



Neue Kriterien zur Erfassung von Fibromyalgie-Syndromen

Im Mai 2010 hat die ACR (American college of Rheumatology) neue Kriterien zur Diagnose des Fibromyalgie-Syndroms (FMS) herausgegeben.

Die bisherigen Kriterien sahen ein positives FMS, wenn definierter Druckschmerz bei mehr als 11 von 18 Schmerzpunkten (Tenderpoints) auftrat und ein großflächiger Schmerz (chronic widespread pain) in allen Körpervierteln mehr als 3 Monate bestand. Eine entzündliche, rheumatische Erkrankung musste ausgeschlossen sein.

Die Untersuchung der Tenderpoints wird nicht mehr empfohlen, stattdessen stützt sich die Diagnosestellung ausschließlich auf die anamnestischen Angaben der Patienten.

Das Fibromyalgie-Syndrom wird nach dieser Vorgehensweise in **3 Schritten** diagnostiziert.

Im ersten Teil werden 19 Körperabschnitte ausgewiesen, die Anzahl der schmerzhaften Zonen wird addiert. Es handelt sich hierbei um den **Widespread-Pain-Index (WPI)**. Hier gibt der Patient an, in wie vielen Arealen er in der letzten Woche Schmerzen hatte. Der Wert kann zwischen 0 und 19 liegen.

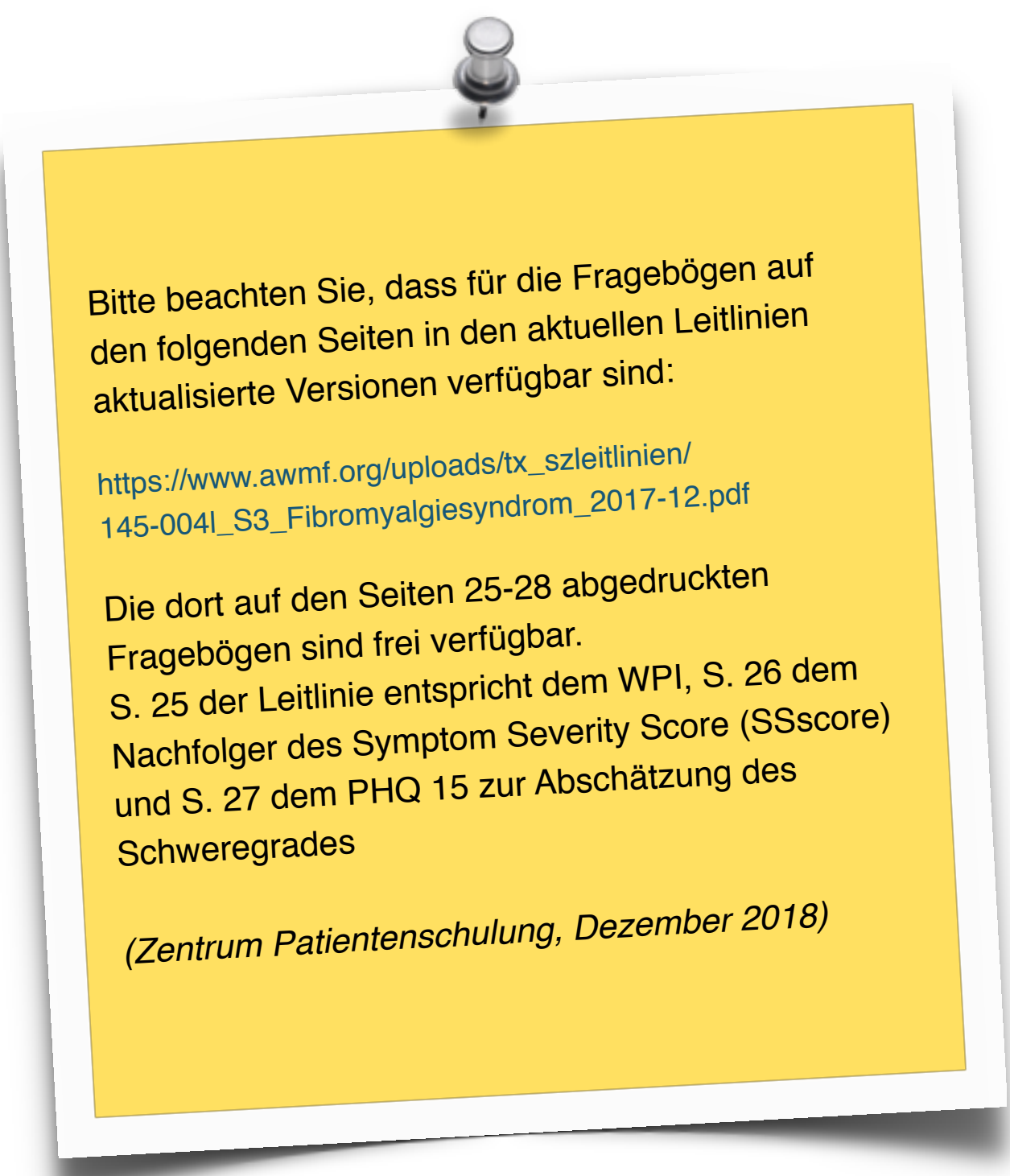
Im zweiten Teil wird die Symptom Severity Scale (SS-Skala) eingesetzt. Dabei wird die Schwere von drei Symptomen erfasst (Müdigkeit, nicht erholsamer Schlaf und Merk- und Konzentrationsstörungen) und zusätzlich das generelle Auftreten von weiteren somatischen Symptomen. Die maximale Punktzahl beträgt 12.

In Teil 2a wird nach der Schwere des Auftretens von Müdigkeit, unerholsamen Schlaf und Merkfähigkeit gefragt (Schweregrad 0-3). Die erreichte Punktzahl wird addiert.

In Teil 2b wird nach der Schwere von 41 Symptomen gefragt. Die Anzahl der Symptome wird in eine Skala von 0-3 eingeordnet. Aus der Anzahl von schmerzhaften Körperzonen und Punktzahlen wird die Diagnose gestellt. Der Beobachtungszeitraum ist die letzte Woche vor Fragestellung.

Eine Patientin, ein Patient erfüllt die Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms, wenn folgende drei Bedingungen zutreffen:

1. Teil 1 ist größer oder gleich 7 und der Schweregrad aus Teil 2a+b ist größer oder gleich 5
Oder
Teil 1 ist zwischen 3 und 6 und
Teil 2a+b gleich oder größer als 9.
2. Die Beschwerden bestehen in dieser Ausprägung länger als die letzten 3 Monate.
3. Sie haben keine andere Erkrankung, die Ihre Schmerzen erklären könnte.



Bitte beachten Sie, dass für die Fragebögen auf den folgenden Seiten in den aktuellen Leitlinien aktualisierte Versionen verfügbar sind:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-004I_S3_Fibromyalgiesyndrom_2017-12.pdf

Die dort auf den Seiten 25-28 abgedruckten Fragebögen sind frei verfügbar.

S. 25 der Leitlinie entspricht dem WPI, S. 26 dem Nachfolger des Symptom Severity Score (SSscore) und S. 27 dem PHQ 15 zur Abschätzung des Schweregrades

(Zentrum Patientenschulung, Dezember 2018)



Fragebogen zur Erfassung des Fibromyalgie-Syndroms

Um die folgenden Fragen zu beantworten, berücksichtigen Sie als Betroffene(r) folgendes: Wie habe ich mich in der **vergangenen Woche** gefühlt?

- unter der laufenden Therapie und Behandlung
- ohne Schmerzen oder Beschwerden von anderen bekannten Erkrankungen zu berücksichtigen

Teil 1 Widespread-Pain-Index (WPI)

Kontrollieren Sie jede Zone des Körpers, die in der **letzten Woche** Schmerzen verursacht hat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schultergürtel links | <input type="checkbox"/> Unterschenkel links |
| <input type="checkbox"/> Schultergürtel rechts | <input type="checkbox"/> Unterschenkel rechts |
| <input type="checkbox"/> Oberarm links | <input type="checkbox"/> Kiefer links |
| <input type="checkbox"/> Oberarm rechts | <input type="checkbox"/> Kiefer rechts |
| <input type="checkbox"/> Unterarm links | <input type="checkbox"/> Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> Unterarm rechts | <input type="checkbox"/> Bauch |
| <input type="checkbox"/> Hüfte links | <input type="checkbox"/> Nacken |
| <input type="checkbox"/> Hüfte rechts | <input type="checkbox"/> Oberer Rücken |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel links | <input type="checkbox"/> Unterer Rücken |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel rechts | <input type="checkbox"/> Keine Zone |

Zählen Sie die Anzahl der Zonen zusammen und geben Sie Ihren „Großflächigen Schmerzindex“ (Widespread Pain Index WPI) hier ein (zwischen 0 und 19):

. Punktzahl



Teil 2a Symptom-Schweregrad (Symptom Severity Score SS score)

Geben Sie den Grad der Schwere Ihrer Beschwerden während der letzten Woche in der folgenden Tabelle ein:

Müdigkeit

0 = kein Problem

1 = leichte oder milde Probleme, im Allgemeinen mild oder zeitweise auftretend

2 = mäßig bis deutliche Probleme; häufig und/oder auf einem mittelmäßigem Niveau

3 = heftig, durchdringend, dauerhaft, stört das Leben

Nicht erholsamer Schlaf

0 = kein Problem

1 = leichte oder milde Probleme, im Allgemeinen mild oder zeitweise auftretend

2 = mäßig bis deutliche Probleme; häufig und/oder auf einem mittelmäßigem Niveau

3 = heftig, durchdringend, dauerhaft, stört das Leben

Merk- und Konzentrationsstörungen

0 = kein Problem

1 = leichte oder milde Probleme, im Allgemeinen mild oder zeitweise auftretend

2 = mäßig bis deutliche Probleme; häufig und/oder auf einem mittelmäßigem Niveau

3 = heftig, durchdringend, dauerhaft, stört das Leben

Zählen Sie die entsprechenden Punktzahlen zusammen und geben Sie diese hier ein

. Punktzahl



Teil 2b Symptom-Schweregrad (Symptom Severity Score SS score)

Geben Sie jedes der folgenden anderen Symptome an, das Sie in der **letzten Woche** gehabt haben:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerz | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Reizdarmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Ermüdung | <input type="checkbox"/> Kalte Hände, kalte Füße |
| <input type="checkbox"/> Denk- oder Erinnerungsprobleme | <input type="checkbox"/> Nesselsucht |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Brechreiz |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, Krämpfe | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit, Kribbeln | <input type="checkbox"/> Geschwüre i. d. Mundschleimhaut |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Geschmacksminderung, -verlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Trockene Augen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Unterbauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitverlust |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Sonnenlichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Verschwommenes Sehen | <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> Schmerzhaftes Wasserlassen |
| | <input type="checkbox"/> Blasenkrämpfe |

**Auswertung Teil 2b**

<input type="checkbox"/>	0 Symptome	= Null Punkte
<input type="checkbox"/>	1-10 Symptome	= 1 Punkt
<input type="checkbox"/>	11-24 Symptome	= 2 Punkte
<input type="checkbox"/>	25 oder mehr	= 3 Punkte

. Gesamtpunktzahl Teil 2a und 2b

Zählen Sie Teil 2a und 2b zusammen.

Dies ist Ihr Grad der Symptomschwere von 0 bis 12.

Was bedeutet Ihr Schweregrad?

Eine Patientin, ein Patient erfüllt die Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms, wenn folgende drei Bedingungen zutreffen:

1. Teil 1 ist größer oder gleich 7 und der Schweregrad aus Teil 2a+b ist größer oder gleich 5
oder
Teil 1 ist zwischen 3 und 6 und
Teil 2a+b gleich oder größer als 9
2. Die Beschwerden bestehen in dieser Ausprägung länger als die letzten drei Monate.
3. Sie haben keine andere Erkrankung, die Ihre Schmerzen erklären könnte.



Meine Behandlungen und Therapien

Denken Sie bitte an Ihren bisherigen Krankheitsverlauf und Ihre Beschwerden:

Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Erkrankung und Ihre Beschwerden zu behandeln?

[illegible]



Meine Medikamente in der Übersicht

Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen:

Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
----------------------	--	------------------------------------

Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
--------------------------	--	--

Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
----------------------	--	------------------------------------

Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
--------------------------	--	--

Medikamente, die Sie nach Bedarf einnehmen:

Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
----------------------	--	------------------------------------

Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
--------------------------	--	--

Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
----------------------	--	------------------------------------

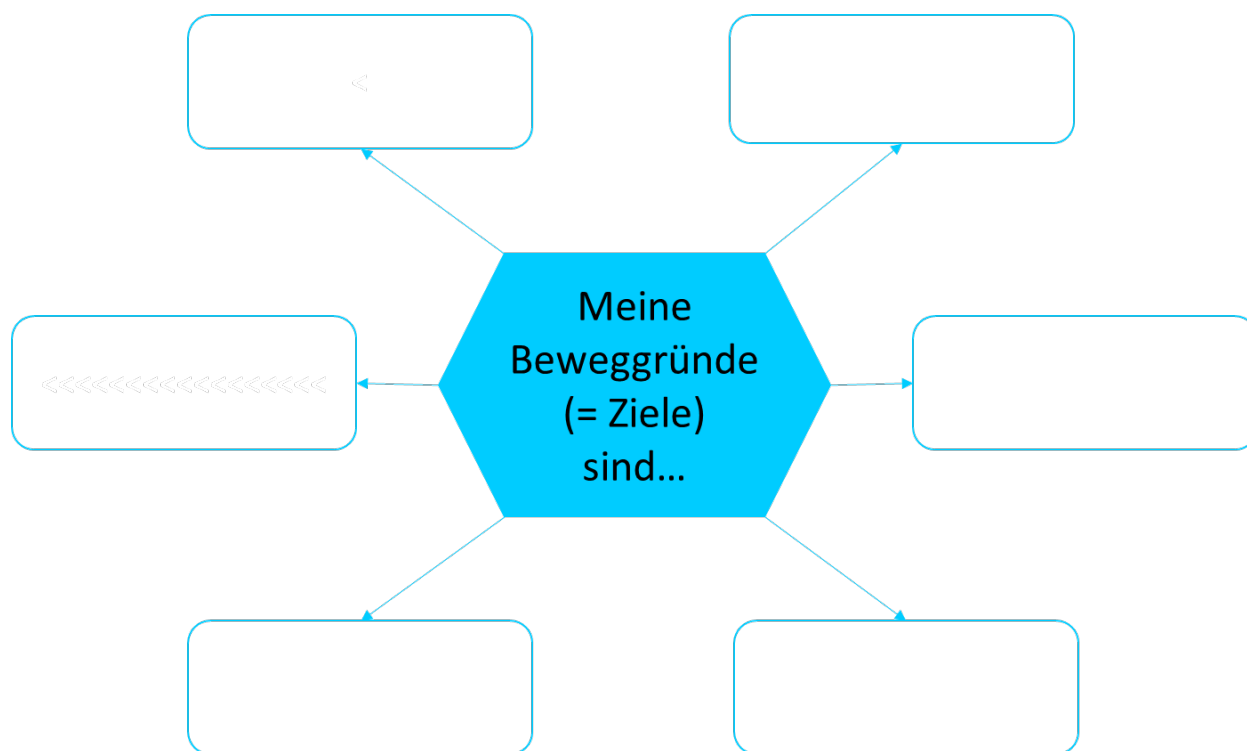
Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
--------------------------	--	--

**Medikamente, die Sie früher schon mal eingenommen haben:**

Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
<hr/>		
Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
<hr/>		
Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
<hr/>		
Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
<hr/>		
Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
<hr/>		
Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
<hr/>		
Name des Medikaments	Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)	Einnahme (z. B. 2 x 1 Tablette)
<hr/>		
Wirkung, Verträglichkeit	Notizen (z. B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten)	
<hr/>		



Ich will mit Bewegung folgendes erreichen...





„Vom Vorsatz in die Tat“

Mein Ziel, Vorsatz

(z. B. Ich will meine
Muskeln kräftigen)

Sie legen fest, Was Sie durchführen möchten, Wo, Wie viel und Wie lange und Wie oft sie die Übung durchführen, Wann und eventuell mit Wem sie stattfinden sollte.

Mein Bewegungsplan (z. B. Fitnessstudio, Gymnastik)

Was

Wo

Wie viel, wie lange

Wie oft

Wann

Mit Wem

Mögliche Hindernisse

Lösungsideen

Für ein Ziel können Sie auch mehrere Aktivitäten planen.



Wochenplan meiner Aktivitäten

Tag	Aktivität	Umsetzung	Bemerkung	Stimmung
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Umsetzung: ✓ = voll; • = teilweise; — = gar nicht

Überprüfen

Nach ein paar Wochen notieren Sie bitte:

Was hat Ihnen gefallen?

Was hat geklappt?

Was hat es erschwert?

Anpassen

Passen Sie dann Ihren Handlungsplan an und erstellen Sie einen neuen Plan für die nächsten Wochen.

Belohnen

Gönnen Sie sich etwas Gutes und belohnen sich für Ihr Durchhaltevermögen. Vielleicht durch Konzertbesuch, Oper, Museum, Wellnesswochenende oder etwas anderes das ihnen gut tut!