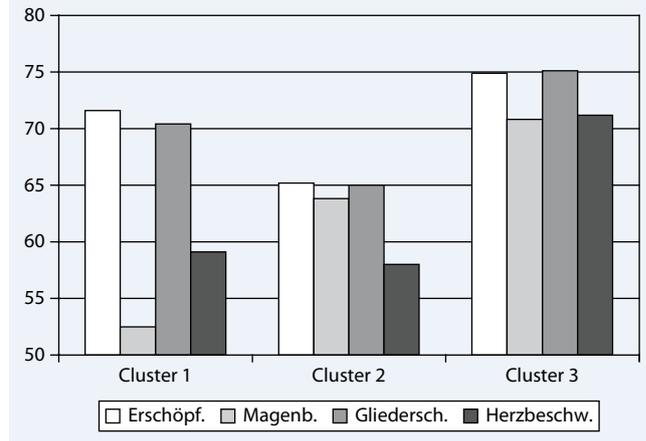


Abb. 1 ▶ Mittelwertprofile der 3 Cluster

10. Mease P, Arnold LM, Bennett R et al. (2007) Fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 34: 1415–1425
11. Müller W, Lautenschläger I (1990) Die generalisierte Tendomyopathie (GTM) - Teil 1: Klinik, Verlauf und Differentialdiagnose. *Z Rheumatol* 49: 11–21
12. Russel IJ (1999) Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The clinical investigator's evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 13: 445–454
13. Samborski W, Stratz T, Kretzmann WM et al. (1991) Vergleichende Untersuchung über das Vorkommen vegetativer und funktioneller Beschwerden bei Lumbalgie und generalisierten Tendomyopathien. *Z Rheumatol* 50: 378–381
14. Smythe HA, Moldofsky H (1977) Two contributions to understanding of the „fibrositis“ syndrome. *Bull Rheum Dis* 28: 928–931
15. Turk DC, Flor H (1989) Primary fibromyalgia is greater than tender points: toward a multiaxial taxonomy. *J Rheumatol* 19: 80–86
16. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. (1990) The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 33: 160–172
17. 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
18. Wolfe F (2003a) Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol* 30: 1671–1672
19. Wolfe F (2003b) Pain extent and diagnosis: Development and validation of the regional pain scale in 12 995 patients. *J Rheumatol* 30: 369–378
20. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ et al. (1981) Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthr Rheum* 11: 151–171

Weiterführende Informationen

Die Regionale Schmerzskala finden Sie als Zusatzmaterial online im Volltextarchiv der *Zeitschrift für Rheumatologie* unter <http://www.zeitschriftfuerRheumatologie.de>.