

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und
Psychosomatische Medizin des Klinikums rechts der Isar

Der deutsche Fibromyalgieverbraucherbericht:
Nutzen und Schaden medikamentöser und nicht - medikamentöser
Therapien beim Fibromyalgiesyndrom

Eva Barbara Jung

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors
der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. W. Häuser
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 04.11.2013 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 04.06.2014
angenommen.

Teile dieser Dissertation wurden bereits veröffentlicht:

Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petermann F, Langhorst J, Thoma R, Weiss T, Winkelmann A. (2012). Der deutsche Fibromyalgieverbraucherbericht. Nutzen und Schaden von Behandlungen des Fibromyalgiesyndroms. Schmerz 2012, 26:150-159

Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, et al. (2012) Validation of the Fibromyalgia Survey Questionnaire within a Cross-Sectional Survey. PLoS ONE 7(5):e37504.doi:10.1371/journal.pone.0037504

Winfried Häuser, Eva Jung, Brigitte Erbslöh-Möller, Mechthild Gesmann, Hedi Kühn-Becker, Franz Petermann, Jost Langhorst, Reinhard Thoma, Thomas Weiss, Frederick Wolfe, Andreas Winkelmann. The German fibromyalgia consumer reports – a cross-sectional survey. BMC Musculoskelet Disord. 2012; 13: 74

Winfried Häuser, Eva Jung, Brigitte Erbslöh-Möller, Mechthild Gesmann, Hedi Kühn-Becker, Franz Petermann, Jost Langhorst, Reinhard Thoma, Thomas Weiss, Frederick Wolfe, Andreas Winkelmann. Sind Mitglieder von Fibromyalgiesyndrom-Selbsthilfegruppen „anders“? – Demografische und klinische Charakteristika von Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern von Fibromyalgie-Selbsthilfegruppen. Zeitschrift für Rheumatologie, April 2013; 10.1007/s00393-012-1119-0

Teile der Ergebnisse der Dissertation wurden als Poster bei folgendem Kongress vorgestellt:

Eva Jung. Nutzen und Schaden von Behandlungen des Fibromyalgiesyndroms aus Sicht der Betroffenen. Deutscher Schmerzkongress 2012, Mannheim

Inhaltsverzeichnis

1	ZUSAMMENFASSUNG	7
1.1	Deutsche Fassung	7
1.2	Summary. The German fibromyalgia consumer reports	8
2	EINLEITUNG	9
2.1	Theoretischer Hintergrund	9
2.1.1	Das Fibromyalgiesyndrom – allgemeine Informationen	11
2.2	Fragestellungen	14
2.2.1	Frage 1:	14
2.2.2	Frage 2:	14
2.2.3	Frage 3:	14
2.2.4	Frage 4:	14
3	MATERIALIEN UND METHODEN	15
3.1	Studiendesign und Untersuchungsmethoden	15
3.2	Patienten	17
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien	18
3.4	Statistische Auswertung	19
3.5	Ethik	20
3.6	Finanzierung	20
4	ERGEBNISSE	20
4.1	Teilnehmende Institutionen	20
4.2	Patienten	21
4.2.1	Klinische Einrichtungen	21
		4

4.2.2	Selbsthilfeorganisationen	21
4.2.3	Gesamte Stichprobe	21
4.2.4	Die aktuell am häufigsten angewendete Therapien und Verfahren	24
4.2.5	Nützlichste und wirkungsvollste Therapien	25
4.2.6	Schädlichste und nebenwirkungsreichste Therapien	25
4.2.7	Nutzen und Schaden	25
4.2.7.1	Eigenständige Aktivitäten	25
4.2.7.2	Physikalische Therapie und Physiotherapie	26
4.2.7.3	Psychologische Verfahren und Psychotherapie	26
4.2.7.4	Medikamente	27
4.2.7.5	Komplementäre und alternative Verfahren	28
4.2.7.6	Stationäre und teilstationäre Therapien	29
4.3	Vergleich von Patienten mit und ohne selbst berichtete entzündlich rheumatische Erkrankung	29
4.3.1	Aktuelle und frühere Therapiemaßnahmen	30
4.3.2	Patienten mit und ohne mögliche depressive Störung	31
4.3.3	Vergleich aktueller und früherer Therapiemaßnahmen	31
4.4	Patienten mit und ohne Zugehörigkeit zu FMS-Selbsthilfeorganisation	32
5	DISKUSSION	34
6	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	40
7	LITERATURVERZEICHNIS	41
8	ANHANG	46
8.1	Tabellenverzeichnis	46
8.1.1	Soziodemografische und klinische Daten	48
8.1.2	Basistherapeutika	52
8.1.3	Andere chronische schmerzhafte Erkrankungen	53
8.1.4	Aktuell verwendete Therapien nach Häufigkeit	54
8.1.5	Aktuell verwendete Therapien nach Verfahrenskategorie	57
8.1.6	Nützlichste, wirkungsvollste Therapien	58

8.1.7	Nebenwirkungsreichste/schädlichste Therapien	61
8.1.8	Nutzen und Schaden eigenständiger Aktivitäten	64
8.1.9	Nutzen und Schaden physikalischer Therapien	65
8.1.10	Nutzen und Schaden psychologischer Verfahren und Psychotherapie	66
8.1.11	Medikamente	67
8.1.12	Nutzen und Schaden komplementärer und alternativer Verfahren	68
8.1.13	Nutzen und Schaden (teil) stationärer Therapien	69
8.1.14	Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika	70
8.1.15	Vergleich aktueller (und früherer) Therapiemaßnahmen	71
8.1.16	Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika	74
8.1.17	Vergleich aktueller (und früherer) Therapiemaßnahmen	75
8.1.18	Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika	78
8.1.19	Vergleich der subjektiven Einschätzung der Entwicklung des Gesundheitszustandes	79
8.1.20	Vergleich der Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung	79
8.1.21	Vergleich aktueller Therapiemaßnahmen	80
8.2	Grafikverzeichnis	81
8.2.1	Grafik 1:	81
8.2.2	Grafik 2:	82
8.2.3	Grafik 3:	82
8.3	Original Fragebogen (14 Seiten)	83
8.4	Teilnehmende Zentren/Studienorte	97
8.5	Danksagung	98
8.6	Lebenslauf	99

1 Zusammenfassung

1.1 Deutsche Fassung

Einleitung und Hintergrund: Die Anwendbarkeit evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen auf Patienten der klinischen Routineversorgung ist eingeschränkt durch restriktive Einschlusskriterien und das Setting von randomisierten kontrollierten Studien. Die Befragung von Verbrauchern liefert Informationen über den Nutzen und Schaden von Therapieverfahren in der klinischen Routineversorgung. Dies ist der erste Verbraucherbericht von FMS-Betroffenen in Europa.

Material und Methoden: Die Studie fand von November 2010 bis April 2011 statt. Der persönlich erlebte Nutzen und Schaden pharmakologischer und nichtpharmakologischer Behandlungen des FMS wurde in einem Fragebogen auf einer 11-stufigen Skala (0=kein, 10= maximaler Nutzen bzw. Schaden) eingeschätzt. Der Fragebogen wurde von der deutschen Rheumaliga und der Deutschen Fibromyalgie-Vereinigung an Ihre Mitglieder und an alle konsekutiven FMS-Patienten von 9 Einrichtungen verschiedener Fachrichtungen verteilt.

Ergebnisse: Es wurden 1661 Fragebögen (95 % weiblich, Durchschnittsalter: 54 Jahre) ausgewertet. Selbstmanagementstrategien (Ablenkung, Bewegung und Ausruhen), physikalische Verfahren (Wärmetherapie und Thermalbäder), psychologische Verfahren (Schulungsprogramme und Psychotherapie) sowie stationäre multimodale Therapien wurden von den Betroffenen bezüglich Nutzen und Schaden besser bewertet, als alle medikamentösen Therapieoptionen.

Schlussfolgerung: Der deutsche FMS-Verbraucherbericht belegt die Bedeutung von nicht-medikamentösen Behandlungsstrategien in der Langzeittherapie des Fibromyalgiesyndroms.

1.2 Summary. The German fibromyalgia consumer reports

Introduction and background: The practicability of evidence-based guideline recommendations on patients in routine clinical care is limited by restrictive inclusion criteria and the setting of Randomized controlled trials. The questioning of consumers provide information on benefits and harms in routine clinical care. This is the first FMS consumer reports in Europe.

Material and methods: The study was carried out from November 2010 to April 2011. The benefits and harms of pharmacological and non-pharmacological therapies experienced by the patient were assessed in an 11-point Likert scale (0=no, 10=very high benefit or harm) by a questionnaire. The questionnaire was distributed by the German League against Rheumatism and the German Fibromyalgia Association to their members and to all consecutive FMS patients of nine clinical centers of different levels of care.

Results: A total of 1,661 questionnaires (95% women, mean age 54 years) were analyzed. Self-management strategies (distraction, resting, aerobic exercise), physical therapies (warm and pool therapies), psychological therapies (education, psychotherapy), and inpatient multicomponent therapies were judged to be more efficacious and less harmful than all types of pharmacological therapies.

Conclusion: The German fibromyalgia consumer reports highlight the importance of non-pharmacological therapies in the long-term management of FMS.

2 Einleitung

2.1 Theoretischer Hintergrund

Evidenzbasierte Therapieleitlinien gewinnen in allen Bereichen der Medizin immer größere Bedeutung. Die höchste Evidenz wird randomisierten kontrollierten Studien anerkannt. Die Anwendbarkeit von evidenzbasierten Therapieleitlinien auf Patienten der klinischen Routineversorgung ist jedoch aus folgenden Gründen eingeschränkt:

A. die Auswahl der in Studien auf Wirksamkeit überprüften Verfahren wird bestimmt durch kommerzielle (z. B. Finanzierung von Medikamentenstudien durch die Hersteller der Produkte) oder akademische Interessen (z. B. Durchführung von Psychotherapiestudien durch Lehrstuhlinhaber oder Ausbilder eines psychotherapeutischen Verfahrens). Es ist daher möglich, dass in der Routineversorgung häufig angewendete Therapieverfahren ohne Aussicht auf finanziellen und/oder akademischen Gewinn nicht auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Beim Fibromyalgiesyndrom (FMS) weisen Befragungen von FMS-Patienten deutscher klinischer Einrichtungen [14 Häuser et al (2010)], [23 Müller et al (2000)] und Analysen von Krankenkassendaten [22 Marschall et al (2011)] darauf hin, dass zahlreiche Therapieverfahren, z. B. aus dem Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM= complementary and alternative medicine) eingesetzt werden, deren Wirksamkeit nicht durch Studien überprüft ist und/oder in der S3-Leitlinie zum FMS [11 Häuser et al (2009)] nicht erwähnt werden. Eine Studie zur Häufigkeit von beim FMS eingesetzten medikamentösen und nicht-medikamentösen Verfahren mit Patienten aller Versorgungsstufen wurde, soweit es bekannt ist, bisher in Deutschland nicht durchgeführt.

B. Die externe Validität von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) ist eingeschränkt. In RCTs zur Therapie des Fibromyalgiesyndroms (FMS)

wurden häufige komorbide Störungen (psychische Störungen, entzündlich rheumatische Erkrankungen) ausgeschlossen.

Die Studien wurden in Studienzentren (spezialisierte Praxen, Universitätsambulanzen) durchgeführt [3 Bernardy et al (2010)], [12 Häuser et al (2010)], [13 Häuser et al (2010)].

Der Psychologe Seligmann forderte im Zusammenhang mit dem Bericht zur Wirksamkeit von Psychotherapie der Konsumentenzeitschrift „Consumer Reports“, dass RCTs um andere Methoden ergänzt werden müssen, um die Wirksamkeit von Therapieverfahren unter Alltagsbedingungen zu untersuchen [26 Seligmann (1995)]. Studien zur Wirksamkeit von Therapieverfahren außerhalb des Rahmens kontrollierter Studien werden unter dem Oberbegriff Effectiveness- Research zusammengefasst. Verschiedene Methoden werden dabei eingesetzt, wie retrospektives Katamnesedesign [6 Fuchs-Strizek (2011)], oder die Befragung von Patienten nach Nutzen (positive Effekte) und Schaden (Nebenwirkungen) (sog. Consumer reports) [26 Seligmann (1995)]. Verbraucherberichte werden mit Hilfe von Fragebögen, welche von Organisationen verschickt, bzw. Patienten- bzw. Verbraucherzeitschriften beigelegt werden und/oder auf Internetseiten zugänglich sind [5 Frost et al (2011)], [26 Seligmann (1995)], durchgeführt.

Soweit aktuell recherchierbar, wurden Verbraucherberichte beim FMS bisher nur bei englischsprachigen Patienten durchgeführt, bzw. sind im Internet nur für englischsprachige Patienten zugänglich. In einer Internetbefragung der US-amerikanischen National Fibromyalgia Association (NFA) beantworteten 2596 FMS-Betroffene auch Fragen zur Häufigkeit und Wirksamkeit von medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungen des FMS. Mögliche Schäden (Nebenwirkungen) von Therapien wurden nicht erfragt [2 Bennet et al (2007)]. Auf der englischsprachigen Onlineplattform „Patients like me“ können Patienten die Wirksamkeit und Nebenwirkungen von medikamentösen Behandlungen des FMS beurteilen. Auf der Seite der

„Fibromyalgia community“ sind über 15000 FMS-Betroffene registriert. Es finden sich Angaben von bis zu 1920 Patienten zu Medikamenten. Die Betreiber der kommerziellen Plattform werden von US-amerikanischen pharmazeutischen Firmen unterstützt [25 Sanego (2011)]. Der erste deutsche FMS-Verbraucherbericht wurde durchgeführt, um die Häufigkeit der Verwendung sowie Wirksamkeit und den Schaden von bei FMS eingesetzten medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieverfahren aus der Erfahrung von FMS-Betroffenen zu erfassen.

2.1.1 Das Fibromyalgiesyndrom – allgemeine Informationen

Das Fibromyalgiesyndrom ist ein Symptomkomplex, der sich aus unterschiedlichen somatischen- und psychischen Beschwerden zusammensetzt.

Hauptsymptome sind chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen (chronic widespread pain, CWP), Schlafstörungen bzw. nicht erholsamer Schlaf, Erschöpfung und Müdigkeit.

Fakultativ können funktionelle Störungen von Magen und Darm, Harnwegen, Herz, Atmung und andere Schmerzsymptome (z. B. Spannungskopfschmerzen, interstitielle Zystitis) auftreten. Weiterhin können mit dem FMS psychische Störungen wie Angst und Depression verbunden sein [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)]. Viele Patienten erleben einen hohen Leidensdruck sowie Einschränkungen der subjektiv empfundenen Lebensqualität [3 Bernardy et al (2010), [17 Häuser (2011)].

Das FMS kann als Endpunkt eines Kontinuums von biopsychosozialen Disstress angesehen werden [16 Häuser et al (2009)], [17 Häuser (2011)].

Die Prävalenz des FMS liegt in der allgemeinen Bevölkerung bei etwa 2 %. In klinischen Einrichtungen sind Frauen häufiger betroffen als Männer (6-10: 1). Der Altersgipfel liegt zwischen der vierten und sechsten Dekade, die

Erkrankung kann aber in allen Altersgruppen vorkommen [29 Wolfe et al (2013)].

Die klinische Diagnose beruht auf der Anamnese, der klinischen Untersuchung und dem Ausschluss anderer Krankheiten, welche die Symptome hinreichend erklären [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)]. Die klinische Diagnose FMS kann laut der zweiten Version der S3 Leitlinie FMS von April 2012 [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] nach den ACR 1990 Klassifikationskriterien [32 Wolfe et al (1990)], den symptom-basierten Kriterien der Leitlinie, oder den vorläufigen modifizierten ACR 2010 Kriterien [30 Wolfe et al (2011)] gestellt werden.

Die ACR 1990 Klassifikationskriterien des amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie [32 Wolfe et al (1990)] beinhalten das Vorliegen chronischer (>3 Monate) Schmerzen in mehreren Körperregionen (CWP). Das heißt im Einzelnen, Schmerzen des Achsenskeletts, Schmerzen der rechten und linken Körperhälfte sowie Schmerzen ober- und unterhalb der Taille; also in allen 4 Körperquadranten(S.Grafik 1).

Zusätzlich muss noch eine schmerzhafte Palpation von mindestens 11 von 18 definierten Tenderpoints vorliegen [24 Okifuji et al (1997)].

In den modifizierten, vorläufigen ACR 2010 Kriterien [30 Wolfe et al (2011)] wurde das Vorhandensein von 11/18 Tenderpoints aus den obligatorischen Diagnosekriterien herausgenommen. Die TP werden nur noch fakultativ zu den Diagnosekriterien hinzugezogen; denn der Stellenwert der Tenderpoints zur Diagnosestellung FMS wird kontrovers diskutiert. Trotz aller Diskussionen halten insbesondere Vertreter der Rheumatologie an dem Nutzen der TP-Prüfung fest [8 Harth (2007)].

In den ACR 2010 Kriterien können Schmerzen in mehreren Körperregionen im Widespread Pain Index (WPI, regionale Schmerzskala) erfasst werden. Im

WPI werden 19 vorgegebene, nicht-artikuläre Schmerzlokalisationen vorgegeben. (FMS liegt vor bei ≥ 7 von 19).

Ebenfalls enthalten ist der Symptom Severity Score (Symptomschwerebewertung, SSS; klinische Diagnose FMS liegt vor bei ≥ 5).

Der SSS enthält drei Hauptsymptome (Tagesmüdigkeit, kognitive Probleme, nicht erholsamer Schlaf) und 3 Nebensymptome (Kopfschmerzen, Unterbauchschmerzen, Depression). Der Score berechnet sich aus der Summe der Symptome, Spannweite des Summenscores =0-12.

Die Hauptsymptome werden von 0=nicht vorhanden, bis 3=extrem ausgeprägt bewertet, die Nebensymptome mit 0=nicht vorhanden und 1=vorhanden.

2.2 Fragestellungen

2.2.1 Frage 1:

Wie bewerten Fibromyalgie-Betroffene selbst den Nutzen und Schaden von Therapieverfahren in der klinischen Routineversorgung?

2.2.2 Frage 2:

Unterscheiden sich FMS-Patienten, die zusätzlich eine entzündlich rheumatische Erkrankung berichten, in der Nutzen- und Schadenbewertung von Therapieverfahren von FMS-Patienten, die keine entzündlich rheumatische Erkrankung berichten?

2.2.3 Frage 3:

Unterscheiden sich FMS-Patienten mit depressiven Störungen, in der Nutzen- und Schadenbewertung von Therapieverfahren von FMS-Patienten ohne depressive Störungen?

2.2.4 Frage 4:

Unterscheiden sich FMS-Patienten, die Mitglieder in FMS-Selbsthilfegruppen sind, in der Nutzen- und Schadenbewertung von Therapieverfahren von FMS-Patienten von Nicht-Mitgliedern in FMS-Selbsthilfegruppen?

3 Materialien und Methoden

3.1 Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Fragebögen: Die Fragen zu demografischen Daten (Alter, Geschlecht, Lebensform, Schulabschluss, aktueller Berufsstatus, Mitglied einer FMS-Selbsthilfeorganisation) und medizinischen Daten (Dauer seit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen und Diagnose eines FMS, Begleiterkrankungen wie entzündlich rheumatische Erkrankungen) wurden aus einer früheren multizentrischen Studie an FMS-Patienten entnommen [9 Häuser et al (2011)].

Ein Fragebogen zur Erfassung von Nutzen und Schaden verschiedener Therapieverfahren beim FMS aus Sicht der Betroffenen wurde von den an der Studie interessierten Leitern der klinischen Einrichtungen und von den Vorständen der deutschen Rheumaliga sowie der DFV entwickelt. Der Fragebogen, der National Fibromyalgia Association California, USA (NFA) [2 Bennet et al (2007)] diente als Orientierung. Die zu bewertenden Therapieverfahren wurden wie folgt ausgewählt: In der deutschen S3-Leitlinie zum FMS erwähnt [11 Häuser et al (2009)] und/oder von den Autoren und/oder nach Ansicht der Patientenvertreter häufig eingesetzt.

Diese Verfahren wurden im Fragebogen [[Anhang 8.3](#)] in folgende Abschnitte gegliedert: eigenständige Aktivitäten inklusive Trainingstherapien (z. B. Funktionstraining, Muskeldehnung) physikalische Therapie und Krankengymnastik, psychologische Verfahren und Psychotherapie, (teil-)stationäre Therapien, Medikamente sowie komplementäre und alternative Verfahren. In jedem Abschnitt war die Möglichkeit gegeben, in Freifeldern weitere im Fragebogen nicht aufgeführte Therapieverfahren mit ihrem individuell erlebten Nutzen und Schaden zu ergänzen. Nach Erfahrung der Autoren häufig eingesetzte Medikamente waren einzeln (mit Generischem und Firmenname) aufgeführt. Nach Erfahrung der Autoren seltener eingesetzte Medikamente wurden in Medikamentengruppen, z. B.

starke Opioide oder „Schmerzpflaster“, mit generischen und Firmennamen zusammengefasst. Die Teilnehmer wurden gefragt, ob sie das jeweilige Therapieverfahren aktuell, früher oder noch nie angewendet haben.

Der individuell erlebte Nutzen (Symptomreduktion) und Schaden (Nebenwirkungen) von Therapieverfahren wurde auf einer Skala von 0-10 (0=kein, 10=maximaler Nutzen bzw. Schaden) eingeschätzt. Die Augenscheinvalidität sowie die Verständlichkeit der Formulierungen der ersten Version des Fragebogens wurden von 4 an der Studie nicht beteiligten Ärzten (Rheumatologie, Schmerzmedizin, psychosomatische Medizin) sowie 10 Patienten aus 2 Settings (Komplementärmedizin, Schmerzmedizin, psychosomatische Medizin) qualitativ beurteilt. Einige Items (Begriffe) des Fragebogenpakets zum Nutzen von Therapieverfahren wurden aufgrund der Rückmeldungen vor Studienbeginn modifiziert. Die deutsche Version des Fragebogens „Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies“ enthält die modifizierten vorläufigen diagnostischen Kriterien des FMS für Umfragen („survey criteria“) des American College of Rheumatology (ACR) von 2010. Der Fragebogen enthält einen Symptomschwerescore [Symptom Severity Score (SSS)] mit 3 Hauptsymptomen (Tagesmüdigkeit, Probleme beim Denken oder Gedächtnis, nichterholsamer Schlaf), die von 0-3 (0= nicht vorhanden bis 3 extrem ausgeprägt) codiert werden können, und 3 Nebensymptome (Schmerzen/Krämpfe im Unterbauch, Depression, Kopfschmerzen), die als vorhanden (1) bzw. als nichtvorhanden (0) codiert werden können.

Weiterhin enthält der Fragebogen den Widespread pain index (WPI, regionale Schmerzskala) mit 19 vorgegebenen nicht artikulären Schmerzlokalisationen. Die Symptome bzw. Schmerzlokalisationen sollen für mindestens 3 Monate vorgelegen haben [30 Wolfe et al (2011)]. Der SSS war von 4 Ärzten – davon 2 mit mehrjährigen Forschungsaufenthalten in den USA mithilfe einer Hin- und Rückübersetzung ins Deutsche übersetzt worden. Der WPI ist mit der validierten deutschen Version der regionalen

Schmerzskala identisch [15 Häuser et al (2010)]. Im Rahmen einer postalischen Befragung bzw. Internetbefragung ohne Möglichkeit einer klinischen und ggf. laborchemischen Untersuchung liegt ein mögliches FMS vor, wenn entweder der WPI ≥ 7 und der SSS ≥ 5 oder der WPI=3-6 und der SSS ≥ 9 ist [30 Wolfe et al (2011)].

Der Patient Health Questionnaire (PHQ Modul 4, Gesundheitsfragebogen für Patienten) enthält je 2 Screeningfragen (systematisches Testverfahren) zu Depression und Angst [19 Kroenke et al (2009)]. Hier wurde die validierte deutsche Version des PHQ-4 verwendet. Werte ≥ 3 sind als Grenzwert für eine mögliche depressive Störung bzw. eine mögliche generalisierte Angststörung, Panikstörung oder posttraumatische Belastungsstörung anzusehen und korrespondieren mit einem Perzentilrang von 93,4 % (Depression) bzw. 95,2 % (Angst) in Bezug auf eine repräsentative deutsche Bevölkerungsstichprobe [21 Löwe et al (2010)].

3.2 Patienten

Untersuchungszeitraum und Ablauf der Untersuchung:

Vom 1. November 2010 bis zum 30. April 2011 wurden alle konsekutiven Patienten der teilnehmenden Einrichtungen mit einem bekannten oder neu diagnostizierten FMS gebeten, an der Studie teilzunehmen. Die Fragebögen wurden während der Konsultation vom Arzt mit einem standardisierten Begleitschreiben und persönlichen Erläuterungen an den Patienten ausgehändigt und konnten vom Patienten nach der aktuellen bzw. bei der nächsten Konsultation abgegeben werden. Die beantworteten Fragebögen wurden von den Patienten den Ärzten anonym in einem verschlossenen Umschlag zurückgegeben, separat von der Krankenakte aufbewahrt und am Studienende an das Studienzentrum zurückgeschickt.

Das Fragebogenpaket wurde von der Geschäftsstelle des Bundesverbands der deutschen Rheumaliga an die Landes- und Mitgliedsverbände mit der

Bitte geschickt, dieses an die Leiter der regionalen FMS-Gruppen zur Verteilung an die Teilnehmer weiterzuleiten. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einem geschlossenen Umschlag an die Regionalleiter zurückgegeben, von diesen an die Geschäftsstelle des Bundesverbands zurückgeschickt und von dort unter Entfernung der Adresse des Absenders an das Studienzentrum geleitet.

Das Fragebogenpaket wurde mit einem Aufruf zur Teilnahme durch den Vorstand und den medizinischen Beirat (Ausgabe 04/2010) dem *Optimisten*, dem Publikumsorgan der DFV, beigelegt. Weiterhin war der Fragebogen in dem genannten Zeitraum auf der Homepage des DFV abrufbar. Ausgefüllte Fragebögen wurden an die Geschäftsstelle der DFV gesendet und von dort unter Entfernung der Adresse des Absenders an das Studienzentrum geleitet. Die Geschäftsstellen beider Selbsthilfeorganisationen wiesen darauf hin, dass nicht alle Studienteilnehmer Mitglieder einer Selbsthilfeorganisation waren, da die Trainingsgruppen der deutschen Rheumaliga sowie die Homepage der DFV auch Nichtmitgliedern offen stehen und der im *Optimisten* enthaltene Fragebogen auch an Nicht- DFV-Mitglieder weitergegeben werden oder auf der Homepage der DFV von Nicht- DFV-Mitgliedern aufgerufen werden konnte.

Weiterhin war der Fragebogen während der Studiendauer auf den Internetseiten der deutschen Rheuma-Liga (Rückversand an Geschäftsstelle des Bundesverbandes per Fax oder Post) und der DFV (Formular online ausfüllbar, Rückversand an Geschäftsstelle per E-Mail möglich) abrufbar.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die über die Selbsthilfeorganisationen rekrutierten Teilnehmer wurde gefordert, dass sie angaben, dass bei ihnen die Diagnose eines FMS von einem Arzt gestellt worden war. In den klinischen Einrichtungen wurden Patienten mit einem bekannten oder neu diagnostizierten FMS in die Studie

aufgenommen. Da es keinen Goldstandard zur klinischen Diagnose eines FMS gibt [7 Goldenberg (2009)], wurde es den teilnehmenden Ärzten freigestellt, welche Kriterien zur Diagnose verwendet wurden. Die Zahl der Schmerzlokalisationen durfte nicht durch andere Erkrankungen ausreichend erklärt sein. Patienten mit komorbiden inaktiven oder gering aktiven entzündlich rheumatischen Erkrankungen oder mono- bzw. oligolokulären Arthrosen, welche die Zahl der Schmerzlokalisationen nicht ausreichend erklärten, wurden eingeschlossen. Teilnehmer, die der deutschen Schriftsprache nicht ausreichend mächtig waren, bzw. deren Schmerzlokalisationen durch körperliche Krankheiten ausreichend erklärbar waren, wurden ausgeschlossen. Andere primäre Ausschlusskriterien wurden nicht definiert. Für die Analyse der Wirksamkeit der Therapieverfahren wurden Patienten ausgeschlossen, bei denen die FMS-Diagnose <1 Monat zuvor gestellt worden war.

3.4 Statistische Auswertung

Die Daten wurden von je 4 Paaren studentischer Hilfskräfte in eine vorgefertigte Excel-Datenbank eingetragen. Die Eingaben wurden stichprobenartig von 2 Personen auf Plausibilität und Eingabefehler überprüft. Fehlende Antworten im SSS, WPI und PHQ-4 wurden mit 0 codiert. Waren >50 % der Items in diesen Fragebögen nicht beantwortet, wurde der Fragebogen aus der Analyse ausgeschlossen.

Die Daten wurden deskriptiv durch Mittelwerte und Standardabweichungen bzw. Absolut- und Prozentwerte dargestellt. Gruppenvergleiche kontinuierlicher Variablen erfolgten mit nichtparametrischen Tests. Der χ^2 -Test wurde für kategoriale Variablen verwendet. Alle Tests wurden 2-seitig mit einem α -Wert von 0,05 durchgeführt. Alle Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS® (Version 17.0) durchgeführt.

3.5 Ethik

Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht wurden streng beachtet. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München geprüft.

3.6 Finanzierung

Die Studie wurde von der deutschen Rheumaliga finanziell unterstützt. An der Auswertung der Daten und der Manuskripterstellung war sie nicht beteiligt. Die Studienteilnehmer erhielten keine Aufwandsentschädigung. Sachkosten wurden selber getragen.

4 Ergebnisse

4.1 Teilnehmende Institutionen

9 von 14 angesprochenen klinischen Einrichtungen nahmen an der Studie teil. Die Schwerpunkte der Einrichtungen waren Schmerztherapie und Psychotherapie (n=3), Rheumatologie (n=2), komplementäre Verfahren (n=2), physikalische Medizin (n=1) und Schmerztherapie (n=1).

Die Settings waren ambulant (n=6), stationär (n=2) und tagesklinisch (n=1). Versorgungsstufen waren die Sekundärversorgung (n=6) und Tertiärversorgung (n=2) sowie die Rehabilitation (n=1).

Je eine rheumatologische Praxis, rheumatologische Abteilung eines Akutkrankenhauses der Sekundärversorgung, rheumatologische Rehabilitationsklinik, Schmerzambulanz der Tertiärversorgung und psychosomatische Rehabilitationsklinik waren an der Studienteilnahme interessiert und beteiligten sich an der Konzeption des Fragebogens, waren aber aus organisatorischen Gründen nicht in der Lage, die Studie durchzuführen. Aus organisatorischen Gründen konnte nur ein Teil der

Patienten des Algesiologikums München in einem Zeitraum von 2 Monaten für die Studie angesprochen werden.

4.2 Patienten

4.2.1 Klinische Einrichtungen

123 Patienten erfüllten die primären Einschlusskriterien nicht. (unzureichende Sprachkenntnisse, keine Bestätigung einer bestehenden FMS-Diagnose nach klinischer Untersuchung).

40 Patienten lehnten die primäre Teilnahme an der Studie ab.

Von den 1691 Patienten, die Fragebögen ausfüllten, wurden 30 ausgeschlossen, weil die Diagnose FMS seit weniger als 1 Monat zuvor gestellt worden war.

4.2.2 Selbsthilfeorganisationen

Die deutsche Rheumaliga berichtete auf Anfrage hin, dass ungefähr 10.000 ihrer Mitglieder FMS-Betroffene sind. Von der deutschen Rheumaliga wurden 721 in die Analyse eingeschlossene Personen rekrutiert. Die DFV berichtete auf Anfrage, dass etwa 4000 ihrer Mitglieder, die den *Optimisten* erhalten, FMS-Betroffene sind. Von der DFV wurden 456 in die Analyse eingeschlossene Personen rekrutiert.

4.2.3 Gesamte Stichprobe

In die Analyse wurden 1661 FMS-Betroffene Patienten eingeschlossen. (S. Tabelle 1, soziodemografische und klinische Daten). Die Mehrzahl der Studienteilnehmer waren Frauen mittleren Alters mit langjährigen Schmerzen in mehreren Körperregionen.

In der Grafik 2 findet sich eine Darstellung des Alters nach Häufigkeit.

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter und Geschlecht zwischen den Patienten, die die Studienteilnahme ablehnten und denen, die in die Studie bzw. Auswertung eingeschlossen wurden. In der Grafik 3 findet sich die Häufigkeit der Verteilung weiblich zu männlich.

Das Durchschnittsalter der in die Analyse eingeschlossenen Befragten lag bei 54,3 Jahren. Die Dauer der bestehenden FMS-Beschwerdesymptomatik lag bei 16,6 Jahren durchschnittlich. Bei den Teilnehmern wurde im Durchschnitt nach 6,8 Jahren die Diagnose FMS gestellt.

Der größte Teil der Befragten Personen lebt zusammen mit einem Partner (75,8 %). Hinsichtlich der Schulbildung haben die meisten Teilnehmer einen mittleren Bildungsabschluss (41,0 %).

Zur aktuellen beruflichen Situation geben 38,4 % an berentet zu sein, gefolgt von der Gruppe der Berufstätigen mit 32,3 %. Erwähnenswert ist, dass 9,1 % der Befragten einen Rentenantrag gestellt haben und 8,0 % von ihnen arbeitslos sind.

61,3 % der befragten Betroffenen gaben an Mitglied in einer FMS-Selbsthilfegruppe zu sein.

51,1 % gaben an, seit der Diagnosestellung FMS eine ausgeprägte Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zu verspüren, wohingegen nur 4,5 % eine ausgeprägte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes angaben.

Einen Grad der Behinderung von 0-10 % nach dem neunten Sozialgesetzbuch (Schwerbehindertenrecht) wegen dem FMS gaben 62,6 % der Befragten an. Der zweithöchste Prozentsatz lag bei 11,6 % der Befragten, die einen GDB von 30-40 % zugesprochen bekommen hatten.

14,9 % der Teilnehmer gaben an, mit der aktuellen Behandlung ihres FMS überhaupt nicht zufrieden zu sein. Nur 4,2 % waren mit ihrer aktuellen FMS-Behandlung sehr zufrieden.

Die Behandlung des FMS wird sowohl von den Betroffenen als auch von den behandelnden Ärzten, häufig als enttäuschend erlebt [11 Häuser et al (2009)].

Das gleichzeitige Vorhandensein von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wurde auch im Fragebogen abgefragt. 276/1351 (20,4 %) der Befragten gaben an, zusätzlich an solchen erkrankt zu sein.

Diese Patienten wurden im Gegensatz zu RCTs in den Verbraucherbericht eingeschlossen [18 Häuser et al (2012)].

19 der Patienten, die entzündlich-rheumatische Krankheiten angaben, benannten im Therapieverfahrensteil „Medikamente“ die Einnahme von Basistherapeutika. 5 weitere Patienten gaben Basistherapeutika an, beantworteten aber die Frage entzündlich-rheumatische Erkrankungen nicht (Angabe Basistherapeutika n= 24).

Die einzelnen Basistherapeutika werden in Tabelle 2 aufgeführt.

Weiterhin gaben 20 der Patienten die entzündlich-rheumatische Krankheiten mit ja beantworteten, im Therapieverfahrensteil „Medikamente“ an, mit Kortison behandelt zu werden. 12 weitere Patienten gaben Kortison an, beantworteten aber die Frage entzündlich-rheumatische Erkrankungen nicht (Angabe Cortison n= 32).

Im Fragebogen wurden die Patienten auch aufgefordert bei ihnen bekannte, andere chronische schmerzhafte Erkrankungen, die medizinisch behandelt werden, anzugeben; und falls ja, zu benennen. Eine häufige Komorbidität ist die Arthrose. 66,90 % gaben an zusätzlich zu FMS unter Arthrose zu leiden.

Die Teilnehmer wurden ebenfalls in einem Feld zur freien Eingabe aufgefordert, das Vorliegen von anderen chronischen schmerzhaften Erkrankungen außer Arthrose und Rheuma einzutragen. 712 Personen gaben an, dass dies der Fall war, und benannten eine weitere Erkrankung.

Da eine Beantwortung in freier Form vorlag, mussten einige Antworten ausgeschlossen werden (Dies bezieht sich zum Beispiel auf die Angabe: Osteoporose ohne Fraktur oder schmerzhaftige Komplikationen; n =31).

Die eingeschlossenen angegebenen Erkrankungen (n= Summe aus der Tabelle) werden in Tabelle 3 aufgeführt.

4.2.4 Die aktuell am häufigsten angewendete Therapien und Verfahren

Eine Gesamtaufstellung aller aktuell eingesetzten Therapieverfahren ist in Tabelle 4 zu ersehen.

Die aktuell am häufigsten von den Studienteilnehmern angewendeten einzelnen Therapien waren eigenständige Aktivitäten (Spaziergehen, Ablenkung und Hinlegen).

Die Einnahme von NSAR wurde von den Teilnehmern an siebter Stelle genannt (42 %).

Bei der Zusammenfassung aktueller einzelner Therapieverfahrensklassen (mindestens 1 Therapieverfahren, siehe auch Tabelle 5) ergab sich die Reihenfolge: aktivitätsbezogenes Selbstmanagement (95,3 %), ruhebezogenes Selbstmanagement (81,6 %), Nicht-CAM-Medikamente (Analgetika, Muskelrelaxantien, Psychopharmaka; (81,5%), Selbstmanagement mit physikalischen Verfahren (Wärme, Kälte; 67,0%), Ausdauertraining (58,6%), manuelle physikalische Verfahren (52,7%), CAM-Medikamente (35,2%), technische physikalische Verfahren (28,5%), Psychotherapie (24,2%), Entspannungsverfahren (23,1%), CAM-Bewegungstherapien (18,4%) und andere psychologische Verfahren (1,3%).

4.2.5 Nützlichste und wirkungsvollste Therapien

Als nützlichste Therapien (aktuell und früher) wurden Wärmeanwendungen, Thermalbäder und FMS-Schulungsprogramme genannt.

Eine vollständige Auflistung mit Ranking ist in Tabelle 6 ersichtlich.

4.2.6 Schädlichste und nebenwirkungsreichste Therapien

Als schädlichste, bzw. nebenwirkungsreichste Therapiemaßnahmen wurden Medikamente [starke und schwache Opioide, Antiepileptika (Pregabalin, Gabapentin), Antidepressiva (Amitriptylin, Duloxetin)] und die Kältetherapie genannt.

Eine vollständige Auflistung mit Ranking ist in Tabelle 7 ersichtlich.

4.2.7 Nutzen und Schaden

4.2.7.1 Eigenständige Aktivitäten

Als Therapien mit dem größten Nutzen und dem geringsten Schaden in dieser Kategorie wurden Ganzkörperwärmeanwendungen (Infrarotkabine, Biosauna, warme Wannenbäder), Thermalbäder, Funktionstraining sowie Spaziergehen und Entspannungstraining genannt (Siehe Rangfolge; Tabelle 8).

Der Fragebogen enthält nach jeder abgefragten Kategorie Freitextfelder zur eigenständigen Ergänzung von Therapiemaßnahmen. Einige teils exotische Anwendungen, auch von in der Leitlinie nicht erwähnten Therapiemaßnahmen, sollen hier genannt werden.

In den Freitextfeldern der Kategorie eigenständige Aktivitäten „Sonstige“ wurde von n= 5 Patienten der Besuch im Gasteiner Heilstollen (natürlicher Radongehalt in Kombination mit Wärme und Luftfeuchtigkeit) angegeben; n=2 Patienten gaben an die Zilgrei Methode (Körperarbeit) anzuwenden.

N=3 Patienten wandten eine Eigenbluttherapie an. N=2 Patienten führten Anwendungen nach Sebastian Kneipp (Wasserkuren) durch.

4.2.7.2 Physikalische Therapie und Physiotherapie

Als Therapien mit dem größten Nutzen und dem geringsten Schaden in dieser Kategorie wurden die Osteopathie, Lymphdrainagen und Bäder genannt. Bei der Kältekammer überwogen die Angaben zum Nutzen nur knapp den Schaden.

Die vollständige Auflistung mit Ranking folgt in Tabelle 9.

In den Freitextfeldern „Sonstiges“ dieser Kategorie gaben n=14 FMS-Betroffene an, eine Schröpftherapie (lokale Durchblutungsförderung) durchführen zu lassen.

N=4 Patienten gaben an, eine heiße oder kalte Sandboxtherapie durchzuführen, welche schmerzlindernde Eigenschaften haben soll.

Die Kinesiologie (vorwiegend manuelle Muskeltests) wurde von n=6 FMS-Patienten angegeben.

4.2.7.3 Psychologische Verfahren und Psychotherapie

Als Therapien mit dem größten Nutzen und dem geringsten Schaden in dieser Kategorie wurden FMS-Schulungen, Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie) und Meditation genannt.

Die vollständige Auflistung mit Ranking erfolgt in Tabelle 10.

Im Freitextfeld „Sonstiges“ in dieser Kategorie gaben n=4 Patienten an, Maßnahmen zur Stressbewältigung anzuwenden.

Weitere n=4 Patienten wandten noch die Musiktherapie an.

4.2.7.4 Medikamente

Bei allen angegebenen Medikamenten wurde nur bei den Hypnotika (z. B. Zolpidem, Flunitrazepam) ein größerer Nutzen als Schaden von den Anwendern gesehen. Bei den starken Opioiden, „Schmerzpflastern“, Antiepileptika (z. B. Pregabalin, Gabapentin) und Neuroleptika (z. B. Olanzapin, Sulpirid) wurde ein größerer Schaden als Nutzen angegeben.

Bei den übrigen Medikamenten (alle WHO-Stufe 1-Analgetika, Muskelrelaxantien, Antidepressiva) hielten sich die Einschätzungen von Nutzen und Schaden die Waage.

In Tabelle 11 ist die vollständige Auflistung zu ersehen.

FMS-Betroffene, die angaben, auch unter einer entzündlich rheumatischen Erkrankung zu leiden, nahmen aktuell mehr NSAR [134/276 (48,6 %)] ein als Betroffene, die angaben, nicht unter einer solchen Erkrankung zu leiden [408/1075 (40,0 %); $\chi^2 = 10,3$, $p=0,001$]. Betroffene, die angaben, auch unter einer entzündlich rheumatischen Erkrankung zu leiden, nahmen aktuell mehr schwache [184/1240 (14,8 %)] und starke Opioiden [71/1233 (5,8 %)] ein, als Betroffene, die angaben, nicht unter einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung zu leiden [schwache Opioiden 65/1240 (5,2 %) bzw. starke Opioiden 41/1233 (3,3 %)]. Weiterhin ist hier noch gesondert aufzuführen, dass in einigen Freitextfeldern „Sonstiges“ in unterschiedlichen Kategorien noch die Guaifenesintherapie nach Dr. Amand angegeben worden ist. Gesamtnennungen $n=28$, davon $n=25$ im Freitextfeld „Medikamente“.

Dr. Amand (Californien, USA) postuliert, dass Guaifenesin, ein in Hustenmitteln enthaltener Schleimlöser (z. B. Mucinex®, USA) zur erfolgreichen Behandlung von FMS eingesetzt werden kann.

Die Datenlage ist gering, die Erkenntnisse von Dr. Amand beziehen sich auf eine Studie [4 Feng et al (2009)] über die MEFV-Gen-Mutation welche mit FMS korreliert und mit einem erhöhten IL-1 β Plasmalevel einhergeht; und eine amerikanische Telefonumfrage (nur medikamentöse Therapien) [27

Shaver et al (2009)] mit 434 Frauen mit selbst berichtetem FMS, in welcher die Frauen „starke Opioide“ (im absoluten Gegensatz zu dem deutschen FMS-Verbraucherbericht) und „Guaifenesin“ als Therapien mit den höchsten Effekten angaben.

Eine weitere erwähnenswerte Angabe im Freitextfeld „Sonstige“ in der Kategorie Medikamente war noch die Einnahme bzw. der Konsum von THC; bei n=2 Patienten in Form von Dronabinol©, und n=1 Angabe von illegal besorgtem Cannabis.

N=4 Betroffene gaben an, Navoban© (Tropisetron, einen 5HT3-Antagonisten) im Offlabel-use gegen ihr FMS einzunehmen.

4.2.7.5 Komplementäre und alternative Verfahren

Als Therapiemaßnahmen mit dem größten Nutzen und dem geringsten Schaden in dieser Kategorie wurden die Tanztherapie, die Atemtherapie, die Fußreflexzonenmassage und die Ernährungsumstellung genannt. N=9 Betroffene gaben an, mit der Quadrantenoperation nach Bauer behandelt worden zu sein, die Hälfte gab keinen Nutzen bzw. einen hohen Schaden an.

In Tabelle 12 sind die komplementären und alternativen Verfahren zu ersehen.

Im Freitextfeld „Sonstiges“ in dieser Kategorie wurde zusätzlich noch von n=14 Teilnehmern die traditionelle chinesische Medizin im Allgemeinen (unterschiedliche Methoden, exklusive Tuina und Shiatsu) genannt.

N=2 Patienten nutzten die Tuina Massage (chinesische Massage und Bewegungstherapie, andere (n= 2 FMS-Patienten) wandten Shiatsu an.

Ayurvedische Anwendungen (indische Heillehre) wurden n=3- mal genannt.

Zilgri (komplementäre Atem- und Bewegungstherapie) wurde n=2- mal genannt.

4.2.7.6 Stationäre und teilstationäre Therapien

Mindestens eine Aktuelle oder Frühere (teil-)stationäre Therapie (Naturheilverfahren, Orthopädie, Psychosomatik, Rheumatologie, Schmerztherapie) gaben 1152/1560 (75,8 %) an. Als Therapiemaßnahmen mit dem größten Nutzen und dem geringsten Schaden in dieser Kategorie wurden stationäre Behandlungen in Kliniken für Naturheilverfahren/integrative Medizin, rheumatologische Rehabilitationen und Schmerzkliniken genannt.

Tabelle 13 enthält alle aufgeführten (teil-)stationären Therapien.

Von n=2 Patienten wurde im Freitextfeld „Sonstiges“ in dieser Kategorie explizit noch die Anwendung einer TCM-Kur angeführt.

4.3 Vergleich von Patienten mit und ohne selbst berichtete entzündlich rheumatische Erkrankung

Die Gruppenvergleiche erfolgten mit nicht-parametrischen Tests und wurden zweiseitig mit einem Alphaswert von 0,05 durchgeführt.

Es fanden sich keine Unterschiede in Geschlecht, Lebenssituation und Schul- oder Bildungsabschluss.

Ein großer Unterschied fand sich im Berufsstatus, bedingt durch den höheren Anteil der Rentner der Nicht-Rheumagruppe ($p < 0,0001$; siehe auch Tabelle 14).

Weiterhin fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens einer gleichzeitigen Depression. Es fanden sich auch keine signifikanten Unterschiede bezüglich der subjektiven Veränderung des Gesundheitszustands seit der Diagnosestellung FMS oder der Mitgliedschaft in einer FMS-Selbsthilfegruppe. Ansonsten gab es auch keine Unterschiede

in der Häufigkeit einer Teilnahme an stationären- oder teilstationären Therapien.

4.3.1 Aktuelle und frühere Therapiemaßnahmen

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Ausführung von aerobem Training, Entspannungstraining und Psychotherapie in der Rheuma- und in der Nicht-Rheumagruppe.

Studienteilnehmer mit entzündlichem Rheuma berichteten seltener über die Einnahme schwacher Opiode als die Nicht-Rheumagruppe ($p=0,004$).

Weiterhin gab es einen signifikanten Unterschied in der Einnahme von Stufe I Analgetika; Patienten der Nicht-Rheumagruppe nahmen diese häufiger ein, als die Patienten der Rheumagruppe ($p<0,0001$). Innerhalb der Medikamentenklassen Muskelrelaxantien und Antidepressiva zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Einnahmehäufigkeit bei Rheuma- und Nicht-Rheuma-FMS-Patienten.

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der aktuellen und früheren Anwendung von technischen physikalischen Therapien, aktivitäts- und ruhebezogenem Selbstmanagement sowie komplementärer Bewegungstherapie.

Studienteilnehmer aus der Nicht-Rheumagruppe berichteten signifikant häufiger über den früheren oder aktuellen Einsatz von komplementär medikamentösen Verfahren ($p=0,034$) und von komplementären ernährungsbezogenen Verfahren ($p=0,028$), außerdem wandten sie häufiger manuelle physikalische Therapien an ($p=0,022$), als die Studienteilnehmer der Rheumagruppe.

In Tabelle 15 folgt der Vergleich aktueller und früherer Therapiemaßnahmen.

4.3.2 Patienten mit und ohne mögliche depressive Störung

Die Gruppenvergleiche erfolgten mit nicht-parametrischen Tests und wurden zweiseitig mit einem Alphaswert von 0,05 durchgeführt.

Es fanden sich keine Unterschiede in der Lebenssituation und der früheren oder aktuellen Anzahl von stationären Therapien.

Es hatten mehr weibliche FMS-Studienteilnehmer keine Depressionen ($p=0,009$). Wie auch schon bei den Gruppen Patienten mit und ohne selbstberichtete entzündlich rheumatische Erkrankung, zeigt sich im Vergleich der Gruppen Patienten mit oder ohne mögliche depressive Störung ein globaler Unterschied in der aktuellen beruflichen Situation ($p<0,0001$; siehe auch Tabelle 16).

Es fanden sich signifikante Unterschiede bezüglich der subjektiven Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustands seit der Diagnosestellung FMS ($p<0,0001$). Ebenfalls signifikant unterschied sich die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe; Studienteilnehmer ohne Depression waren häufiger Mitglieder in einer FMS-Selbsthilfegruppe, als FMS-Erkrankte mit Depression ($p=0,030$).

4.3.3 Vergleich aktueller und früherer Therapiemaßnahmen

FMS-Studienteilnehmer ohne mögliche depressive Störung berichteten häufiger über die Anwendung von Psychotherapie früher oder aktuell ($p<0,0001$). Sie nahmen häufiger Muskelrelaxantien ($p=0,041$) und Antidepressiva ein ($p=0,024$), als die FMS-Studienteilnehmer mit Depression. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der früheren oder aktuellen Durchführung von aerobem Training, Entspannungstraining, technischen physikalischen Therapien und ruhebezogenem oder aktivitätsbezogenem Selbstmanagement. Ebenso fanden sich keine Unterschiede in der Einnahme von Stufe I Analgetika sowie schwachen und starken Opioiden. Auch hinsichtlich aller komplementärer Therapieverfahren

und aller manuellen physikalischen Therapieverfahren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen FMS-Patienten mit oder ohne mögliche depressive Störung.

Es fanden sich ebenso keine signifikanten Unterschiede zwischen FMS-Patienten mit oder ohne mögliche depressive Störung und dem Vorliegen von Rheuma (siehe Tabelle 17).

4.4 Patienten mit und ohne Zugehörigkeit zu FMS-Selbsthilfeorganisation [10 Häuser et al (2013)]

Die Gruppenvergleiche erfolgten mit nicht-parametrischen Tests und wurden zweiseitig mit einem Alphawert von 0,05 durchgeführt.

Das Durchschnittsalter der über die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) rekrutierten Studienteilnehmer (Mittelwert 54,3, SD 9,8 Jahre) unterschied sich vom Durchschnittsalter von 3996 Personen der Mitgliederdatei (Mittelwert 53,0, SD 9,7 Jahre; $z=3,7$, $p<0,0001$), nicht jedoch das Geschlechtsverhältnis (92,6 % vs. 92,8 %).

Es fanden sich keine Unterschiede in Geschlecht, Bildungsabschluss und Lebenssituation. Studienteilnehmer mit Mitgliedschaft waren älter als Studienteilnehmer ohne Mitgliedschaft in FMS-Selbsthilfegruppen. Es fand sich ein globaler Unterschied in dem Berufsstatus, der durch den höheren Anteil von Rentnern bei den Studienteilnehmern mit Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen bedingt war (siehe Tabelle 18). Es fand sich kein Unterschied bezüglich der Häufigkeit eines Rentenantrags bei Personen im berufstätigen Alter (21,1 vs 17,8 %, χ^2 1,5, $p=0,2$).

841/990 (84,9 %) der Selbsthilfegruppenteilnehmer und 531/618 (85,9 %) der Nichtselbsthilfegruppenteilnehmer ($\chi^2 = 2,5$, $p=0,11$) erfüllten die modifizierten vorläufigen ACR 2010 diagnostischen Kriterien des FMS für Umfragen [30 Wolfe et al 2011)].

Studienteilnehmer der Selbsthilfegruppen berichteten über eine längere Dauer von Schmerzen in mehreren Körperregionen und einer längeren Zeit seit der Diagnosestellung FMS. Weiterhin berichteten sie eine geringere depressive Stimmung und weniger Angst als Nicht-Mitglieder von FMS-Selbsthilfegruppen. Es fanden sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede im Ausmaß des polysymptomatischen Disstress (siehe Tabelle 18).

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Diagnosestellung FMS und der Zufriedenheit mit der Behandlung ihres FMS (siehe Tabellen 19 und 20).

Studienteilnehmer mit Mitgliedschaft in FMS-Selbsthilfegruppen gaben häufiger den aktuellen Einsatz von aktivitätsbezogenen Selbstmanagementstrategien (z. B. Spaziergehen), aerobem Training (z. B. Schwimmen oder Funktionstraining), eigenständigem Entspannungstraining und komplementärer Medikation (z. B. Homöopathie, Nahrungsmittelergänzungsprodukte) als Nicht-Mitglieder von FMS-Selbsthilfegruppen, an. Seltener berichteten die Teilnehmer der Mitgliedergruppe über den Einsatz von physikalischen Selbstmanagementstrategien (z. B. Wärmeanwendung) als Studienteilnehmer ohne Mitgliedschaft. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bei der aktuellen Nutzung verschreibungspflichtiger Medikamente, passiven physikalischen Therapien, Psychotherapie, komplementärer Bewegungstherapie (z. B. Tai-Chi) und Ernährungstherapien (z. B. vegetarische Kost; siehe Tabelle 21).

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die teilnehmenden Mitglieder der deutschen Rheumaliga und der DFV weniger Angst- und depressive Symptome angaben, sowie ein leitlinienkonformeres Selbstmanagement anwandten, als die Teilnehmer, die keiner Selbsthilfegruppe angehörten.

5 Diskussion

Die wichtigsten Ergebnisse

Es konnten die Daten von 1661 FMS-Erkrankten für den deutschen Fibromyalgieverbraucherbericht analysiert werden.

Die häufigsten aktuellen Therapieverfahrenskategorien waren aktivitäts- und ruhebezogene Selbstmanagementstrategien und Medikamente.

Insgesamt erhielten alle nicht medikamentösen Verfahren (Bewegungstherapie, physikalische Maßnahmen, Psychotherapie, multimodale- und die meisten komplementären Verfahren) eine günstigere Nutzen - Schaden Einschätzung als alle medikamentösen Behandlungen.

Im Vergleich mit anderen Studien sind die Teilnehmer bezüglich ihrer demografischen Daten und Komorbiditäten als repräsentativ für FMS-Patienten der klinischen Routineversorgung anzusehen [2 Bennet et al (2007)], [9 Häuser et al (2011)], [31 Wolfe et al (2001)].

Im Vergleich mit einer US-amerikanischen Studie [2 Bennet et al (2007)] nehmen US-amerikanische FMS-Betroffene mehr Antidepressiva ein (46 % Deutschland, 63 % USA), außerdem schätzten die US-Amerikaner den Nutzen von Analgetika als wirkungsvoller ein als die deutschen Patienten (USA: durchschnittlicher Nutzen ~6,25, Deutschland alle Einschätzungen <6).

Die gewonnenen Ergebnisse stimmen mit den Empfehlungen der deutschen FMS-Leitlinie überein, in der Langzeittherapie des FMS die nicht-medikamentösen Verfahren bevorzugt einzusetzen. Selbstmanagementstrategien wie Ablenkung, Ausruhen, körperliche Aktivität und eigenständig durchgeführte Wärmetherapien wurden von den Betroffenen nicht nur am häufigsten eingesetzt, sondern auch am besten bewertet.

Im Vergleich mit der ersten Version der interdisziplinären FMS-Leitlinie [11 Häuser et al (2009)] wurden im Verbraucherbericht zusätzlich zum Nutzen, also der Wirksamkeit von Therapieverfahren, auch Daten zu potenziellen Schäden durch Therapieverfahren berücksichtigt.

Die Mehrzahl der Studienteilnehmer des Verbraucherberichts gaben leitlinienkonforme Therapien mit Selbstmanagementstrategien an (körperliche Aktivität, Entspannung, Wärmeanwendungen). Sowohl Leitlinie [11 Häuser et al (2009)], [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] als auch Verbraucherbericht billigen aeroben Trainingsformen, Balneotherapien, Bewegungstherapien im Wasser, kognitive Verhaltenstherapien und multimodalen Therapien einen Nutzen zu (starker Empfehlungsgrad [11 Häuser et al (2009)], [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)]). Die starken Empfehlungen für diese Verfahren spiegeln sich in der positiven Nutzen-Schaden-Bewertung im Verbraucherbericht wider.

76 % der Studienteilnehmer gaben eine aktuelle oder frühere Therapie in einer multimodal arbeitenden Klinik (Naturheilkunde, Psychosomatik, Rheumatologie, Schmerz) an. Die empfohlene Therapie mit Antidepressiva wurde von 46 % angewendet. Die häufige Verwendung von komplementären Verfahren in Kombination mit den oben genannten Verfahren stimmte ebenfalls mit den Leitlinienempfehlungen überein.

Nicht leitlinienkonform [11 Häuser et al (2009)] war die häufige Verwendung von NSAR und Opioiden, auch wenn man das Vorliegen von komorbiden Arthrosen und entzündlich rheumatischen Erkrankungen berücksichtigt.

Ebenso nicht leitlinienkonform [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] ist die, wenn auch hier in dieser Studie nur in Ausnahmefällen angewandte, Einnahme von Dronabinol® und THC. Es wird eine negative Empfehlung mit starkem Konsens ausgesprochen.

In der vorliegenden Studie gaben wenige Betroffene an, Navoban® (Tropisetron, einen 5HT3-Antagonisten) im Off-label-use gegen ihr FMS

einzunehmen. Auch hier spricht die S3-Leitlinie [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] eine stark negative Empfehlung mit starkem Konsens aus. Weiterhin wird im Arzneimitteltelegramm 6/2011 [1 Arzneimitteltelegramm (2001)] von Therapieversuchen mit Tropisetron beim FMS außerhalb klinischer Studien, wegen zweifelhaften Nutzens und nicht überschaubarer Risiken abgeraten.

Die mit Empfehlungsgrad A [11 Häuser et al (2009)] und EL2a [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] versehene Therapie mit Amitriptylin schnitt im Verbraucherbericht schlechter ab. Die mit Empfehlungsgrad B [11 Häuser et al (2009)] und EL1a und EL2 [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] versehenen medikamentösen Therapien (Duloxetin, Fluoxetin, Paroxetin, Pregabalin) schnitten im Verbraucherbericht ebenfalls schlechter ab. Der Verbraucherbericht relativiert also die Empfehlungsgrade der Leitlinie. Es gibt aus Sicht der Betroffenen sowohl eine Gruppe, die unter den Medikamenten einen gewissen Schaden angibt, als auch eine Gruppe, die einen relativen Nutzen angibt.

Der Verbraucherbericht ergab, dass die Anzahl von Patienten, die von diesen Medikamenten profitieren, ebenso hoch ist wie die Anzahl von Patienten, die einen Schaden durch diese Medikamente angeben. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen aktueller systemischer Übersichtsarbeiten zum Einsatz von Antikonvulsiva und Antidepressiva beim FMS [13 Häuser et al (2010)]. Ebenso in Bezug auf diese Übersichtsarbeiten erlauben die Ergebnisse des Verbraucherberichts keine Bevorzugung eines Antidepressivums oder Antikonvulsivums.

In der Leitlinie [11 Häuser et al (2009)] erhielten einige Therapieverfahren der physikalischen Medizin, z. B. Chirotherapie/Osteopathie, Lymphdrainage und Massage, sowie Verfahren der Alternativ- und Komplementärmedizin eine offene Empfehlung innerhalb eines multimodalen Therapiekonzepts [20 Langhorst et al (2008)]. Auch wenn in der neuen Version der Leitlinie [28 Themenheft Fibromyalgiesyndrom (2012)] die Empfehlungsgrade teils

abweichen, besteht die dringende Notwendigkeit diese Therapieverfahren in größeren RCTs zu überprüfen. Sie erhielten im Verbraucherbericht eine sehr günstige Nutzen-Schaden-Bewertung und wurden von den Patienten als wirksam und verträglich geschätzt.

Die Angaben zur Quadrantenoperation nach Bauer unterstützen die starke Empfehlung der Leitlinie, diese nicht anzuwenden.

Im Vergleich der Zugehörigkeit zu einer FMS-Selbsthilfegruppe und Nicht-Mitglied in Selbsthilfegruppe waren die Mitglieder in solchen älter und berichteten über eine längere Dauer von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen. Außerdem berichten sie über geringere Angst und Depression sowie häufigere Nutzung von Ausdauertraining, Entspannungsverfahren (entsprechend den leitlinienempfohlenen Verfahren) und komplementär-medikamentösen Therapien als die Nicht-Mitglieder.

In der vorliegenden Studie war die Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Altersklasse der 40 bis 65-Jährigen am höchsten.

889/1634 (54,4 %) der Studienteilnehmer erfüllten die PHQ-4 Kriterien einer möglichen depressiven Störung. 891/1631 (54,6 %) der Studienteilnehmer erfüllten die PHQ-4 Kriterien einer möglichen Angststörung.

Einschränkungen der Studie:

Es ergeben sich durch das naturalistische Setting zahlreiche methodische Probleme. Einschränkungen der Gültigkeit von Verbraucherberichten sind das globale und zeitlich unbestimmte retrospektive Design, fehlende Angaben zur Quantität und Intensität der verwendeten Verfahren. Ebenso wird die Gültigkeit durch das Fehlen einer Kontrollgruppe, die pauschale Erfassung von positiven und negativen Wirkungen der Therapieverfahren sowie die alleinige Verwendung von Selbstbeurteilungsverfahren, eingeschränkt. Es konnten keine Daten zur Einschätzung der Wirksamkeit von Therapieverfahren durch Nichtstudienteilnehmer erhoben werden. Bei den Studienteilnehmern überwog der Anteil Betroffener, die über Selbsthilfeorganisationen rekrutiert wurden. Es nahmen jedoch nur 7 % der über die deutsche Rheumaliga und nur etwa 10 % der über die DFV organisierten FMS-Erkrankten teil. Es liegen keine Daten vor, wie viele Mitglieder von regionalen Selbsthilfegruppen (nicht an der interdisziplinären S3-Leitlinie beteiligt), welche nicht mit der deutschen Rheumaliga bzw. der DFV assoziiert sind, vor (bei den Teilnehmern aus klinischen Institutionen nicht erfasst).

Patienten aus Einrichtungen der Primärversorgung konnten nicht eingeschlossen werden, da keine Hausarztpraxis mit einer für die Studie ausreichenden Anzahl von FMS-Patienten bekannt war.

Die Mehrzahl der Studienärzte war auch an der Leitlinienentwicklung beteiligt. Aufgrund der Rekrutierungswege der beteiligten Zentren ist davon auszugehen, dass ein möglicher Selektionsbias von FMS-Betroffenen mit aktiver Krankheitsbewältigung und positiver Einstellung zu psychologischen und komplementären Verfahren und eher ablehnender Einstellung gegenüber Medikamenten, vorliegt. Weiterhin ist ein Bias der Studienzentren zu einer leitlinienkonformen Therapie möglich.

Die verschiedenen Verteilungs- und Rücklaufverfahren der Fragebögen führten zu einigen Datenverlusten, und der umfangreiche Fragebogen führte zu vielen Datenverlusten durch nicht beantwortete Fragen.

Obwohl es sich um eine große Befragung von FMS-Betroffenen (in Europa) handelt, ist es möglich, dass die Studienteilnehmer nicht für alle FMS-Betroffenen (Gesamtgruppe) repräsentativ sind.

6 Abkürzungsverzeichnis

ACR-American College of Rheumatology
ASS-Acetylsalicylsäure
AT-Autogenes Training
CAM-Alternativmedizin/Komplementärmedizin
DFV-deutsche Fibromyalgie Vereinigung
FMS-Fibromyalgiesyndrom
GDB-Grad der Behinderung
KG-Krankengymnastik
Muskeltr.-Muskeltraining
MW-Mittelwert
n-Anzahl
NFA-National Fibromyalgia Association (California, USA)
NSAR-Nicht steroidale Antirheumatika
PCM-Paracetamol
PHQ-4-Patient Health Questionnaire
PM-Progressive Muskelentspannung nach Jakobsen
Psychosom.-Psychosomatisch
PTBS-Posttraumatische Belastungsstörung
RCT-Randomized controlled trial
Rehamaßn.-Rehamaßnahmen
SD-Standardabweichung
SSS-Symptom Severity Score
TCM-traditionelle chinesische Medizin
TENS-Transkutane elektrische Nervenstimulation
THC-Tetrahydrocannabinol
TP-Tenderpoints
Veget.-vegetarisch
VT-Kognitive Verhaltenstherapie
WPI-Widespread Pain Index

7 Literaturverzeichnis

[1]Arzneimitteltelegramm, a-t 2001; 32: 60-1

[2]Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. (2007 Mar) An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. BMC Musculoskelet Disord 9;8:27.

[3]Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. (2010 Oct) Efficacy of cognitive- behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematicreview and metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol.; 37(10):1991-2005. doi: 10.3899/jrheum.100104. Epub 2010 Aug3.Review.

[4]Feng J, Zhang Z, Li W, Shen X, Song W, Yang C, Chang F, Longmate J, Marek C, St Amand RP, Krontiris TG, Shively JE, Sommer SS. (2009 Dec 30) Missense mutations in the MEFV gene are associated with Fibromyalgia Syndrome and correlate with elevated IL-1 β Plasma Levels. PLoS ONE; 4(12) :e 8480. doi: 10.1371/journal.pone.0008480.

[5]Frost J, Okun S, Vaughan T, Heywood J, Wicks P. (2011 Jan 21) Patient- reported outcomes as a source of evidence in off- label prescribing: analysisi of data from PatientsLikeMe. J Med Internet Res.;13(1):e6. doi:10.2196/jmir.1643.

[6]Fuchs- Strizek R, Laireiter AR, Baumann U, Hessler E. (2011 Jun) Retrospektives Katamnese-design in der psychotherapeutischen Praxisforschung - Kriterien und Anwendung. Psychother Psychosom Med Psychol.;61(6):262-268. doi:10.1055/s-0031-1277157.Epub 2011 Jun 7.

[7]Goldenberg DL. (2009 Dec) Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia. Am J Med.;122(12Suppl):S14-21. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.007.

- [8]Harth M, Nielson WR.(2007 May) The fibromyalgia tender points: use them or lose them? A brief review of the controversy. J Rheumatol.;34(5)914-22.
- [9]Häuser W, Biewer W, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petzke F, Wilmowsky Hv, Langhorst J, Glaesmer H.(2011 Oct) A comparison of the clinical features of fibromyalgia syndrome in different settings. Eur J Pain.;15(9):936-941. doi: 10.1016/j.ejpain.2011.05.008. Epub 2011 Jun 8.
- [10]Jung Eva, Erbslöh-Möller Brigitte, Gesmann Mechthild, Kühn-Becker Hedi, Petermann Franz, Langhorst Jost, Thoma Reinhard, Andreas Winkelmann, Häuser Winfried. (2013/5) Sind Mitglieder von Fibromyalgiesyndrom- Selbsthilfegruppen „anders“? – Demographische und klinische Charakteristika von Mitgliedern und Nicht- Mitgliedern von Fibromyalgiesyndrom- Selbsthilfegruppen. Zeitschrift für Rheumatologie: 474-481. doi: 10.1007/s00393-012-1119-0.
- [11]Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger D, Schiltenswolf M, Henningsen P (2009) Klinische Leitlinie Fibromyalgiesyndrom. Klassifikation, Diagnose und Behandlungsstrategien. Dtsch Ärztebl Int 2009; 106(23):383-391; doi:10.3238/arztebl.2009.0383.
- [12]Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenswolf M, Busch A. (2010) Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Arthritis Res Ther.;12(3):R79. doi: 10.1186/ar3002. Epub 2010 May 10.
- [13]Häuser W, Petzke F, Sommer C (2010 Jun) Comparative efficacy and harms of duloxetine, milnacipran, and pregabalin in fibromyalgia syndrome. J Pain.;11(6):505-521. doi: 10.1016/j.jpain.2010.01.002. Epub 2010 Apr 24.
- [14]Häuser W, Schiedermaier P,(2005) Das Fibromyalgiesyndrom in der Sozialgerichtbarkeit- psychosoziale Risikofaktoren und Prädiktoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Psychoth Psychosom Med

Psychol55(2): 72-78. doi: 10.1055/s-2004-828508.

[15]Häuser W, Schild S, Kosseva M, Hayo S, Von Wilmski H, Alten R, Langhorst J, Hofmann W, Maus J, Glaesmer H. (2010 Jun) Validierung der deutschen Version der regionalen Schmerzskala zur Diagnose des Fibromyalgiesyndroms. Schmerz.; 24(3):226-235. doi: 10.1007/s00482-010-0931-1.

[16]Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H. (2009 Dec) A cluster within the continuum of biopsychosocial distress can be labeled „fibromyalgia syndrome“-evidence from a representative German population survey. J Rheumatol. 36(12):2806-12. doi: 10.3899/jrheum.090579. Epub 2009 Nov 16.

[17]Häuser W. Fibromyalgiesyndrom. In Baron R, Koppert W, Strumpf M, Willweber-Strumpf A (Hrsg) Praktische Schmerztherapie. 2 Auflage. Heidelberg: Springer (2011) 403-412

[18]Häuser Winfried, Jung Eva, Erbslöh-Möller Brigitte, Gesmann Mechthild, Kühn-Becker Hedi, Petermann Franz, Langhorst Jost, Thoma Reinhard, Weiss Thomas, Wolfe Frederick, Winkelmann Andreas. (2012 May 18) The German fibromyalgia consumer reports – a cross-sectional survey. BMC Musculoskelet Disord.; 13:74. doi: 10.1186/1471-2474-13-74.

[19]Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. (2009 Nov-Dec) An ultra-brief screening scale for anxiety and depression; the PHQ-4. Psychosomatics; 50(6):613-621. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613.

[20]Langhorst J, Häuser W, Irnich D, Speck N, Felde E, Winkelmann A, Lucius H, Michalsen A, Musial F. (2008 Jun) Komplementäre und alternative Therapien beim Fibromyalgiesyndrom. Schmerz; 22(3):324-333. doi: 10.11007/s00482-008-0677-1.

[21]Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K,

- Schneider A, Brähler E. (2010 Apr) A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*; 122(1-2):86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019. Epub 2009 Jul 17.
- [22] Marschall U, Arnold B, Häuser W (2011 Aug) Behandlung und Krankheitskosten des Fibromyalgiesyndroms in Deutschland– Eine Analyse der Daten der Barmer Ersatzkasse des Jahres 2008-2009. *Schmerz*; 25(4):402-4, 406-10. doi: 10.1007/s00482-011-1079-3.
- [23] Müller A, Hartmann M, Eich W. (2000 Apr) Health care utilization in patients with fibromyalgia syndrome (FMS). *Schmerz*; 14(2):77-83. doi: 10.1007/s004820050225.
- [24] Okifuji A, Turk DC, Sinclair JD, Starz TW, Marcus DA. (1997) A standardized manual tender point survey. Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.*; 24(2):377-383.
- [25] Sanego. <http://www.sanego.de/Krankheiten/Fibromyalgie/>. Zugegriffen: 6 Dezember 2011.
- [26] Seligman M, (1995 Dec) The effectiveness of psychotherapy. The Consumers Reports Study. *Am Psychol.*; 50(12):965-74.
- [27] Shaver Joan L., Wilbur JoEllen, Lee Hyeongkyeong, Robinson F. Patrick, Wang Edward. (2009 May) Self-Reported Medication and Herb/Supplement Use by Women with and without Fibromyalgia. *Journal of Women's Health (Larchmt).*; 18(5): 709-716. doi:10.1089/jwh.2008.1194.
- [28] Themenheft „ Fibromyalgiesyndrom – Eine interdisziplinäre S3-Leitlinie. Hintergründe und Ziele-Methodenreport- Klassifikation- Pathophysiologie- Behandlungsgrundsätze und verschiedene Therapieverfahren. *Der Schmerz* 2012;26:

- [29]Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. (2013 May) Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: Result from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken).*; 65(5):777-85. doi: 10.1002/acr.21931.
- [30]Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, Mease P, Russel AS, Russel IJ, Winfield JB. (2011 Jun) Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol*; 38(6):1113-22. doi: 10.3899/jrheum.100594. Epub 211 Feb 1.
- [31]Wolfe F, Häuser W, Hassett AL, Katz RS, Walitt BT. (2011 Feb) The development of fibromyalgia – I: examination of rates and predictors in patients with rheumatoid arthritis (RA). *Pain*; 152(2):291-299. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.027. Epub 2010 Oct 18.
- [32]Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP. (1990 Feb) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.*; 33(2):160-172. doi: 10.1002/art.178033020.

8 Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische und klinische Daten

Tabelle 2: Basistherapeutika

Tabelle 3: Andere chronische schmerzhaftes Erkrankungen

Tabelle 4: Aktuell verwendete Therapien nach Häufigkeit

Tabelle 5: Aktuell verwendete Therapien nach Verfahrenskategorie

Tabelle 6: Nützlichste, wirkungsvollste Therapien

Tabelle 7: Nebenwirkungsreichste/ schädlichste Therapien

Tabelle 8: Nutzen und Schaden eigenständiger Aktivitäten

Tabelle 9: Nutzen und Schaden physikalischer Therapien

Tabelle 10: Nutzen und Schaden psychologischer Verfahren/
Psychotherapien

Tabelle 11: Nutzen und Schaden Medikamente

Tabelle 12: Nutzen und Schaden komplementäre und alternative Verfahren

Tabelle 13: Nutzen und Schaden (Teil-)stationäre Therapien

Tabelle 14: Vergleich Rheuma und Nicht- Rheuma demografische Daten

Tabelle 15: Vergleich Depression

Tabelle 16: Vergleich Rheuma nicht Rheuma

Tabelle 17: Vergleich Depression Nichtdepression

Tabelle 18: Vergleich Mitglied- und Nichtmitglied Selbsthilfegruppe, klinische und demografische Charakteristika

Tabelle 19: Vergleich Mitglied- und Nichtmitglied Selbsthilfegruppe,
Entwicklung Gesundheitszustand

Tabelle 20: Vergleich Mitglied- und Nichtmitglied Selbsthilfegruppe,
Zufriedenheit mit der Behandlung des FMS

Tabelle 21: Vergleich Mitglied- und Nichtmitglied Selbsthilfegruppe, aktuelle
Therapiemaßnahmen

8.1.1 Soziodemografische und klinische Daten

Tabelle 1: Soziodemografische und klinische Daten			
	n	(%)	MW ±SD (Spannweite)
Gesamt gültige Fälle:	1653	100	
Fehlende/keine Angaben*	8		
Geschlecht:			
Weiblich	1573	95,2	
Männlich	80	4,8	
Alter (Jahre)			
	n	(%)	
Gesamt gültige Fälle:	1650		54,3 ± 9,8 Jahre (19,86)
Fehlende/keine Angaben*	11		
Alter<20	1	0,1	
20-25	6	0,4	
25-30	14	0,9	
30-35	35	2,1	
35-40	48	2,9	
40-45	123	7,5	
45-50	262	15,9	
50-55	354	21,5	
55-60	334	20,2	
60-65	234	14,2	
65-70	134	8,1	
70-75	80	4,9	
75-80	21	1,3	
80-85	3	0,2	
>85	1	0,1	
Symptomatik (Jahre)			
	n	(%)	
Gesamt gültige Fälle:	1634	100	16,6 ± 11,1 Jahre (0,25-61)
Fehlende/keine Angaben*	27		
0 bis 5	157	9,6	
5 bis 10	261	16	

Symptomatik (Jahre)	n	(%)	
10 bis 15	345	21,1	
15 bis 20	261	16	
20 bis 25	250	15,3	
25 bis 30	114	7	
30 bis 35	118	7,2	
35 bis 40	37	2,2	
40 bis 45	48	2,9	
45 bis 50	14	0,9	
50 bis 55	12	0,7	
55 bis 60	9	0,6	
60 bis 65	8	0,5	
Dauer seit der Fibromyalgiediagnose (Jahre)	n	(%)	MW ± SD (Spannweite)
Gesamt gültige Fälle:	1601	100	6,8 ± 5,5 Jahre (0,1-41-9)
Fehlende/keine Angaben*	60		
0 bis 2,5	463	28,9	
2,5 bis 5	251	15,7	
5 bis 7,5	266	16,6	
7,5 bis 10	128	8	
10 bis 12,5	275	17,2	
12,5 bis 15	57	3,6	
15 bis 17,5	95	5,9	
17,5 bis 20	18	1,1	
20 bis 22,5	37	2,3	
22,5 bis 25	1	0,1	
25 bis 27,5	5	0,3	
27,5 bis 30	0	0	
30 bis 32,5	2	0,1	
32,5 bis 35	0	0	
35 bis 37,5	2	0,1	

Dauer seit der Fibromyalgiediagnose (Jahre)	n	(%)	MW ± SD (Spannweite)
37,5 bis 40	0	0	
40 bis 42,5	1	0,1	

Lebenssituation	n	(%)
Mit Partner	1249	75,8
Alleinlebend	377	22,9
Mit Familie	21	1,3
Schulabschluss		
Kein Abschluss	26	1,6
Hauptschule	559	34
Mittlere Reife	675	41
Abitur	132	8
Hochschule	252	15,3
Aktuelle berufliche Situation		
Schüler	10	0,6
Berufstätig	532	32,3
Krankschreibung	131	8
Rentenantrag	150	9,1
Arbeitslos	21	1,3
Hausfrau	180	11
Rentner	620	38,4

Gesundheitszustand seit Diagnose	n	(%)
Gesamt gültige Fälle	1500	100
Fehlende/keine Angaben*	161	
1= ausgeprägte Verschlechterung	767	51,1
2= mäßige Verschlechterung	262	17,5
3= geringe Verschlechterung	30	2
4= keine Änderung	219	14,6
5= geringe Verbesserung	60	4
6= mäßige Verbesserung	95	6,3
7= ausgeprägte Verbesserung	67	4,5

Mitglied in einer FM-Selbsthilfeorganisation		
Gesamt gültige Fälle	1650	100
Mitglied in einer FM-Selbsthilfeorganisation		
Fehlende/keine Angaben*	11	
1= ja	1017	61,6
2= nein	633	38,4
Grad der Behinderung wegen FMS		
Gesamt gültige Fälle	1507	100
Fehlende/keine Angaben*	154	
0 bis 10	943	62,6
10 bis 20	47	3,1
20 bis 30	140	9,3
30 bis 40	175	11,6
40 bis 50	76	5
50 bis 60	78	5,2
60 bis 70	25	1,7
70 bis 80	9	0,6
80 bis 90	9	0,6
90 bis 100	2	0,1
100	3	0,2

Arthrose		
Gesamt gültige Fälle	1590	100
Fehlende/keine Angaben*	71	
1= ja	1063	66,9
2= nein	527	33,1
Entzündlich rheumatische Erkrankungen		
Gesamt gültige Fälle	1464	100
Fehlende/keine Angaben	197	
1= ja	300	20,5
2= nein	1164	80

Andere chronisch-schmerzhafte Erkrankungen		
Gesamt gültige Fälle	712	100
Fehlende/keine Angaben*	949	
Zufriedenheit mit der aktuellen Behandlung		
Gesamt gültige Fälle	1425	100
Zufriedenheit mit der aktuellen Behandlung	n	%
Fehlende/keine Angaben*	236	
0	212	14,9
1	95	6,7
2	165	11,6
3	192	13,5
4	147	10,3
5	205	14,4
6	122	8,6
7	106	7,4
8	84	5,9
9	37	2,6
10	60	4,2

*fehlende Angaben unterschiedlich häufig

8.1.2 Basistherapeutika

Tabelle 2: Basistherapeutika	
Markenname/Wirkstoff	
Enbrel® (Etanercept)	1
Arava® (Leflunomid) oder Generika	6
Resochin® (Chloroquin)	1
Chinin	1
Quensyl® (Hydroxychloroquin)	4
Methotrexat	10
Sulfasalazin	1

8.1.3 Andere chronische schmerzhaftes Erkrankungen

Tabelle 3: Andere chronische schmerzhaftes Erkrankungen	
Krankheit	n
Spinalkanalstenose	9
Migräne ohne Aura	89
Migräne mit Aura	2
Reizmagen- <u>und</u> Reizdarmsyndrom	5
Reizdarmsyndrom	24
Gastritis	26
Restless-Legs-Syndrom	18
Osteoporose mit Fraktur	3
Colitis ulcerosa	8
Morbus Crohn	2
Polyneuropathie	14

8.1.4 Aktuell verwendete Therapien nach Häufigkeit

Tabelle 4: aktuell verwendete Therapien nach Häufigkeit	
Therapieverfahren	n (Anteil %)*
Spazierengehen	1134 (80,1)
Ablenkung	1122 (86,4)
Hinlegen und Ausruhen	1118 (83,6)
Lokale Wärmetherapie	784 (54,4)
Entspannungsübungen	700 (48,8)
Muskeldehnung	639 (44,4)
Rheumamittel	630 (41,3)
Wärmetherapie	588 (40,9)
Muskelkräftigung	552 (38,8)
Funktionstraining	528 (35,8)
Krankengymnastik	514 (33,1)
Radfahren	487 (35,8)
Amitriptylin	456 (31,1)
Schwimmen	450 (32,1)
Ernährungsumstellung	448 (31)
Massage	368 (24,7)
Walking	353 (25,8)
Vitaminpräparate	308 (21,5)
Nahrungsmittelergänzung	293 (20,4)
Progressive Muskelentspannung	289 (19,3)
Thermalbäder	267 (19,2)
Gesprächstherapie	265 (17,9)
Andere Rehamaßnahmen	254 (17,9)
TENS	244 (17,4)
Paracetamol	244 (17,5)
Metamizol	241 (17,6)
Andere Antidepressiva	212 (15,1)
FMS Schulung	207 (14,1)
Homöopathie	189 (13,3)
Muskelrelaxantien	182 (12,9)
Lymphdrainage	175 (12,49)
Aquajogging	170 (12,4)

Therapieverfahren	n (Anteil %)*
Akupunktur	163 (10,6)
Verhaltenstherapie	162 (11,4)
Aspirin	151 (11,3)
Tilidin	144 (10,5)
Autogenes Training	136 (9,3)
Lokale Kältetherapie	130 (9,6)
Katadolon	129 (9,4)
Duloxetin	125 (9,3)
Osteopathie	123 (8,8)
Kältekammer	119 (8,4)
Yoga	118 (8,9)
Ergotherapie	116 (8,2)
Tramadol	115 (8,3)
Chi Gong	107 (7,6)
Meditation	105 (7,6)
Antiepileptika	104 (7,6)
Rehamaßnahme Orthopädie	103 (6,9)
Vegetarische Ernährung	103 (7,4)
Schlafmittel	94 (6,9)
Bäder	89 (6,1)
Injekt	89 (6,3)
Atemtherapie	86 (6,1)
Morphin	81 (5,9)
Tiefenpsychologie	77 (5,5)
Chirotherapie	74 (5,3)
Fußzonenreflextherapie	64 (4,5)
Körpertherapie	57 (4)
Schmerzpflaster	48 (3,9)
Reiki	43 (3,1)
Aromatherapie	42 (3,1)
Schmerztagesklinik	36 (2,5)
Tanztherapie	36 (2,6)
Musiktherapie	35 (2,8)
Tai Chi	33 (2,4)
Andere Psychotherapie	32 (2,4)
Tramadol plus Paracetamol	30 (2,3)
Magnetfeldtherapie	29 (2,1)
Klinik Naturheilverfahren/ Integrative Medizin	28 (2)

Therapieverfahren	n (Anteil %)*
Neuraltherapie	26 (1,9)
Heilfasten	26 (1,9)
Eliminationsdiät	21 (1,5)
Schmerzlinik Akutkrankenhaus	19 (1,4)
Hypnose	11 (0,8)
Paar- u. Familientherapie	11 (0,8)
Lasertherapie	8 (0,6)
Biofeedback	8 (0,6)
Rehamaßnahme Psych.	8 (0,6)
Neuroleptika	8 (0,6)
Klinik Psychosom. Med.	5 (0,4)
Psychosom. Tagesklinik	4 (0,3)
Quadranten Op	1 (0,1)

* fehlende Antworten unterschiedlich häufig.

8.1.5 Aktuell verwendete Therapien nach Verfahrenskategorie

Tabelle 5: Aktuell verwendete Therapien nach Verfahrenskategorie	
Maßnahme	n (Anteil %)*
Selbstmanagement, ruhebezogen (Hinlegen, Entspannung)	1121/1496 (81,6)
Medikamentöse Therapie (mindestens 1 Medikamentenklasse)	1314/1613 (81,5)
Stufe-1-Analgetika (NSAR, Paracetamol, ASS, Metamizol)	833 (56,0)
Antidepressiva	714 (46,4)
Muskelrelaxantien inklusive Flupirtin	298 (18,5)
Schwache Opiode	262 (17,6)
Starke Opiode	119 (8,49)
Antikonvulsiva (Pregabalin, Gabapentin)	104 (7,6)
Selbstmanagement mit physikalischen Maßnahmen (Ganzkörper- und lokale Wärme, Thermalbäder, lokale Kälte)	1038/1549 (67,0)
Ausdauertraining (mindestens eines der folgenden Verfahren: Aquajogging, Walking/Jogging, Schwimmen, Radfahren)	902/1555 (58,0)
Physikalische Verfahren, manuell (Chirotherapie, Osteopathie, Massage, Lymphdrainage, Krankengymnastik, Ergotherapie, Fußzonenreflexth.)	853/1497 (35,2)
CAM-Medikamente (Homöopathie, Nahrungsergänzungsprodukte, Vitamin- und Mineralstoffe, sonstige Medikamente)	527/1497 (35,2)
CAM-Ernährung (Ernährungsumstellung, Eliminationsdiät, Heilfasten, vegetarische Kost)	513/1484 (34,6)
Physikalische Verfahren, technisch (Akupunktur, Neuraltherapie, lokale Injektionen, Magnetfeld, Laser, TENS)	452/1584 (28,5)
Psychotherapie alle Formen)	368/1517/ (24,4)
Entspannungstraining (autogenes Training, progressive Muskelentspannung)	357/1542 (23,1)
CAM, bewegungsbezogen (Yoga, Tai-Chi, Qigong, Tanz- und Musiktherapie)	278/1510 (18,4)
Psychologische Verfahren (Biofeedback, Hypnose)	19/1423 (1,3)

*fehlende Antworten unterschiedlich häufig.

8.1.6 Nützlichste, wirkungsvollste Therapien

Tabelle 6: Nützlichste, wirkungsvollste Therapien			
Rangfolge*	Maßnahme	n; M (±SD)	Hoher Nutzen (8-10) n (%)*
1	Wärmetherapie	984; 7,1 (2,6)	507 (51,5)
2	Thermalbäder	699; 7,0 (2,7)	354 (50,6)
3	FMS Schulung	649; 6,8 (2,7)	304 (46,8)
4	Hinlegen und Ausruhen	1296; 6,6 (2,5)	519 (40,1)
5	Lokale Wärmetherapie	1088; 6,6 (2,5)	452 (41,6)
6	Klinik für integrative Medizin und Naturheilverfahren	129; 6,5 (3,1)	57 (44,2)
7	Lymphdrainage	481; 6,4 (2,8)	197 (41)
8	Funktionstraining	781; 6,2 (2,7)	271 (34,7)
9	Bäder	681; 6,1 (2,9)	250 (36,7)
10	Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für Orthopädie/Rheumatologie	813; 6,1 (2,9)	191 (40,1)
11	Osteopathie	445; 6,0 (3,1)	177 (38,8)
12	Tanztherapie	159; 6,0 (2,9)	60 (37,7)
13	Massage	1184; 6,0 (2,8)	427 (36,1)
14	Schmerztagesklinik	147; 5,9 (3,3)	56 (38,1)
15	Entspannungsübungen	1179; 5,9 (2,7)	358 (30,4)
16	Spazierengehen	1287; 5,9 (2,5)	383 (29,8)
17	Schmerzklinik Akutkrankenhaus	189; 5,8 (3,0)	64 (33,9)
18	Krankengymnastik	1263; 5,8 (2,7)	382 (30,2)
19	Schwimmen	819; 5,8 (2,6)	242 (29,6)
20	Muskeldehnung	946; 5,8 (2,6)	275 (29,1)
21	Ablenkung	1276; 5,8 (2,5)	358 (28,1)
22	Gesprächstherapie	724; 5,7 (3,0)	233 (32,2)
23	Aquajogging	476; 5,7 (2,9)	135 (28,4)
24	Meditation	259; 5,6 (3,0)	83 (32,1)
25	Atemtherapie	271; 5,6 (2,8)	77 (28,4)
26	Verhaltenstherapie	505; 5,5 (3,0)	147 (29,1)
27	Fußzonenreflextherapie	438; 5,4 (2,9)	116 (26,5)
28	Walking	705; 5,4 (2,7)	161 (22,8)
29	Tiefenpsychologische Therapie	229; 5,3 (3,2)	67 (29,3)
30	Körpertherapie	265; 5,3 (3,0)	76 (28,7)
31	Muskelkräftigung	945; 5,3 (2,7)	214 (22,6)
32	Yoga	324; 5,2 (3,1)	86 (26,5)
33	Ernährungsumstellung	696; 5,2 (3,1)	190 (27,3)
34	Musiktherapie	164; 5,2 (3,1)	45 (27,4)

Rangfolge*	Maßnahme	n; M (±SD)	Hoher Nutzen (8-10) n (%)*
35	Klinik für psychosomatische Medizin Akutkrankenhaus	101; 5,2 (2,7)	21 (20,8)
36	Kältekammer	352; 5,1 (3,8)	124 (35,2)
37	Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für psychosomatische Medizin	369; 5,1 (3,2)	103 (27,9)
38	Andere Formen von Psychotherapie	173; 5,1 (3,1)	42 (24,3)
39	Ergotherapie	434; 5,1 (2,9)	99 (22,8)
40	Progressive Muskelentspannung	1084; 5,1 (2,9)	258 (23,8)
41	Paar- und Familientherapie	68; 5,0 (3,3)	16 (23,5)
42	Autogenes Training	766; 5,0 (3,0)	182 (23,8)
43	Schlafmittel	222; 5,0 (3,0)	54 (24,2)
44	Radfahren	831; 5,0 (2,6)	160 (19,3)
45	Eliminationsdiät	51; 4,9 (3,6)	17 (33,3)
46	Qi Gong	426; 4,9 (3,0)	93 (21,8)
47	Andere Formen Rehasport	795; 4,9 (2,7)	160 (2,1)
48	Aromatherapie	123; 4,8 (3,2)	29 (23,6)
49	Energetisches Heilen, Reiki	204; 4,8 (3,1)	49 (24,0)
50	Tai Chi	231; 4,8 (3,0)	48 (20,8)
51	Tilidin	377; 4,7 (3,2)	84 (22,3)
52	Chirotherapie	379; 4,7 (2,9)	78 (20,6)
53	Starke Opioide	195; 4,6 (3,2)	48 (24,6)
54	Homöopathie	522; 4,6 (3,1)	112 (21,5)
55	Rheumamittel	1198; 4,6 (2,9)	214 (17,9)
56	Hypnose	66; 4,5 (3,3)	16 (24,3)
57	Neuraltherapie	237; 4,5 (3,1)	46 (19,4)
58	Psychosomatische Tagesklinik	92; 4,4 (3,4)	22 (23,9)
59	Akupunktur	991; 4,4 (3,3)	215 (21,7)
60	Heilfasten	235; 4,4 (3,3)	46 (19,6)
61	Schmerzpflaster	159; 4,3 (3,3)	35 (22,0)
62	Amitriptylin	901; 4,3 (3,1)	166 (18,4)
63	Injektionen	642; 4,3 (2,9)	110 (17,1)
64	Vegetarische Diät	235; 4,2 (3,3)	47 (20,0)
65	Tramadol	508; 4,1 (3,2)	92 (18,1)
66	Duloxetin	172; 4,1 (3,1)	47 (17,3)
67	Andere Antidepressiva	431; 4,1 (3,1)	76 (17,6)
68	Lokale Kältetherapie	410; 4,0 (3,5)	85 (20,7)
69	Paracetamol und Tramadol	109; 4,0 (3,2)	19 (17,4)
70	Nahrungsmittelergänzungsprodukte	507; 4,0 (3,0)	72 (14,2)
71	Metamizol	638; 4,0 (2,9)	81 (12,8)

Rangfolge*	Maßnahme	n; M (±SD)	Hoher Nutzen (8-10) n (%)*
72	Vitaminpräparate	514; 3,9 (3,1)	80 (15,6)
73	Muskelentspannende Medikamente	726; 3,9 (2,7)	82 (11,3)
74	Laserbehandlung	56; 3,7 (3,1)	7 (12,5)
75	Katadolon	444; 3,7 (3,0)	61 (13,7)
76	Antiepileptika	273; 3,5 (3,1)	37 (13,6)
77	TENS	774; 3,5 (2,8)	74 (9,6)
78	Magnetfeldtherapie	250; 3,2 (3,1)	24 (9,6)
79	Paracetamol	791; 3,2 (2,8)	65 (8,2)
80	Biofeedback	124; 3,1 (2,9)	13 (10,5)
81	Neuroleptika	46; 3,0 (3,0)	3 (6,5)
82	Aspirin	502; 2,9 (2,8)	37 (7,4)
83	Quadranten Operation nach Prof. Bauer	9; 1,8 (2,2)	0 (0,00)

*Rangfolge nach Mittelwerten des Nutzens. Fehlende Antworten bei einzelnen Therapien unterschiedlich häufig.

8.1.7 Nebenwirkungsreichste/schädlichste Therapien

Tabelle 7: Nebenwirkungsreichste/schädlichste Therapien			
Rangfolge*	Maßnahme	n; MW (\pmSD)	Hoher Schaden (8-10) n (%)*
1	Starke Opioide	133; 5,4 (3,6)	49 (36,8)
2	Lokale Kältetherapie	367; 5,1 (4,1)	148 (40,3)
3	Antiepileptika	198; 5,0 (3,7)	69 (34,9)
4	Tramadol	365; 4,8 (3,6)	110 (30,1)
5	Schmerzpflaster	115; 4,7 (3,8)	35 (30,4)
6	Duloxetin	192; 4,5 (3,7)	56 (29,2)
7	Amitriptylin	598; 4,5 (3,5)	157 (26,3)
8	Tramadol und PCM (Zaldiar)	82; 4,3 (3,7)	20 (24,4)
9	Tilidin	262; 4,3 (3,5)	65 (24,8)
10	Kältekammer	244; 4,1 (4,2)	79 (33,4)
11	Neuroleptika	34; 4,1 (3,7)	10 (29,4)
12	Andere Antidepressiva	267; 4,1 (3,6)	64 (24,0)
13	Rheumamittel	682; 4,1 (3,3)	129 (18,9)
14	Schlafmittel	129; 3,6 (3,6)	27 (20,9)
15	Metamizol	384; 3,4 (3,6)	73 (19,0)
16	Muskelentspannende Medikamente	424; 3,4 (3,4)	68 (16,0)
17	Katadolon	286; 3,4 (3,4)	47 (16,4)
18	Muskelkräftigung	593; 3,4 (3,1)	71 (12,0)
19	Radfahren	548; 3,4 (3,0)	67 (12,2)
20	Psychosomatische Tagesklinik	59; 3,3 (3,6)	11 (18,6)
21	Quadrantenoperation nach Prof. Bauer	7; 3,1 (4,2)	1 (14,3)
22	Aspirin	307; 3,1 (3,5)	50 (16,3)
23	Yoga	217; 3,0 (3,3)	33 (15,2)
24	Andere Formen Rehasport	486; 3,0 (3,1)	57 (11,7)
25	Walking	441; 3,0 (3,1)	50 (11,3)
26	Klinik für psychosomatische Medizin Akutkrankenhaus	54; 2,9 (3,4)	7 (13,0)
27	Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für psychosomatische Medizin	224; 2,8 (3,6)	41 (18,3)
28	Paracetamol	455; 2,8 (3,4)	63 (13,9)
29	Chirotherapie	251; 2,7 (3,3)	29 (11,6)
30	Aquajogging	269; 2,5 (3,1)	25 (9,3)
31	Schwimmen	454; 2,5 (2,9)	33 (7,3)

Rangfolge*	Maßnahme	n; MW (\pmSD)	Hoher Schaden (8-10) n (%)*
32	Massage	659; 2,2 (3,1)	68 (10,3)
33	Muskeldehnung	518; 2,1 (2,7)	33 (6,4)
34	Krankengymnastik	659; 2,0 (2,6)	36 (4,5)
35	Spazierengehen	668; 1,9 (2,5)	26 (3,9)
36	TENS	438; 1,8 (3,0)	36 (8,2)
37	Funktionstraining für Fibromyalgiepatienten	420; 1,8 (2,7)	27 (6,4)
38	Schmerztagesklinik	72; 1,7 (3,0)	6 (8,3)
39	Injektionen	355; 1,7 (2,9)	27 (7,6)
40	Heilfasten	133; 1,6 (2,8)	11 (8,3)
41	Schmerzklinik Akut Krankenhaus	87; 1,6 (2,6)	5 (5,8)
42	Hinlegen und Ausruhen	650; 1,6 (2,4)	21 (3,2)
43	Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für Orthopädie	385; 1,5 (2,6)	22 (5,7)
44	Tiefenpsychologische Therapie	119; 1,4 (2,8)	9 (7,6)
45	Bäder	364; 1,4 (2,6)	22 (6,0)
46	Aromatherapie	65; 1,3 (3,6)	7 (10,8)
47	Akupunktur	514; 1,3 (2,7)	36 (7,0)
48	Paar- und Familientherapie	38; 1,3 (2,6)	3 (7,9)
49	Tai Chi	142; 1,3 (2,5)	6 (4,2)
50	Ablenkung	641; 1,3 (2,2)	13 (2,0)
51	Neuraltherapie	126; 1,2 (2,6)	9 (7,1)
52	Progressive Muskelentspannung	551; 1,2 (2,4)	25 (4,5)
53	Körpertherapie	129; 1,2 (2,4)	6 (4,7)
54	Qi Gong	231; 1,2 (2,4)	12 (5,2)
55	Magnetfeldtherapie	151; 1,1 (2,6)	10 (6,6)
56	Lasertherapie	30; 1,1 (2,6)	2 (6,7)
57	Hypnose	40; 1,1 (2,6)	2 (5,0)
58	Thermalbäder	367; 1,1 (2,1)	8 (2,2)
59	Ergotherapie	217; 1,1 (2,1)	4 (1,8)
60	Klinik integrative Medizin bzw. Naturheilverfahren	62; 1,0 (2,0)	1 (1,6)
61	Andere Formen von Psychotherapie	93; 1,0 (2,1)	3 (3,2)
62	Tanztherapie	83; 1,0 (2,0)	2 (2,4)
63	Autogenes Training	383; 0,9 (2,3)	16 (4,2)
64	Biofeedback	71; 0,9 (2,2)	2 (2,8)
65	Entspannungsübungen	585; 0,9 (2,1)	21 (3,6)
66	Musiktherapie	78; 0,9 (2,1)	2 (2,6)
67	Vegetarische Diät	137; 0,9 (2,0)	3 (2,2)
68	Wärmetherapie	476; 0,8 (2,0)	16 (3,4)

Rangfolge*	Maßnahme	n; MW (\pmSD)	Hoher Schaden (8-10) n (%)*
69	Osteopathie	244; 0,8 (2,0)	6 (2,5)
70	Eliminationsdiät	28; 0,8 (1,9)	0 (0,0)
71	Lymphdrainage	227; 0,7 (2,0)	7 (3,1)
72	Gesprächstherapie	365; 0,7 (1,9)	11 (3,0)
73	Fußzonenreflextherapie	208; 0,7 (1,9)	7 (3,4)
74	Lokale Wärmetherapie	520; 0,7 (1,8)	14 (2,7)
75	Verhaltenstherapie	265; 0,7 (1,8)	5 (1,9)
76	Meditation	138; 0,7 (1,8)	3 (2,2)
77	Energetisches Heilen, Reiki	103; 0,6 (1,7)	2 (1,9)
78	Homöopathie	271; 0,5 (1,7)	5 (1,9)
79	Ernährungsumstellung	357; 0,5 (1,6)	4 (1,1)
80	Nahrungsmittelergänzung	266; 0,5 (1,4)	1 (0,4)
81	FMS Schulung	306; 0,4 (1,5)	5 (1,6)
82	Vitaminpräparate	284; 0,3 (1,2)	3 (1,1)
83	Atemtherapie	129; 0,3 (1,1)	0 (0,0)

* Rangfolge nach Mittelwerten des Schadens. Fehlende Antworten bei einzelnen Therapien unterschiedlich häufig.

8.1.8 Nutzen und Schaden eigenständiger Aktivitäten

Tabelle 8: Nutzen und Schaden eigenständiger Aktivitäten										
Maßnahme	Nutzen					Schaden				
	Durchschnitt	Kein 0	Gering (1-3)	Mäßig (4-7)	Hoch (8-10)	Durchschnitt	Kein 0	Gering (1-3)	Mäßig (4-7)	Hoch (8-10)
	n;MW (±SD)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n;MW (±SD)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Wärmetherapie	984;7,1 (2,6)	29 (3,0)	71 (7,2)	377 (38,3)	507 (51,5)	476;0,8 (2,0)	372 (78,2)	65 (13,7)	23 (4,8)	16 (3,4)
Thermalbäder	699;7,0 (2,7)	28 (4,0)	50 (7,2)	267 (38,2)	354 (50,6)	367;1,1 (2,1)	266 (72,5)	50 (13,6)	43 (11,7)	8 (2,2)
Lokale Wärmetherapie	1088;6,6 (2,5)	29 (2,7)	106 (9,7)	501 (46,1)	452 (41,6)	520;0,7 (1,8)	426 (82,0)	54 (10,4)	26 (5,0)	14 (2,7)
Hinlegen und Ausruhen	1296;6,6 (2,5)	29 (2,2)	119 (9,2)	629 (48,5)	519 (40,1)	650;1,6 (2,4)	390 (60,0)	123 (18,9)	116 (17,9)	21 (3,2)
Funktionstraining	781;6,2 (2,7)	36 (4,6)	87 (12,5)	387 (49,6)	271 (34,7)	420;1,8 (2,7)	236 (56,2)	100 (23,8)	57 (13,6)	27 (6,4)
Spaziergehen	1287;5,9 (2,5)	39 (3,0)	191 (14,8)	674 (52,4)	383 (29,8)	668;1,9 (2,5)	363 (54,3)	146 (21,9)	133 (19,9)	26 (3,9)
Entspannungsübungen	1179;5,9 (2,7)	66 (5,6)	166 (14,1)	589 (50,0)	358 (30,4)	585;0,9 (2,1)	448 (76,6)	74 (12,7)	42 (7,2)	21 (3,6)
Ablenkung	1276;5,8 (2,5)	52 (4,1)	171 (13,4)	695 (54,5)	358 (28,1)	641;1,3 (2,2)	409 (63,8)	122 (21,0)	97 (15,1)	13 (2,0)
Schwimmen	819;5,8 (2,6)	37 (4,5)	127 (15,5)	413 (50,4)	242 (29,6)	454;2,5 (2,9)	199 (43,8)	108 (23,8)	114 (25,1)	33 (7,3)
Muskeldehnung	946;5,8 (2,6)	40 (4,2)	141 (14,9)	490 (51,8)	275 (29,1)	518;2,1 (2,7)	244 (47,1)	144 (27,8)	97 (18,7)	33 (6,4)
Aquajogging	476;5,7 (2,9)	38 (8,0)	71 (14,9)	232 (48,7)	135 (28,4)	269;2,5 (3,1)	130 (48,3)	55 (20,5)	59 (21,9)	25 (9,3)
Walking	705;5,4 (2,7)	56 (7,9)	109 (15,5)	379 (53,8)	161 (22,8)	441;3,0 (3,1)	152 (34,5)	120 (27,2)	119 (27)	50 (11,3)
Muskelkräftigung	945;5,3 (2,7)	68 (7,2)	177 (18,7)	486 (51,4)	214 (22,6)	593;3,4 (3,1)	183 (30,9)	140 (23,6)	199 (33,6)	71 (12,0)
Radfahren	831;5,0 (2,6)	67 (8,1)	160 (19,3)	444 (53,4)	160 (19,3)	548;3,4 (3,0)	148 (27,0)	156 (28,5)	177 (32,3)	67 (12,2)
Lokale Kältetherapie	410;4,0 (3,5)	127 (31,0)	78 (19,0)	120 (29,3)	85 (20,7)	367;5,1 (4,1)	114 (31,1)	35 (9,5)	70 (19,1)	148 (40,3)
Yoga	324;5,2 (3,1)	41 (12,7)	62 (19,1)	135 (41,7)	86 (26,5)	217;3,0 (3,3)	90 (41,5)	48 (22,1)	46 (21,2)	33 (15,2)
Andere Formen Rehasport	795;4,9 (2,7)	84 (10,57)	158 (19,9)	393 (49,4)	160 (2,1)	486;3,0 (3,1)	190 (39,1)	106 (21,8)	133 (27,4)	57 (11,7)

8.1.9 Nutzen und Schaden physikalischer Therapien

Tabelle 9: Nutzen und Schaden physikalischer Therapien										
Maßnahme	Nutzen					Schaden				
		Kein	Gering	Mäßig	Hoch		Kein	Gering	Mäßig	Hoch
	Durchschnitt	0	(1-3)	(4-7)	(8-10)	Durchschnitt	0	(1-3)	(4-7)	(8-10)
	n; M (±SD)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n; M (±SD)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lymphdrainage	481;6,4 (2,8)	32 (6,7)	44 (9,2)	208 (43,2)	197 (41)	227;0,7 (2,0)	181 (79,7)	28 (12,3)	11 (4,8)	7 (3,1)
Bäder	681;6,1 (2,9)	55 (8,1)	74 (10,9)	302 (44,4)	250 (36,7)	364;1,4 (2,6)	253 (69,5)	58 (15,9)	31 (8,5)	22 (6,0)
Massage	1184;6,0 (2,8)	79 (6,7)	148 (12,5)	530 (44,8)	427 (36,1)	659;2,2 (3,1)	351 (53,3)	136 (20,7)	104 (15,8)	68 (10,3)
Osteopathie	445;6,0 (3,1)	49 (11,0)	55 (12,4)	164 (36,9)	177 (38,8)	244;0,8 (2,0)	191 (78,3)	32 (13,1)	15 (6,2)	6 (2,5)
Krankengymn.	1263;5,8 (2,7)	64 (5,1)	200 (48,9)	617 (48,9)	382 (30,2)	659;2,0 (2,6)	345 (52,4)	148 (22,5)	130 (19,7)	36 (4,5)
Ergotherapie	434;5,1 (2,9)	37 (8,5)	96 (22,1)	202 (46,5)	99 (22,8)	217;1,1 (2,1)	153 (70,5)	35 (16,1)	25 (11,5)	4 (1,8)
Kältekammer	352;5,1 (3,8)	91 (25,9)	41 (11,7)	96 (27,3)	124 (35,2)	244;4,1 (4,2)	100 (41,0)	30 (12,3)	35 (14,4)	79 (32,4)
Chirotherapie	379;4,7 (2,9)	54 (14,3)	77 (20,3)	170 (44,9)	78 (20,6)	251;2,7 (3,3)	118 (47,0)	51 (20,3)	53 (21,1)	29 (11,6)
Injektionen	642;4,3 (2,9)	108 (16,8)	144 (22,4)	280 (43,6)	110 (17,1)	355;1,7 (2,9)	218 (61,4)	59 (16,6)	51 (14,4)	27 (7,6)
Lasertherapie	56;3,7 (3,1)	16 (28,6)	11 (19,7)	22 (39,3)	7 (12,5)	30;1,1 (2,6)	24 (80,0)	1 (3,3)	3 (10,0)	2 (6,7)
TENS	774;3,5 (2,8)	193 (25)	195 (25,2)	312 (40,3)	74 (9,6)	438;1,8 (3,0)	286 (65,3)	54 (12,3)	62 (14,2)	36 (8,2)
Magnetfeldth.	250;3,2 (3,1)	90 (36)	52 (20,8)	84 (33,6)	24 (9,6)	151;1,1 (2,6)	121 (80,1)	9 (6,0)	11 (7,3)	10 (6,6)

8.1.10 Nutzen und Schaden psychologischer Verfahren und Psychotherapie

Maßnahme	Nutzen					Schaden				
	Durchschnitt	Kein 0	Gering (1-3)	Mäßig (4-7)	Hoch (8-10)	Durchschnitt	Kein 0	Gering (1-3)	Mäßig (4-7)	Hoch (8-10)
	n; M (±SD)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n; M (±SD)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
FMS Schulung	649;6,8 (2,7)	24 (3,7)	57 (8,8)	264 (40,7)	304 (46,8)	306;0,4 (1,5)	278 (90,9)	18 (5,9)	5 (1,6)	5 (1,6)
Gesprächsth.	724;5,7 (3,0)	67 (9,25)	100 (13,8)	324 (44,8)	233 (32,2)	365;0,7 (1,9)	302 (82,7)	33 (9,0)	19 (5,2)	11 (3,0)
Meditation	259;5,6 (3,0)	23 (8,9)	40 (15,5)	113 (43,6)	83 (32,1)	138;0,7 (1,8)	111 (80,4)	19 (13,8)	5 (3,6)	3 (2,2)
VT	505;5,5 (3,0)	45 (8,9)	91 (18,0)	222 (44,0)	147 (29,1)	265;0,7 (1,8)	215 (81,1)	30 (11,3)	15 (5,7)	5 (1,9)
Tiefenpsych. Therapie	229;5,3 (3,2)	28 (12,2)	41 (17,9)	93 (40,6)	67 (29,3)	119;1,4 (2,8)	85 (71,4)	12 (10,1)	13 (10,9)	9 (7,6)
Körpertherapie	265;5,3 (3,0)	31 (11,7)	43 (16,2)	115 (43,4)	76 (28,7)	129;1,2 (2,4)	94 (72,9)	17 (13,2)	12 (9,3)	6 (4,7)
PM	1084;5,1 (2,9)	123 (11,4)	196 (18,1)	507 (46,8)	258 (23,8)	551;1,2 (2,4)	410 (74,4)	63 (11,4)	53 (9,6)	25 (4,5)
Andere Formen Psychotherapie	173;5,1 (3,1)	25 (14,5)	30 (17,3)	76 (43,9)	42 (24,3)	93;1,0 (2,1)	68 (73,1)	15 (16,1)	7 (7,5)	3 (3,2)
AT	766;5,0 (3,0)	102 (13,3)	145 (18,9)	337 (44,0)	182 (23,8)	383;0,9 (2,3)	312 (81,5)	31 (8,1)	24 (6,3)	16 (4,2)
Paar- u. Fam.-Th.	68;5,0 (3,3)	15 (22,1)	5 (7,4)	32 (47,1)	16 (23,5)	38;1,3 (2,6)	27 (71,1)	5 (13,2)	3 (7,9)	3 (7,9)
Hypnose	66;4,5 (3,3)	14 (21,2)	14 (21,2)	22 (33,3)	16 (24,3)	40;1,1 (2,6)	32 (80,0)	3 (7,5)	3 (7,5)	2 (5,0)
Biofeedback	124;3,1 (2,9)	39 (31,5)	32 (27,9)	37 (29,9)	13 (10,5)	71;0,9 (2,2)	58 (81,7)	5 (7,1)	6 (8,5)	2 (2,8)

8.1.11 Medikamente

Tabelle 11: Medikamente										
Maßnahme	Nutzen					Schaden				
	Durchschnitt n; M (\pm SD)	Kein 0 n (%)	Gering (1-3) n (%)	Mäßig (4-7) n (%)	Hoch (8-10) n (%)	Durchschnitt n; M (\pm SD)	Kein 0 n (%)	Gering (1-3) n (%)	Mäßig (4-7) n (%)	Hoch (8-10) n (%)
Hypnotika	222;5,0 (3,0)	28 (12,6)	37 (21,2)	93 (41,9)	54 (24,2)	129;3,6 (3,6)	44 (34,1)	34 (26,4)	24 (18,6)	27 (20,9)
Tilidin	377;4,7 (3,2)	71 (18,8)	64 (17,0)	159 (41,9)	84 (22,3)	262;4,3 (3,5)	68 (26,0)	49 (19,9)	77 (29,4)	65 (24,8)
Rheumamittel	1198;4,6 (2,9)	192 (16,0)	233 (19,5)	559 (46,7)	214 (17,9)	682;4,1 (3,3)	185 (27,1)	128 (18,8)	240 (35,2)	129 (18,9)
Starke Opiode	195;4,6 (3,2)	42 (21,5)	27 (13,9)	78 (40,0)	48 (24,6)	133;5,4 (3,6)	26 (19,6)	18 (13,5)	40 (30,1)	49 (36,8)
Amitriptylin	901;4,3 (3,1)	172 (19,1)	198 (22,0)	365 (40,5)	166 (18,4)	598;4,5 (3,5)	146 (24,4)	109 (13,2)	186 (31,1)	157 (26,3)
Schmerzpflaster	159;4,3 (3,3)	42 (26,4)	20 (12,6)	62 (39,0)	35 (22,0)	115;4,7 (3,8)	30 (26,1)	19 (16,5)	31 (27,0)	35 (30,4)
Tramadol	508;4,1 (3,2)	120 (23,6)	76 (21,8)	185 (36,4)	92 (18,1)	365;4,8 (3,6)	85 (23,3)	58 (15,9)	112 (30,7)	110 (30,1)
Antidepressiva*	431;4,1 (3,1)	103 (24,0)	85 (19,5)	167 (38,7)	76 (17,6)	267;4,1 (3,6)	80 (30,0)	51 (19,1)	72 ((27,0)	64 (24,0)
Duloxetin	272;4,1 (3,1)	66 (24,3)	52 (19,1)	107 (39,3)	47 (17,28)	192;4,5 (3,7)	54 (28,1)	29 (15,1)	53 (27,6)	56 (29,2)
Metamizol	638;4,0 (2,9)	137 (21,5)	145 (22,7)	275 (43,1)	81 (12,8)	384;3,4 (3,6)	154 (40,1)	70 (18,2)	87 (22,7)	73 (19,0)
Tramadol u. PCM	109;4,0 (3,2)	28 (25,7)	22 (20,2)	40 (36,7)	19 (17,4)	82;4,3 (3,7)	25 (30,5)	13 (15,9)	24 (29,3)	20 (24,4)
Muskelrelax.	726;3,9 (2,7)	141 (19,4)	191 (26,3)	312 (43,0)	82 (11,3)	424;3,4 (3,4)	164 (38,7)	71 (17,7)	121 (28,6)	68 (16,0)
Flupirtin	444;3,7 (3,0)	110 (24,8)	105 (23,7)	168 (37,8)	61 (13,7)	286;3,4 (3,4)	103 (36,0)	55 (19,2)	81 (28,3)	47 (16,4)
Antikonvulsiva	273;3,5 (3,1)	89 (32,6)	52 (19,1)	95 (34,8)	37 (13,6)	198;5,0 (3,7)	49 (24,8)	26 (13,1)	54 (27,3)	69 (34,9)
Neuroleptika	46;3,0 (3,0)	17 (37,0)	9 (19,6)	17 (37,0)	3 (6,5)	34;4,1 (3,7)	11 (32,4)	6 (17,6)	7 (20,6)	10 (29,4)
Paracetamol	791;3,2 (2,8)	226 (26,6)	218 (27,6)	282 (35,7)	65 (8,2)	455;2,8 (3,4)	217 (47,7)	74 (16,3)	101 (22,2)	63 (13,9)
Aspirin	502;2,9 (2,8)	165 (32,9)	140 (27,9)	160 (31,9)	37 (7,4)	307;3,1 (3,5)	138 (45)	50 (16,3)	69 (22,5)	50 (16,3)

*andere

8.1.12 Nutzen und Schaden komplementärer und alternativer Verfahren

Maßnahme	Nutzen					Schaden				
	Durchschnitt	Kein 0	Gering (1-3)	Mäßig (4-7)	Hoch (8-10)	Durchschnitt	Kein 0	Gering (1-3)	Mäßig (4-7)	Hoch (8-10)
	n;M (±SD)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n;M (±SD)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tanztherapie	159;6,0 (2,9)	13 (8,2)	18 (11,3)	68 (42,8)	60 (37,7)	83;1,0 (2,0)	58 (70,0)	16 (19,3)	7 (8,4)	2 (2,4)
Atemtherapie	271;5,6 (2,8)	23 (8,5)	41 (15,1)	130 (48,0)	77 (28,4)	129;0,3 (1,1)	12 (93,0)	4 (3,1)	5 (3,9)	0 (0,0)
Fußzonenreflex- therapie	438;5,4 (2,9)	41 (9,4)	78 (17,8)	203 (37,2)	116 (26,5)	208;0,7 (1,9)	172 (82,7)	20 (9,6)	9 (4,3)	7 (3,4)
Ernährungs- umstellung	696;5,2 (3,1)	89 (12,8)	115 (16,5)	302 (43,4)	190 (27,3)	357;0,5 (1,6)	300 (84,0)	33 (9,2)	20 (5,6)	4 (1,1)
Yoga	324;5,2(3,1)	41(12,7)	62(19,1)	135(41,7)	86(26,5)	217;3,0(3,3)	90(41,5)	48(22,1)	46(21,2)	33(15,2)
Musiktherapie	164;5,2 (3,1)	22 (13,4)	26 (15,9)	71 (43,3)	45 (27,4)	78;0,9 (2,1)	63 (80,8)	7 (9,0)	6 (7,7)	2 (2,6)
Qi Gong	426;4,9 (3,0)	59 (13,9)	93 (19,5)	191 (44,8)	93 (21,8)	231;1,2 (2,4)	173 (74,9)	26 (11,2)	20 (8,7)	12 (5,2)
Eliminationsdiät	51;4,9 (3,6)	14 (27,5)	3 (5,9)	17 (33,3)	17 (33,3)	28;0,8 (1,9)	22 (78,6)	3 (10,7)	3 (10,7)	0 (0,0)
Tai Chi	231;4,8 (3,0)	31 (13,4)	53 (23,0)	99 (42,9)	48 (20,8)	142;1,3 (2,5)	102 (71,9)	15 (10,6)	19 (13,4)	6 (4,2)
Reiki	204;4,8 (3,1)	36 (17,7)	37 (18,1)	82 (40,2)	49 (24,0)	103;0,6 (1,7)	89 (86,4)	7 (6,8)	5 (4,9)	2 (1,9)
Aromatherapie	123;4,8 (3,2)	22 (17,9)	22 (17,9)	50 (40,7)	29 (23,6)	65;1,3 (3,6)	53 (81,5)	5 (7,7)	0 (0,0)	7 (10,8)
Homöopathie	522;4,6 (3,1)	95 (18,2)	98 (18,8)	217 (41,6)	112 (21,5)	271;0,5 (1,7)	240 (88,6)	14 (5,2)	12 (4,4)	5 (1,9)
Neuraltherapie	237;4,5 (3,1)	46 (19,4)	43 (18,1)	102 (43,0)	46 (19,4)	126;1,2 (2,6)	98 (77,8)	12 (9,5)	7 (5,6)	9 (7,1)
Akupunktur	991;4,4 (3,3)	238 (24,0)	165 (16,7)	373 (37,7)	215 (21,7)	514;1,3 (2,7)	388 (75,5)	44 (8,6)	46 (9,0)	36 (7,0)
Heilfasten	235;4,4 (3,3)	60 (25,5)	34 (14,5)	95 (40,4)	46 (19,6)	133;1,6 (2,8)	90 (67,7)	18 (13,5)	14 (10,5)	11 (8,3)
Vegetarische Diät	235;4,2 (3,3)	66 (28,1)	35 (14,9)	87 (37,0)	47 (20,0)	137;0,9 (2,0)	105 (76,7)	17 (12,4)	12 (8,8)	3 (2,2)
Nahrungsmittel- ergänzung	507;4,0 (3,0)	114 (22,5)	107 (21,1)	214 (42,2)	72 (14,2)	266;0,5 (1,4)	227 (85,3)	21 (7,9)	17 (6,4)	1 (0,4)
Vitaminpräparate	514;3,9 (3,1)	124 (24,1)	114 (22,2)	196 (38,1)	80 (15,6)	284;0,3 (1,2)	253 (89,1)	23 (8,1)	5 (1,8)	3 (1,1)
Quadranten-OP n. Prof. Bauer	9;1,8 (2,2)	5 (55,6)	2 (22,2)	2 (22,2)	0 (0,00)	7;3,1 (4,2)	4 (57,1)	0 (0,00)	2 (28,6)	1 (14,3)

8.1.13 Nutzen und Schaden (teil) stationärer Therapien

Maßnahme	Nutzen					Schaden				
	Durchschnitt n;M (±SD)	Kein 0 n (%)	Gering (1-3) n (%)	Mäßig (4-7) n (%)	Hoch (8-10) n (%)	Durchschnitt n;M (±SD)	Kein 0 n (%)	Gering (1-3) n (%)	Mäßig (4-7) n (%)	Hoch (8-10) n (%)
Klinik integrative Med. /Naturheilverfahren	129;6,5 (3,1)	14 (10,9)	8 (6,2)	50 (38,8)	57 (44,2)	62;1,0 (2,0)	47 (75,8)	6 (9,7)	8 (12,9)	1 (1,6)
Reha- Maßnahme Klinik für Orthopädie	813;6,1 (2,9)	67 (8,2)	94 (11,6)	326 (40,1)	191 (40,1)	385;1,5 (2,6)	263 (68,3)	55 (14,3)	45 (11,7)	22 (5,7)
Schmerztagesklinik	147;5,9 (3,3)	18 (12,2)	16 (10,9)	57 (38,8)	56 (38,1)	72;1,7 (3,0)	50 (69,4)	8 (11,1)	8 (11,1)	6 (8,3)
Schmerzklinik Akutkrankenhaus	189;5,8 (3,0)	18 (9,5)	26 (13,8)	81 (42,9)	64 (33,9)	87;1,6 (2,6)	59 (67,8)	8 (9,2)	15 (17,3)	5 (5,8)
Klinik Psychosom. Medizin	101;5,2 (2,7)	8 (7,9)	20 (19,8)	52 (51,5)	21 (20,8)	54;2,9 (3,4)	26 (48,2)	5 (9,3)	16 (29,6)	7 (13,0)
Reha- Maßnahme Klinik psychosom. Medizin	369;5,1 (3,2)	48 (13,0)	80 (21,7)	138 (37,4)	103 (27,9)	224;2,8 (3,6)	118 (52,7)	30 (13,4)	35 (15,6)	41 (18,3)
Psychosomatische Tagesklinik	92;4,4 (3,4)	22 (23,9)	17 (18,5)	31 (33,7)	22 (23,9)	59;3,3 (3,6)	27 (45,8)	8 (13,6)	13 (22,0)	11 (18,6)

8.1.14 Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika

Tabelle 14: Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika			
Demografische und klinische Daten			
	Rheuma; n(%)*	Nicht- Rheuma; n(%)*	Vergleich
Weiblich			$\chi^2 = 0,89 / p = 0,35$
	288 (96)	1100 (94,7)	
Lebenssituation			$\chi^2 = 0,99 / p = 0,61$
Mit Partner	222 (74,5)	884 (76,3)	
Alleine	73 (24,5)	258 (22,3)	
In Familie	3 (1)	17 (1,5)	
Schulabschluss			$\chi^2 = 2,014 / p = 0,85$
Kein	4 (1,4)	17 (1,5)	
Grundschule/Hauptschule	99 (33,3)	386 (33,3)	
Mittlere Reife	124 (41,8)	475 (41,0)	
Abitur	19 (6,4)	99 (8,6)	
Hochschulabschluss	51 (17,2)	181 (15,6)	
Aktuelle berufliche Situation			$\chi^2 = 29,92 / p < 0,0001$
Student (0)	1 (0,3)	8 (0,7)	
Berufstätig (1)	71 (23,8)	404 (35)	
AU (2)	21 (7,1)	94 (8,2)	
Rentenantrag (3)	31 (10,4)	101 (8,8)	
Arbeitslos (5)	1 (0,3)	6 (0,5)	
Hausfrau/- Mann (6)	24 (8,1)	139 (12,1)	
Rentner (7)	148 (49,7)	394 (34,1)	
Depression PHQ 4 (0-4) $\geq 3 / < 3$			$\chi^2 = 0,18 / p = 0,68$
≥ 3	132 (44,8)	527 (46,1)	
< 3	163 (55,3)	616 (53,9)	
	Rheuma; n(%)*	Nicht-Rheuma; n(%)*	Vergleich
Gesundheitszustand seit Diagnose			$\chi^2 = 10,81 / p = 0,094$
Ausgeprägte Verschlechterung	153 (56,3)	513 (48,6)	
Mäßige Verschlechterung	37 (13,0)	196 (18,6)	
Geringe Verschlechterung	7 (2,6)	22 (2,1)	
Keine Änderung	44 (16,2)	156 (14,8)	
Geringe Verbesserung	9 (3,3)	50 (4,7)	
Mäßige Verbesserung	16 (5,9)	67 (6,3)	
Ausgeprägte Verbesserung	6 (2,2)	52 (4,9)	
Stationäre Therapien, früher und- oder aktuell			$\chi^2 = 8,39 / p = 0,21$
Noch nie	58 (20,9)	285 (25,7)	
Einmal	113 (40,8)	474 (72,7)	
Zweimal	70 (25,3)	230 (20,7)	
Dreimal	17 (6,1)	75 (6,8)	
Viermal	14 (5,1)	35 (3,2)	
Fünfmal	4 (1,4)	8 (0,7)	
Sechsmal	1 (0,4)	2 (0,2)	
	Rheuma; n(%)*	Nicht- Rheuma; n(%)*	Vergleich
Mitglied in Selbsthilfegruppe			$\chi^2 = 2,91 / p = 0,088$
Ja	197 (66,1)	705 (60,7)	
Nein	101 (33,9)	456 (39,3)	

*Die unterschiedlichen Prozentzahlen sind durch Unterschiede in der Häufigkeit fehlender Antworten bedingt

8.1.15 Vergleich aktueller (und früherer) Therapiemaßnahmen

Tabelle 15: Vergleich aktueller (und früherer) Therapiemaßnahmen			
Art der Therapie			
	Rheuma; n(%)*	Nicht- Rheuma; n(%)*	Vergleich
Aerobische Übungen (Aquajogging, Walking, Schwimmen, Radfahren)			$\chi^2= 2,79/ p= 0,73$
Noch nie	44 (15,8)	182 (16,4)	
Früher	63 (22,7)	285 (25,7)	
Aktuell ein Verfahren	102 (36,7)	364 (32,8)	
Aktuell zwei Verfahren	46 (16,6)	195 (17,6)	
Aktuell drei Verfahren	21 (7,6)	72 (6,5)	
Aktuell vier Verfahren	2 (0,7)	13 (1,8)	
Entspannungstraining (Hypnose, Biofeedback, AT, PMR)			$\chi^2= 2,19/ p= 0,54$
Noch nie	56 (21)	228 (20,5)	
Früher	154 (57,7)	619 (55,7)	
Aktuell ein Verfahren	45 (16,9)	226 (20,3)	
Aktuell zwei Verfahren	12 (4,5)	38 (3,4)	
Psychotherapie (Tiefen-, Gespräch-, Paar- und Familien-, VT)			$\chi^2= 5,8/ p= 0,33$
Noch nie	96 (35,2)	408 (37,6)	
Früher	116 (42,5)	416 (38,3)	
Aktuell ein Verfahren	38 (13,9)	183 (16,9)	
Aktuell zwei Verfahren	22 (8,1)	64 (5,9)	
Aktuell drei Verfahren	1 (0,4)	13 (1,2)	
Aktuell vier Verfahren	0 (0)	1 (0,1)	
Schwache Opioide			$\chi^2= 15,52/ p= 0,004$
Noch nie	35 (36,3)	508 (48,4)	
Früher	109 (41,6)	374 (35,6)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	53 (20,2)	158 (15,1)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	5 (1,9)	8 (0,8)	
Aktuell drei Medikamente dieser Klasse	0 (0)	2 (0,2)	
Starke Opioide			$\chi^2= 30,11/ p< 0,0001$
Noch nie	164 (65,9)	807 (78,8)	
Früher	49 (19,7)	152 (14,8)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	32 (12,9)	65 (6,3)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	4 (1,6)	1 (0,1)	
Muskelrelaxanzien			$\chi^2= 6,31/ p= 0,18$
Noch nie	81 (30,9)	356 (33,7)	
Früher	120 (45,8)	514 (48,6)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	56 (21,4)	178 (16,9)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	5 (1,9)	8 (0,8)	
Antidepressiva			$\chi^2= 5,52/ p= 0,14$
Noch nie	67 (24,7)	211 (19,2)	
Früher	87 (32,1)	374 (34,1)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	104 (38,4)	473 (43,1)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	13 (4,8)	39 (3,6)	

Stufe I Analgetika			$\chi^2= 31,17/ p< 0,0001$
Noch nie	10 (3,5)	103 (9,3)	
Früher	93 (32,6)	427 (38,4)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	129 (45,3)	401 (36,1)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	37 (13,0)	134 (12,1)	
Aktuell drei Medikamente dieser Klasse	11 (3,9)	45 (4,1)	
aktuell vier Medikamente dieser Klasse	5 (1,8)	1 (0,1)	
Technische physikalische Therapie (Neural-,Akupunktur-,Magnetfeld-Laser-,Injektionen)			$\chi^2= 2,29/ p= 0,807$
Noch nie	39 (13,6)	172 (15,3)	
Früher	158 (55,2)	643 (57)	
Aktuell ein Verfahren	73 (25,5)	264 (23,4)	
Aktuell zwei Verfahren	13 (4,6)	41 (3,6)	
Aktuell drei Verfahren	3 (1,1)	7 (0,6)	
Aktuell vier Verfahren	0 (0)	1 (1,1)	
Selbstmanagement, ruhebezogen (Hinlegen, Entspannung)			$\chi^2= 4,01/ p= 0,261$
Noch nie	14 (5,3)	92 (8,6)	
Früher	28 (10,6)	110 (10,3)	
Aktuell ein Verfahren	127 (48,1)	467 (43,6)	
Aktuell zwei Verfahren	95 (36)	402 (37,5)	
Selbstmanagement, aktivitätsbezogen (Funktionstraining, Spazieren, Ablenkung, Muskeltraining)			$\chi^2= 8,57/ p= 0,20$
Noch nie	12 (4,1)	55 (4,8)	
Früher	14 (4,8)	62 (5,4)	
Aktuell ein Verfahren	54 (18,4)	165 (14,4)	
Aktuell zwei Verfahren	96 (32,7)	312 (27,3)	
Aktuell drei Verfahren	53 (18,0)	254 (22,2)	
Aktuell vier Verfahren	45 (15,3)	212 (18,6)	
Aktuell fünf Verfahren	20 (6,8)	83 (7,3)	
Komplementäre Bewegungstherapie (Yoga, Tai Chi, Qi Gong, Musik- und Tanztherapie)			$\chi^2= 1,5/ p= 0,827$
Noch nie	124 (47)	510 (47,1)	
Früher	93 (35,2)	369 (34)	
Aktuell ein Verfahren	37 (14)	166 (15,3)	
Aktuell zwei Verfahren	10 (3,8)	35 (3,2)	
Aktuell drei Verfahren	0 (0)	4 (0,4)	
Komplementäre medikamentöse Therapie (Homöopathie, Nahrungsergänzung, Vitamine)			$\chi^2= 5,69/ p= 0,034$
Noch nie	89 (33,5)	418 (39,1)	
Früher	71 (26,7)	386 (26,8)	
Aktuell ein Verfahren	56 (21,1)	193 (18,1)	
Aktuell zwei Verfahren	40 (15,0)	123 (11,5)	
Aktuell drei Verfahren	10 (3,8)	47 (4,4)	
Aktuell vier Verfahren	0 (0)	2 (0,2)	
Komplementäre ernährungsbezogene Therapie (Umstellung, Eliminationsdiät, Fasten, Veget.)			$\chi^2= 10,89/ p= 0,028$
Noch nie	93 (35,4)	452 (42,7)	
Früher	71 (27)	261 (24,7)	
Aktuell ein Verfahren	86 (32,7)	284 (26,8)	
Aktuell zwei Verfahren	11 (4,2)	61 (5,8)	
Aktuell drei Verfahren	2 (0,8)	1 (0,1)	

	Rheuma; n(%)*	Nicht- Rheuma; n(%)*	Vergleich
Manuelle physikalische Therapie (Chiro-, Osteopathie-, Massage, LD, KG, Ergo-, Fußzonen-,)			$\chi^2 = 14,82 / p = 0,022$
Noch nie	11 (3,8)	62 (5,5)	
Früher	106 (36,2)	487 (42,8)	
Aktuell ein Verfahren	80 (27,3)	322 (28,3)	
Aktuell zwei Verfahren	72 (24,6)	183 (16,1)	
Aktuell drei Verfahren	18 (6,1)	62 (5,5)	
Aktuell vier Verfahren	6 (2,1)	18 (1,6)	
Aktuell fünf Verfahren	0 (0)	4 (0,4)	

*Die unterschiedlichen Prozentzahlen sind durch Unterschiede in der Häufigkeit fehlender Antworten bedingt

8.1.16 Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika

Tabelle 16: Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika			
Demografische und klinische Daten			
	Depression; n(%)*	Nicht Depression; n(%)*	Vergleich
Weiblich			$\chi^2= 6,81/ p= 0,009$
	712 (96,6)	831 (93,8)	
Lebenssituation			$\chi^2= 0,14/ p= 0,935$
Mit Partner	558 (76,2)	670 (75,7)	
Alleine	164 (22,4)	204 (23,1)	
In Familie	10 (1,4)	11 (1,2)	
Schulabschluss			$\chi^2= 23,89/ p< 0,0001$
Kein	10 (1,4)	16 (1,8)	
Grundschule/ Hauptschule	209 (28,5)	341 (38,6)	
Mittlere Reife	320 (43,6)	343 (38,8)	
Abitur	60 (8,2)	70 (7,9)	
Hochschulabschluss	134 (18,3)	113 (12,8)	
Aktuelle berufliche Situation			$\chi^2= 61,5/ p< 0,0001$
Student (0)	3 (0,4)	7 (0,8)	
Berufstätig (1)	271 (37)	252 (28,6)	
AU (2)	34 (4,6)	97 (11)	
Rentantrag (3)	37 (5,07)	112 (12,83)	
Arbeitslos(5)	3 (0,4)	6 (0,7)	
Hausfrau/- Mann (6)	88 (12)	90 (10,2)	
Rentner (7)	294 (309)	309 (35)	
Gesundheitszustand seit Diagnose			$\chi^2=93,4/ p< 0,0001$
Ausgeprägte Verschlechterung	273 (41,1)	485 (60)	
Mäßige Verschlechterung	138 (20,8)	119 (14,7)	
Geringe Verschlechterung	17 (2,6)	12 (1,5)	
Keine Änderung	91 (13,7)	123 (15,2)	
Geringe Verbesserung	29 (4,4)	27 (3,3)	
Mäßige Verbesserung	61 (9,2)	31 (3,8)	
Ausgeprägte Verbesserung	56 (8,4)	11 (1,4)	
Stationäre Therapien, früher und- oder aktuell			$\chi^2= 10,17/ p= 0,117$
Noch nie	188 (27,1)	188 (22,3)	
Einmal	306 (44)	362 (42,9)	
Zweimal	136 (19,6)	183 (21,7)	
Dreimal	37 (5,3)	66 (7,8)	
Viermal	21 (3)	34 (4)	
Fünfmal	5 (0,7)	9 (1,1)	
Sechsmal	2 (0,3)	1 (0,1)	
Mitglied in Selbsthilfegruppe			$\chi^2= 4,72/ p= 0,030$
Ja	472 (64,3)	523 (59)	
Nein	262 (35,7)	363 (41)	

*Die unterschiedlichen Prozentzahlen sind durch Unterschiede in der Häufigkeit fehlender Antworten bedingt

8.1.17 Vergleich aktueller (und früherer) Therapiemaßnahmen

Tabelle 17: Vergleich aktueller (und früherer) Therapiemaßnahmen			
Art der Therapie			
	Depression; n(%)*	Nicht- Depression; n(%)*	Vergleich
Aerobische Übungen (Aquajogging, Walking, Schwimmen, Radfahren)			$\chi^2=7,21/ p= 0,205$
Noch nie	102 (14,7)	147 (17,6)	
Früher	167 (24,1)	221 (26,4)	
Aktuell ein Verfahren	248 (35,7)	260 (31,1)	
Aktuell zwei Verfahren	123 (17,7)	141 (16,6)	
Aktuell drei Verfahren	49 (7,1)	56 (6,7)	
aktuell vier Verfahren	5 (0,7)	12 (1,4)	
Entspannungstraining, (Hypnose, Biofeedback, AT, PMR)			$\chi^2=1,31/ p= 0,726$
Noch nie	132 (19,2)	179 (21,5)	
Früher	396 (57,7)	461 (55,3)	
Aktuell ein Verfahren	134 (19,5)	164 (19,7)	
Aktuell zwei Verfahren	24 (3,5)	29 (3,5)	
Psychotherapie (Tiefen-, Gespräch-,Paar- und Familien-, VT)			$\chi^2= 26,74/ p< 0,0001$
Noch nie	289 (42,8)	264 (32,2)	
Früher	258 (38,2)	323 (39,3)	
Aktuell ein Verfahren	86 (12,7)	161 (19,6)	
Art der Therapie			
Psychotherapie (Tiefen-, Gespräch-,Paar- und Familien-, VT)			
Aktuell zwei Verfahren	35 (5,2)	64 (7,8)	
Aktuell drei Verfahren	7 (1)	8 (1)	
Aktuell vier Verfahren	0 (0)	1 (0,1)	
Schwache Opioide			$\chi^2=3,38/ p= 0,497$
Noch nie	312 (47,3)	347 (43,9)	
Früher	242 (36,7)	291 (36,8)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	98 (14,9)	143 (18,1)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	6 (0,9)	9 (1,1)	
Aktuell drei Medikamente dieser Klasse	1 (0,2)	1 (0,1)	
Starke Opioide			$\chi^2= 7,66/ p= 0,054$
Noch nie	502 (79,4)	562 (73,1)	
Früher	85 (13,5)	136 (17,7)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	43 (6,8)	68 (8,8)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	2 (0,3)	3 (0,4)	
Muskelrelaxanzien			$\chi^2=9,96/ p= 0,041$
Noch nie	209 (31,7)	269 (34)	
Früher	334 (50,6)	355 (44,8)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	106 (16,1)	162 (20,5)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	10 (1,5)	6 (0,8)	
Antidepressiva			$\chi^2=9,48/ p= 0,024$
Noch nie	149 (21,7)	149 (18)	
Früher	245 (35,6)	271 (32,7)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	273 (39,7)	367 (44,2)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	21 (3,1)	43 (5,2)	

Stufe I Analgetika			$\chi^2= 4,49/ p= 0,481$
Noch nie	48 (6,8)	76 (9)	
Früher	259 (36,6)	296 (35)	
Aktuell ein Medikament dieser Klasse	271 (38,3)	340 (40,2)	
Aktuell zwei Medikamente dieser Klasse	94 (13,3)	99 (11,7)	
Aktuell drei Medikamente dieser Klasse	31 (4,4)	30 (3,6)	
Aktuell vier Medikamente dieser Klasse	4 (0,6)	4 (0,5)	
Technisch-physikalische-Therapie (Neural-,Akupunktur-,Magnetfeld-Laser-Injektionen)			$\chi^2= 2,98/ p= 0,704$
Noch nie	96 (13,6)	136 (15,8)	
Früher	414 (58,5)	476 (55,4)	
Aktuell ein Verfahren	166 (23,5)	206 (24)	
Aktuell zwei Verfahren	26 (3,7)	33 (3,8)	
Aktuell drei Verfahren	4 (0,6)	7 (0,8)	
Aktuell vier Verfahren	2 (0,3)	1 (0,1)	
Selbstmanagement, ruhebezogen (Hinlegen, Entspannung)			$\chi^2= 1,84/ p= 0,606$
Noch nie	47 (7,2)	69 (8,5)	
Früher	65 (9,9)	92 (11,2)	
Aktuell ein Verfahren	293 (44,6)	359 (43,9)	
Aktuell zwei Verfahren	252 (38,4)	297 (36,4)	
	Depression; n(%)*	Nicht- Depression; n(%)*	Vergleich
Selbstmanagement, aktivitätsbezogen (Funktionstraining, Spazieren, Ablenkung, Muskeltraining)			$\chi^2= 5,45/ p= 0,488$
Noch nie	32 (4,5)	44 (5)	
Früher	35 (4,9)	50 (5,7)	
Aktuell ein Verfahren	102 (14,2)	134 (15,3)	
Art der Therapie			
Selbstmanagement, aktivitätsbezogen (Funktionstraining, Spazieren, Ablenkung, Muskeltraining)			
Aktuell zwei Verfahren	196 (27,3)	258 (29,5)	
Aktuell drei Verfahren	157 (21,8)	178 (20,4)	
Aktuell vier Verfahren	131 (18,2)	151 (17,3)	
Aktuell fünf Verfahren	66 (9,2)	59 (6,8)	
Komplementäre Bewegungstherapie (Yoga, Tai Chi, Qi Gong, Musik- und Tanztherapie)			$\chi^2= 6,11/ p= 0,191$
Noch nie	297 (43,8)	405 (50,1)	
Früher	249 (36,7)	260 (32,1)	
Aktuell ein Verfahren	109 (16,1)	116 (14,3)	
Aktuell zwei Verfahren	21 (3,1)	26 (3,2)	
Aktuell drei Verfahren	2 (0,3)	2 (0,3)	
Komplementäre medikamentöse Therapie (Homöopathie, Nahrungsergänzung, Vitamine)			$\chi^2= 6,08/ p= 0,298$
Noch nie	249 (37,3)	314 (38,8)	
Früher	174 (26,1)	217 (26,8)	
Aktuell ein Verfahren	124 (18,6)	155 (19,2)	
Aktuell zwei Verfahren	83 (12,4)	95 (11,7)	
Aktuell drei Verfahren	36 (5,4)	28 (3,5)	
Aktuell vier Verfahren	2 (0,3)	0 (0)	
Komplementäre ernährungsbezogene Therapie (Umstellung, Eliminationsdiät, Fasten, Veget.)			$\chi^2= 5,10/ p= 0,277$
Noch nie	258 (39,1)	344 (42,7)	
Früher	166 (25,2)	193 (24)	

Aktuell ein Verfahren	197 (29,9)	228 (28,3)	
Aktuell zwei Verfahren	39 (5,9)	38 (4,7)	
Aktuell drei Verfahren	0 (0)	3 (0,4)	
Manuelle physikalische Therapie (Chiro-, Osteopathie-, Massage, LD, KG, Ergo-, Fußzonen-,)			$\chi^2= 1,51/ p= 0,959$
Noch nie	35 (4,8)	52 (6)	
Früher	305 (42,2)	366 (42)	
Aktuell ein Verfahren	200 (27,7)	241 (27,6)	
Aktuell zwei Verfahren	128 (17,7)	147 (16,9)	
Aktuell drei Verfahren	42 (5,8)	47 (5,4)	
Aktuell vier Verfahren	10 (1,4)	15 (1,7)	
Aktuell fünf Verfahren	3 (0,4)	4 (0,5)	
Entzündliche rheumatische Erkrankungen			$\chi^2= 0,18/ p= 0,676$
Rheuma	132 (20)	163 (20,9)	
Nicht Rheuma	527 (80)	616 (79,1)	

*Die unterschiedlichen Prozentzahlen sind durch Unterschiede in der Häufigkeit fehlender Antworten bedingt

8.1.18 Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika

Tabelle 18: Vergleich klinischer und demografischer Charakteristika			
	Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe	Kein Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe	Vergleich
Weiblich; n (%)	972 (95,6)	595 (94,0)	$\chi^2=2,9$; $p=0,23$
Alter (Jahre); Mittelwert (SD)	56,5 (9,1)	50,8 (9,7)	$z=11,5$; $P<0,0001$
Lebenssituation; n (%)			$\chi^2=0,3$; $p=0,84$
Mit Partner	764 (75,5)	479 (76,2)	
Alleine	236 (23,3)	141 (22,4)	
In Familie	12 (1,2)	9 (0,5)	
Schulabschluss; n (%)			$\chi^2=6,6$; $p=0,76$
Kein	14 (1,4)	12 (1,9)	
Grundschule	345 (34,3)	210 (33,2)	
Mittlere Reife	418 (41,5)	255 (33,2)	
Abitur	69 (6,9)	63 (10,0)	
Universität	160 (15,9)	92 (14,6)	
Aktuelle berufliche Situation; n (%)			$\chi^2=168$; $p<0,0001$
Student	1 (0,1)	9 (1,4)	
Berufstätig	257 (25,4)	275 (43,9)	
Krankschreibung	55 (5,4)	77 (12,3)	
Rentenantrag	87 (8,6)	63 (10,0)	
Arbeitslos	12 (1,2)	9 (1,5)	
Hausfrau/- mann	106 (10,5)	72 (11,5)	
Rentner	493 (48,8)	122 (19,5)	
Jahre mit Schmerzen in mehreren Körperregionen; n; Mittelwert (SD)	18,9 (11,4)	12,9 (9,3)	$z=-11,6$; $P<0,0001$
Jahre seit Diagnose Fibromyalgiesyndrom; n; Mittelwert (SD)	4,7 (4,6)	7,8 (5,6)	$z= -12,3$; $P<0,0001$
Depression PHQ 4 (0-4) n; Mittelwert (SD)	995; 2,9 (1,7)	625; 3,2 (1,7)	$z=-2,9$; $p=0,003$
Angst PHQ 4 (0-4) n; Mittelwert (SD)	996; 2,8 (1,8)	622; 3,2 (1,9)	$z=-4,5$; $P<0,0001$
Widespread Pain Index WPI (0-19) n; Mittelwert (SD)	991; 11,6 (4,3)	617; 20,2 (5,5)	$z=-1,0$; $p=0,29$
Polysymptomatischer distress (range 0-31) n; Mittelwert (SD)	991; 19,8 (5,7)	617; 20,2 (5,5)	$z=-1,5$; $p=0,14$

8.1.19 Vergleich der subjektiven Einschätzung der Entwicklung des Gesundheitszustandes

Tabelle 19: Vergleich der subjektiven Einschätzung der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms			
Entwicklung Gesundheitszustand Seit Diagnose	Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe	Kein Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe	Vergleich
Sehr viel schlechter; n (%)	482 (51,5)	283 (50,5)	$\chi^2=19,5$
Viel schlechter; n (%)	157 (16,8)	104 (18,6)	p=0,08
Etwas schlechter; n (%)	19 (2,0)	11 (2,0)	
Unverändert; n (%)	116 (12,4)	102 (18,2)	
Etwas besser; n (%)	45 (4,8)	15 (2,7)	
Viel besser; n (%)	70 (7,5)	25 (4,5)	
Sehr viel besser; n (%)	47 (5,0)	20 (3,6)	

8.1.20 Vergleich der Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung

Tabelle 20: Vergleich der Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung des Fibromyalgiesyndroms (0 = sehr gering - 10 = sehr große Zufriedenheit)			
Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung des Fibromyalgiesyndroms	Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe n(%)	Kein Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe n(%)	Vergleich
0	128 (13,9)	84 (16,9)	$\chi^2=26,6$
1	52 (5,6)	42 (8,4)	p=0,14
3	135 (14,6)	57 (11,4)	
4	100 (10,8)	47 (9,4)	
5	147 (15,9)	57 (11,4)	
6	83 (9,0)	39 (7,8)	
7	67 (7,3)	38 (7,6)	
8	49 (5,3)	35 (7,0)	
9	21 (2,3)	16 (3,2)	
10	28 (3,1)	32 (6,4)	

8.1.21 Vergleich aktueller Therapiemaßnahmen

Tabelle 21: Vergleich aktueller Therapiemaßnahmen			
Art der Therapie	Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe n (%)	Kein Mitglied von FMS-Selbsthilfegruppe n (%)	Vergleich
Selbstmanagement, aktivitätsbezogen (z. B. Spazierengehen, Ablenkung)	933 (93,5)	518 (84,4)	$\chi^2=35,2$; $p<0,0001$
Selbstmanagement, physikalische Therapien (Lokale und Ganzkörperwärme, Thermalbad)	667 (69,6)	487 (83,1)	$\chi^2=35,0$; $p<0,0001$
Aerobic exercise (Aquatic exercise, walking/ Laufen, Schwimmen, Rad fahren)	606 (62,7)	306 (52,5)	$\chi^2=15,7$; $p<0,0001$
Physikalische Therapien, manuell (Chirotherapie, Osteopathie, Massage, Lymphdrainage, Physiotherapie)	551 (55,3)	298 (48,8)	$\chi^2=6,5$; $p<0,01$
Analgetika Stufe I			
Aspirin	556 (57,0)	323 (54,9)	$\chi^2=3,6$; $p<0,06$
Metamizol	446 (44,8)	260 (45,5)	$\chi^2=2,6$; $p<0,1$
Antidepressiva	171 (19,1)	89 (15,8)	$\chi^2=2,6$; $p<0,1$
Schwache Opioide	80 (9,2)	36 (6,6)	$\chi^2=7,8$; $p<0,05$
Starke Opioide Antikonvulsiva (Pregabalin, Gabapentin)	67 (8,0)	37 (7,0)	$\chi^2=0,4$; $p<0,5$
Komplementäre Therapie - Medikation (Homöopathie, Nahrungsmittelergänzung, Vitamine und Spurenelemente, Andere komplementäre Medikamente)	385 (41,9)	139 (24,6)	$\chi^2=24,1$; $p<0,0001$
Komplementäre Therapie - Ernährung (Ernährungsumstellung, Eliminationsdiät, Fastenkur, vegetarische Kost)	319 (35,4)	189 (33,0)	$\chi^2=0,9$; $p<0,3$
Physikalische Therapien - technisch (Akupunktur, Lokale Injektionen, Magnetfeld, Laser, TENS)	274 (28,1)	175 (29,0)	$\chi^2=0,2$; $p<0,7$
Psychotherapie	226 (24,2)	140 (24,2)	$\chi^2=0$; $p<0,99$
Entspannungstraining (Autogenes Training, progressive Muskelentspannung)	773 (85,1)	424 (76,0)	$\chi^2=15,4$; $p<0,0001$
Komplementäre Bewegungstherapie (Yoga, Tai Chi, Qi Gong, Tanz- und Musiktherapie)	185 (20,1)	93 (16,1)	$\chi^2=3,6$; $p<0,06$

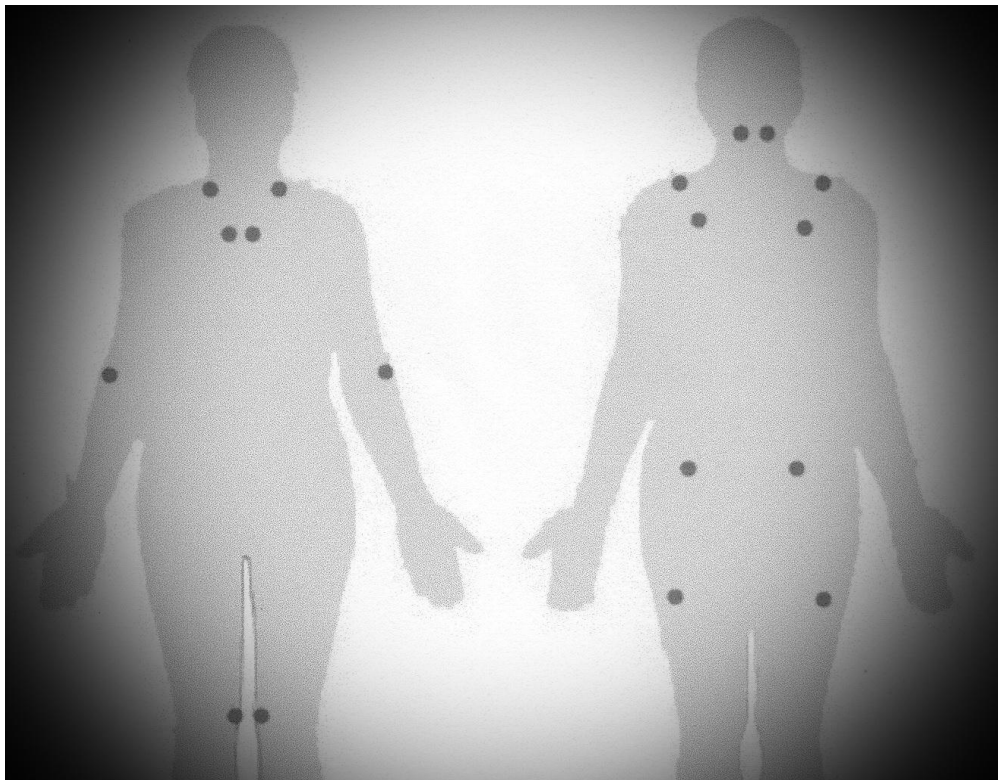
8.2 Grafikverzeichnis

Grafik 1: Abbildung der TP

Grafik 2: Darstellung der Altersverteilung

Grafik 3: FMS Häufigkeiten männlich zu weiblich

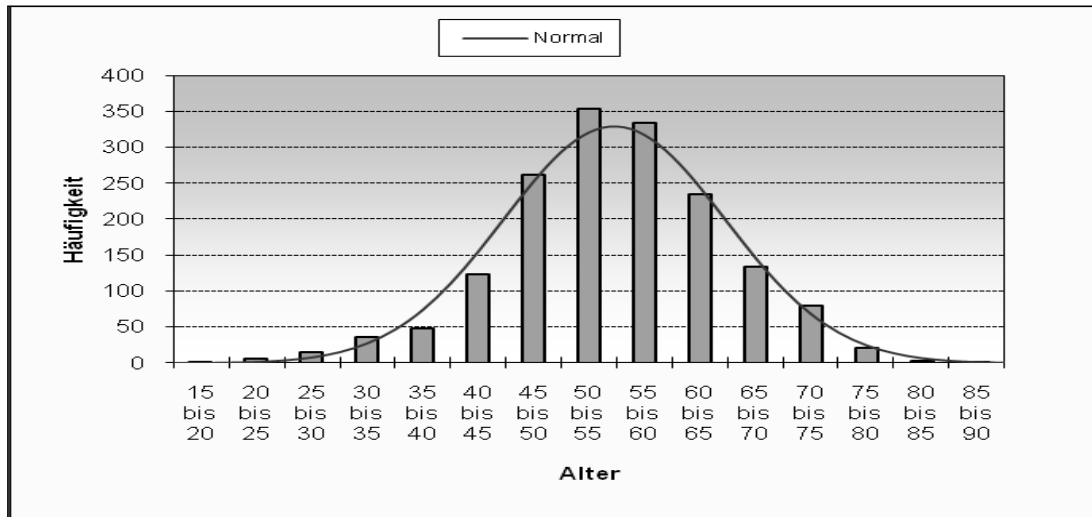
8.2.1 Grafik 1:



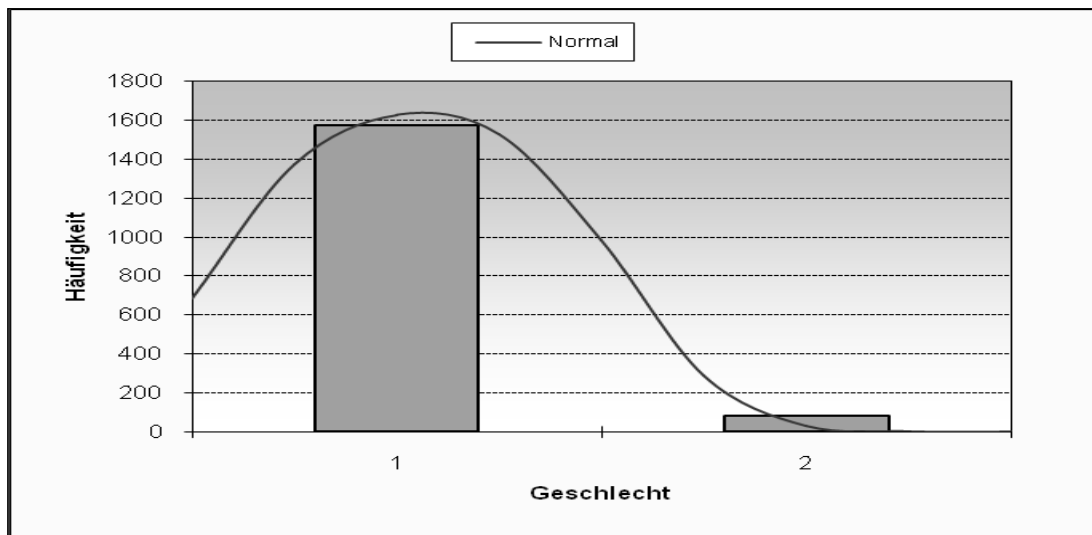
Vorderansicht

Rückenansicht

8.2.2 Grafik 2:



8.2.3 Grafik 3:



8.3 Original Fragebogen (14 Seiten)



Bonn, im November 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

2007 wurde eine Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms erarbeitet. An der Erstellung der Leitlinie haben auch Ehrenamtliche der Rheuma-Liga mitgewirkt.

Diese Leitlinie wird 2011 überarbeitet. In die Überarbeitung sollen nicht nur wissenschaftliche Erkenntnisse sondern auch **Ihre** Erfahrungen mit den verschiedenen Therapieverfahren einfließen. Daher wurde vom zuständigen Leitliniensekretariat ein Fragebogen zur Wirksamkeit von Behandlungen des Fibromyalgiesyndroms aus Sicht der Betroffenen entwickelt.

Bei der Erhebung handelt es sich um eine anonymisierte Befragung. Ihre Daten werden nicht personalisiert ausgewertet.

Wir möchten Sie bitten, die Befragung durch Ihre Teilnahme zu unterstützen.

Bitte schicken Sie den Fragebogen ohne Angabe ihrer Adresse sowohl auf dem Fragebogen als auch auf dem Rückumschlag **bis** spätestens **30.01.2011** an

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband
Maximilianstr. 14
53111 Bonn

Fax: 0228- 76 60 620

Mail: bv@rheuma-liga.de

Die Fragebögen werden von der Geschäftsstelle an das zuständige Leitliniensekretariat weitergeleitet.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Eis

Sabine Eis
Gesundheits- und Sozialpolitik

Allgemeine Fragen zur Person

1. Alter: (Jahre)
2. Geschlecht: männlich weiblich
3. **Lebenssituation:**
 - ich lebe mit Ehepartner/Partner
 - ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern.....
 - ich lebe allein.....
4. Welche **Schulbildung** haben Sie:
 - keinen Abschluss.....
 - Hauptschulabschluss.....
 - Mittlere Reife
 - Abitur.....
 - Hochschule / Fachhochschule.....
5. Wie ist Ihre **aktuelle berufliche Situation**?
 - Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r.....
 - Berufstätig
 - Krankgeschrieben.....
 - Ich plane oder habe einen Rentenantrag gestellt.....
 - Rentner.....
 - Hausfrau / Hausmann.....
6. Seit wie vielen Jahren leiden Sie unter **chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen** (Rücken und Arme und Beine)? Jahre
7. Vor wie vielen Jahren wurde bei Ihnen ein **Fibromyalgiesyndrom** diagnostiziert?
..... Jahre
8. Wie hat sich ihr Gesundheitszustand seit der Diagnose Fibromyalgiesyndrom entwickelt?
Verslechterung ausgeprägt mäßig gering
Keine Änderung
Verbesserung ausgeprägt mäßig gering

9. Sind Sie Mitglied einer Fibromyalgieselbsthilfeorganisation (z. B. Deutsche Fibromyalgie Vereinigung, Deutsche Rheuma-Liga, FMS-Selbsthilfegruppe?)

Ja Nein

10. Wurde Ihnen ein Grad der Behinderung wegen der Fibromyalgie zuerkannt?

Nein Ja „.....“ (Bitte geben Sie Einzel-GdB an, z. B. 20)

11. Sind bei Ihnen weitere schmerzhaftere Erkrankungen bekannt, die medizinisch behandelt werden?

Arthrose (Verschleiß, z. B. Knie, Hüfte, Schulter) Ja Nein

Entzündliche rheumatische Erkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, Sjögren – Syndrom, M. Bechterew) Ja Nein

Andere chronische schmerzhaftere Erkrankungen Ja Nein

Falls ja, bitte hier aufschreiben:
.....

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuellen Behandlung Ihres Fibromyalgiesyndroms?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9]
[10]

Überhaupt nicht
zufrieden

Sehr
zufrieden

Im Folgenden werden zu Ihren Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungen des Fibromyalgiesyndroms gefragt. Wenn Sie mit dem Therapieverfahren bisher nicht behandelt wurden, machen Sie bitte ein Kreuz in dem Feld „Bisher keine Behandlung“. Wenn Sie mit einem Therapieverfahren behandelt wurden und/oder zur Zeit behandelt werden, machen Sie bitte ein Kreuz in die jeweilige Spalte. Bitte beurteilen Sie die Nützlichkeit und den Schaden (z. B. Nebenwirkungen), welchen Sie durch die jeweilige Behandlung erfahren haben bzw. aktuell erfahren, auf einer von 0-10 reichenden Skala. Sie können den Nutzen und den Schaden durch jede Zahl zwischen 0 und 10 angeben. 0 bedeutet keinen, 1 einen sehr geringen, 3 einen geringen, 5 einen mäßigen, 7 einen hohen und 10 einen sehr hohen Nutzen bzw. Schaden. Bitte tragen Sie für jedes Therapieverfahren, mit dem Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden, in der jeweiligen Zeile eine Zahl von 0-10 bei Nutzen und Schaden ein. Bitte bewerten bei jedem Therapieverfahren, das sie angewendet haben, sowohl den Nutzen als auch den Schaden.

Eigenständige Aktivitäten

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Funktionstraining für Fibromyalgiepatienten					
Andere Formen Rehasport (z. B. Rückentraining)					
Aqua-Jogging					
Walking					
Schwimmen					
Radfahren					
Spazieren gehen					
Hinlegen und ausruhen					
Ablenkung (z. B. lesen, Fernsehen)					
Joga					
Entspannungsübungen					

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Muskeldehnung					
Muskelkräftigung					
Wärmetherapie (z. B. Infrarotkabine, Biosauna, warme Wannenbäder)					
Thermalbäder					
Lokale Wärmetherapie (z. B. mit Rotlicht, Wärmflasche)					
Lokale Kältetherapie (z. B. Kältepackungen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					

Physikalische Therapie und Krankengymnastik

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Krankengymnastik					
Ergotherapie					
Chirotherapie					
Osteopathie					
Massage					
Lymphdrainage					
Magnetfeldtherapie					
Lasertherapie					
Bäder (Moor, Sole, Schwefel, Stangerbad)					
Kältekammer					
TENS					
Injektionen (z. B. „Quaddeln“, Trigger Punkt Injektionen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					

Psychologische Verfahren

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Fibromalgie-Patientenschulungsprogramm					
Autogenes Training					
Progressive Muskelentspannung					
Hypnose					
Biofeedback					
Verhaltenstherapie					
Tiefenpsychologische Therapie					
Gesprächstherapie					
Paar- und Familientherapie					
Meditation					
Körpertherapie (z.B. konzentrierte Bewegungstherapie, Feldenkraistherapie, Body Awareness Therapie)					
Andere Formen von Psychotherapie (z. B. Gestalttherapie, Psychodrama)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					

Multimodale Therapien (= gleichzeitige Kombination von verschiedenen Verfahren wie psychologische Verfahren plus medizinische Trainingstherapie plus evtl. physikalische Therapien wie Bäder; multimodale Therapien werden meist stationär oder tagesklinisch angeboten)

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Schmerztagesklinik					
Psychosomatische Tagesklinik					
Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für Orthopädie oder Rheumatologie					
Rehabilitationsmaßnahme in Klinik für Psychosomatische Medizin					
Schmerzambulanz (Akutkrankenhaus)					
Klinik für Psychosomatische Medizin (Akutkrankenhaus)					
Klinik für Integrative Medizin bzw. Naturheilverfahren (Akutkrankenhaus)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					

Medikamente (siehe auch komplementäre Verfahren)

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Rheumamittel (z. B. Arcoxia, Celebrex, Ibuprofen, Voltaren.)					
Paracetamol (z. B. Benuron)					
Aspirin (z. B. ASS)					
Metamizol (z. B. Novalgin)					
Muskelentspannende Medikamente (z. B. Musaril, Tetrazepam)					
Katadolon (z. B. Flupirtin)					
Tramadol (z. B. Tramal)					
Kombination von Tramadol mit Paracetamol (z. B. Zaldiar)					
Tilidin (z. B. Valoron, Tilidin)					
Starke Opioide (z. B. Morphin, Oxygesic, Palladon, Targin, Durogesic)					
“Schmerzpflaster” (z. B. Durogesic, Fentanyl, Buprenorphin, Norspan)					
Amitriptylin [z. B. Saroten, Amineurin] - Antidepressivum					
Duloxetin [z. B. Cymbalta] - Antidepressivum					
Andere Antidepressiva wie Fluoxetin [z. B. Fluctin], Sertralin [z. B. Zoloft], Trazodon					
Antiepileptika (z. B. Pregabalin [Lyrica], Gabapentin [Neurontin])					
Schlafmittel (z. B. Stilnox, Rohypnol)					
Neuroleptika (z. B. Dogmatil, Zyprexa, Risperdal)					
.....					

(bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					

Komplementäre und alternative Verfahren

Therapieverfahren	Bisher keine Behandlung	Frühere Behandlung	Aktuelle Behandlung	Nutzen (0-10)	Schaden (0-10)
Akupunktur					
Neuraltherapie					
Homöopathie					
Tai-Chi					
Qi Gong					
Energetisches Heilen (z. B. Reiki)					
Nahrungsmittelergänzungsprodukte					
Vitaminpräparate					
Heilfasten					
Vegetarische Diät					
Eliminationsdiät					
Ernährungsumstellung					
Aromatherapie					
Fußzonenreflextherapie					
Atemtherapie					
Musiktherapie					
Tanztherapie					
Quadrantenoperation (nach Professor Bauer)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					
..... (bitte ergänzen)					

Beschwerdefragebogen

I. Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt die folgenden Beschwerden **in der letzten Woche** bei Ihnen waren, in dem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

0: Nicht vorhanden

1: Geringfügige oder mild ausgeprägt; im Allgemeinen gering und/oder gelegentlich auftretend

2: Mäßige oder deutlich ausgeprägt; oft vorhanden und/oder mäßige Intensität

3: Stark ausgeprägt: ständig vorhandene, lebensbeeinträchtigende Beschwerden

Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Probleme beim Denken oder Gedächtnis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Morgenmüdigkeit müde (nicht erholsamer Schlaf)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

II. Wurden Sie in den **letzten 6 Monaten** durch eines der folgenden Symptome geplagt?

Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch: Ja Nein

Depression: Ja Nein

Kopfschmerz: Ja Nein

Juckreiz Ja Nein

Taubheit und/oder Kribbeln Ja Nein

Übelkeit Ja Nein

Schwindel Ja Nein

III. Bitte geben Sie an, ob Sie in **den letzten 7 Tagen** Schmerzen oder Berührungsempfindlichkeit in den unten aufgeführten Körperregionen hatten. Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an, wenn diese Körperregion schmerzhaft oder druckempfindlich ist. Bitte bewerten Sie die rechte und linke Seite getrennt.

<input type="checkbox"/> Schulter, links <input type="checkbox"/> Schulter, rechts	<input type="checkbox"/> Oberschenkel, links <input type="checkbox"/> Oberschenkel, rechts	<input type="checkbox"/> Kreuz <input type="checkbox"/> Oberer Rücken (Brustwirbelsäule) <input type="checkbox"/> Nacken
<input type="checkbox"/> Hüfte, links <input type="checkbox"/> Hüfte, rechts	<input type="checkbox"/> Unterschenkel, links <input type="checkbox"/> Unterschenkel, rechts	
<input type="checkbox"/> Oberarm, links. <input type="checkbox"/> Oberarm, rechts	<input type="checkbox"/> Kiefer, links <input type="checkbox"/> Kiefer, rechts	<input type="checkbox"/> In keiner der genannten Körperregionen Schmerzen
<input type="checkbox"/> Unterarm, links <input type="checkbox"/> Unterarm, rechts	<input type="checkbox"/> Brustkorb <input type="checkbox"/> Bauch	

IV. Waren die Beschwerden, die in den Fragen I-III aufgeführt sind, in der Regel in den **letzten 3 Monaten** vorhanden? Ja Nein

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>an einzelnen Tagen</i>	<i>an mehr als der Hälfte der Tage</i>	<i>beinahe jeden Tag</i>
1 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8.4 Teilnehmende Zentren/Studienorte

- 1) Rheumaliga
- 2) DFV
- 3) W. Häuser, Klinik für Innere Medizin 1, Klinikum Saarbrücken GmbH und Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München
- 4) B. Erbslöh-Möller, Rheumatologische Praxis, Neunkirchen
- 5) H. Kühn-Becker, Praxis für Schmerztherapie und Psychotherapie, Zweibrücken
- 6) J. Langhorst, Klinik Innere Medizin V (Integrative Medizin) Kliniken Essen-Mitte, Essen
- 7) R. Thoma, Algesiologikum München
- 8) M. Gesmann, Praxis für Innere Medizin, Psychosomatische Medizin und Schmerztherapie, Herford
- 9) T. Weiss, Praxisklinik Dr. Weiss, Mannheim
- 10) Winkelmann, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München
- 11) F. Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

8.5 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Hr. PD Dr. med. W. Häuser, der mir diese Doktorarbeit ermöglicht hat und die ausgezeichnete Betreuung, die er mir hat zukommen lassen.

Insbesondere danke ich von ganzem Herzen meinen Eltern Werner und Marlene Jung, die mich mein ganzes Studium lang so tatkräftig unterstützt haben.