

*Neue praktische Diagnose chronischer
Schmerzen: Noziplastischer Schmerz –
«chronisch» im ICD-11
und die sog. Körperstressstörung
(somatische Belastungsstörung)*

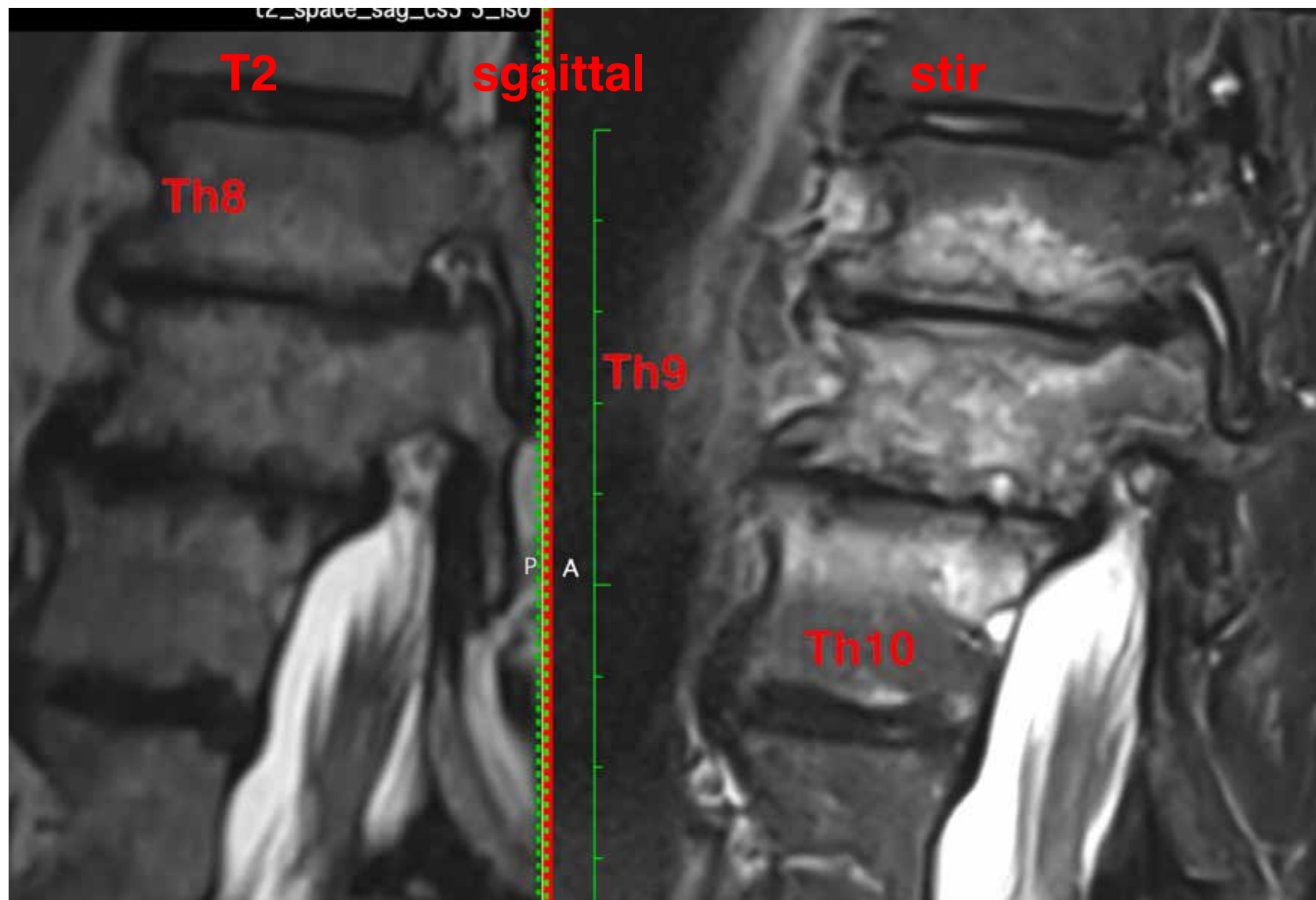
Dr. med. Ulrich W. Böhni
Ärztezentrum **ZeniT** AG
CH-8200 Schaffhausen

Fall: Patientin f *1963

- Posttraumatische Belastungsstörung im Hintergrund / Kindheit
- Multilokuläre Schmerzen wechselnd ausgeprägt: lumbosakral – Becken-Bein linksbetont; Kopfschmerz chronisch; Schulter-Arm-Schmerz rechts. Schwere stabile lumbale Skoliose.
- Jobverlust, körperliche Inaktivität, sozialer Rückzug . . .
- Arbeitsdiagnose beim Psychiater/Ärzte: **F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren**

Fall: Patientin f *1963

- meldet sich selbständig für Zweitmeinung wegen . . .
- «Anderen» Schmerzen - stark Alltags-Bewegungen und Schlaf einschränkend tief-thorakal gürtelförmig
- therapieresistent Physio & Chiropraktik («*alles nur schmerzhaft*»)
- A: IZ als Hyperalgesie ab ca. Th6/7 bds; Dysfunktionen ungerichtet; Angulus costae Hyperalgesie Th7-9 rechtsbetont.
Massiver globaler Flexionsschmerz.
- M: Sehr schmerzhafter Hartspannstrang/Hyperalgesie Erector spinae untere BWS
- N: nichts
- → «stimmt nicht, passt nicht zur Basisdiagnose F45.41 → MRI !



Fall: Patientin f *1963

- **MRI:** hochgradig erosiv aktive Osteochondrose MODIC I Th8/Th9(/Th10)
- Therapie: NSAI hochdosiert – partiell gebessert
→ *Schmerzintervention beseitigt thorakale und tief-interscapuläre Schmerzen und Befunde*
- *Diese Erkenntnis ermöglichte mit Patientin, Hausarzt, Psychologen ein differenzierteren Umgang mit der bisherigen Diagnose F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren*
Beachte: diese Diagnose gehört zu den somatoformen Störungen
- *Etablierung eines Settings von Aufklärung/Edukation betreffs noziplastischer Schmerzen, manuelle Therapien/Physiotherapien, Eigenaktivitäten, Verhaltenstherapeutische Aspekte*

Dilemma „chronisch“

- „chronisch“ – rein auf der Zeit-Achse definiert: → Fokus:
chronischer Patient hat auch eine Dynamik –
unter anderen Voraussetzungen, weil die zentrale Schmerzverarbeitung
global dysfunktional ist
- Bisherige Diagnosen im Umfeld „chronische Schmerz“ gaben dem
Schmerz zwar einen eigenen Stellenwert:
ABER was fehlte : → „Bio“: Zeichen der zentralen Sensibilisierung
(Klinik!)
Nozioplastische pathogenetische Komponente

Dilemma „chronisch“

- **Cave:** Differentialdiagnose nicht erkannter „struktureller“ Diagnosen
- Es braucht eine Schmerzdiagnose / eine Schmerzanalyse
→ hier: **zusätzliche lokoregionäre** Sensibilisierung – KLINISCHE Diagnose!
- sprich: suche allfällig aktivierte Nocizeption und Zeichen der Noziplastizität

ICD-10 Chronischer Schmerz

- KEINE Diagnose, die der **bio-psycho-sozialen** Natur chronischer Schmerzen Rechnung trägt
- → nur in ICD-10-deutsch später: (2010 Nilges, Rief et. al.)
„F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ aufgenommen
- Problem: Die Patienten mussten die Etikette einer psychischen Störung erhalten: F45.41 ist eine somatoforme Erkrankung !
→ nicht jeder chronische Schmerzpatient hat eine psychische Störung
- Wenn doch, dann soll diese separat diagnostiziert werden !
- 2. Problem: chron. Schmerz plötzlich als primäre psychisches Problem: **somatoforme Schmerzstörung**: nach Ausschluss somatischer Ursachen
→ unhaltbarer Dualismus Soma ⇔ Psyche ??bio-psycho-sozial??

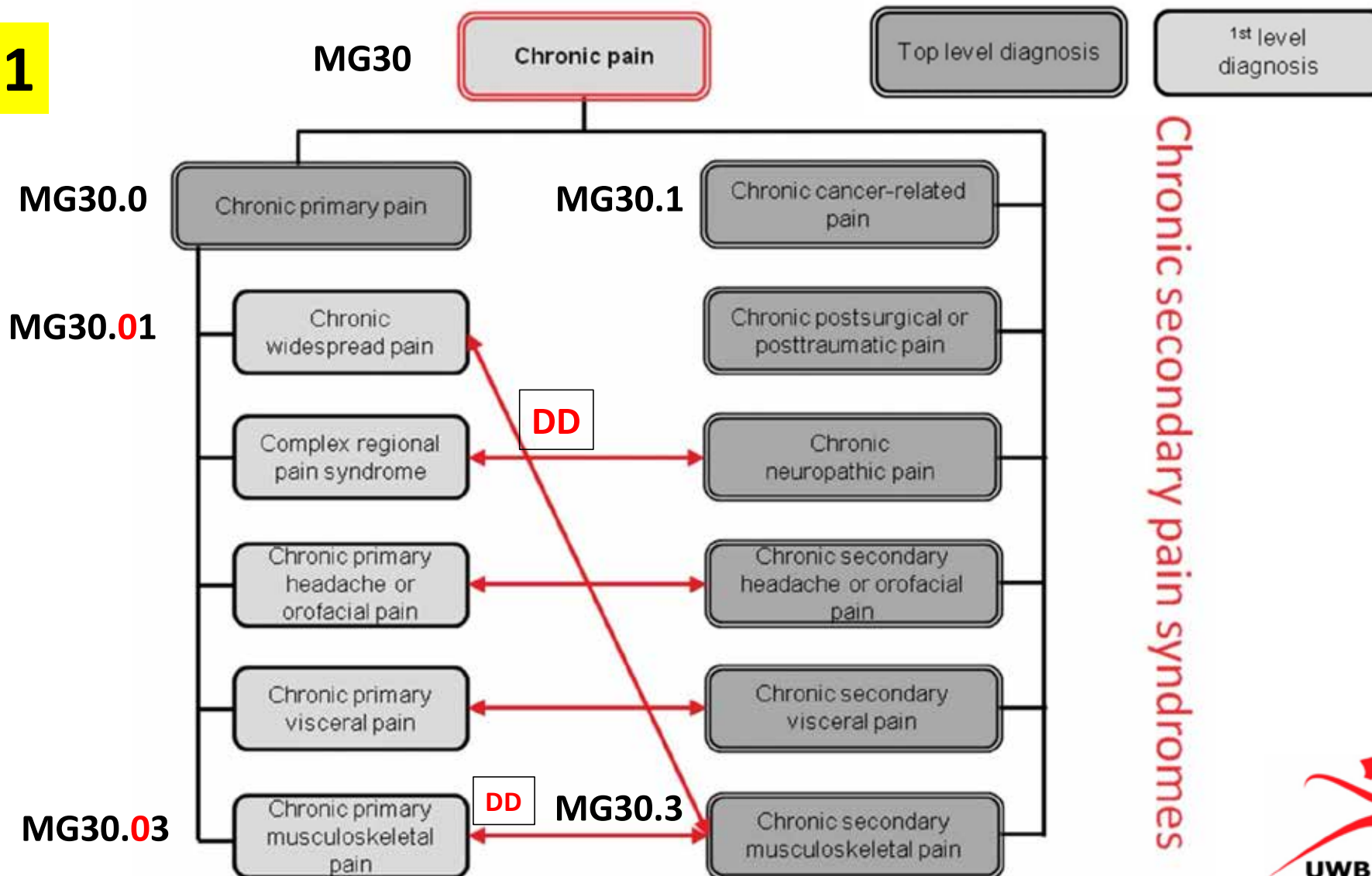
Was möchte die Schmerzdiagnostik ICD-11?

- *Die allen Erkenntnissen widersprechende Dichotomie von „psychischen“ und „somatischen“ chronischen Schmerzen auflösen.*
- **MG30.0 Chronische Schmerzen:** Kapiteldefinition
Übernahme der aktuellen Def. von Schmerz (IASP/Raja et al., 2020)
Schmerz als unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, mit einer tatsächlichen oder potentielle Gewebeschädigung verbunden ist oder dieser ähnelt. **ZNS-Verarbeitung und -Interpretation.**
- Operational: > 3 Monate anhalten oder wiederkehren.
- sind multifaktoriell: biologische, psychologische und soziale Faktoren tragen zum Schmerzsyndrom bei

Taxonomie chronischer Schmerz ICD-11: MG30

- Unterteilt in **chronische primäre** und **chronische sekundäre** Schmerzen: d.h. haben sich diese **aus einer def. Grunderkrankung entwickelt (=sekundär)** oder **eben nicht (= primär)**
- alle Schmerzen werden **bio-psycho-sozial** aufgefasst,
→ Aufteilung in chronische primäre und sekundäre Schmerzen:
keine Aussagen über
 - physiologische Prozesse (neuroplastische Prozesse) oder
 - psychologische Prozesse.
- **7 Hauptkategorien: chronisch primäre und 6 chronisch sekundäre Schmerzen**

ICD-11



ICD-11

MG30.0 Chronische primäre Schmerzen

MG30.00 Chronische primäre viszerale Schmerzen

MG30.01 Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom (als Unterdiagnose: Fibromyalgie)

MG30.02 Chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen

MG30.03 Chronische primäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen

MG30.04 Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)

MG30.1 Chronische krebsassoziierte Schmerzen

MG30.2 Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen

MG30.3 Chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen

MG30.4 Chronische sekundäre viszerale Schmerzen

MG30.5 Chronische neuropathische Schmerzen

MG30.6 Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen

Chronische Schmerzen (MG30):

Schmerzen, die länger als 3 Monate andauern oder wiederkehren.



MG30.0 Chronische primäre Schmerzen

MG30.0 Chronische primäre Schmerzen

- A. Es liegen chronische Schmerzen vor (länger als **3 Monate** anhaltend oder **wiederkehrend**)
- B. Die Schmerzen sind mit mindestens einem der folgenden Punkte verbunden:
 - B.1 Es liegt eine schmerzbedingte emotionale Belastung vor.
 - B.2 Die Schmerzen beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Teilhabe (Partizipation). Z.B. AUF
- C. Die Schmerzen sind nicht besser durch eine andere (sekundäre) chronische Schmerzerkrankung zu erklären
- Es können somatische Faktoren zum Schmerz beitragen
- KEINE Zuordnung mehr zu psychischen Störungen!

MG30.01

Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom
CWP chronic widespread pain

MG30.01

Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom

- Kriterien (es gelten die Grundsätze bei MG30.0 - Unterkategorie)
- **A. Chronische Schmerzen:** anhaltend oder wiederkehrend seit mehr als **3** Monaten) sind in mindestens **4 von 5 Körperregionen** vorhanden
Kopf - Rumpf (Brust, Bauch) - Obere Extremitäten (Arme, Hände) - Untere Extremitäten (Beine, Füße) - Wirbelsäule
- **B.** Die Schmerzen sind mit mindestens einem der folgenden Punkte verbunden:
 - **B.1** Es liegt eine schmerzbedingte emotionale Belastung vor.
 - **B.2** Die Schmerzen beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Teilhabe. Z.B. AUF

MG30.01

Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom

- Kriterien:
- C. nicht direkt auf einen *nozizeptiven* Prozess in diesen Regionen zurückzuführen.
- D. «Bio-Psycho-Sozial»: Merkmale → *noziplastischer Schmerzen* *nachweisbar* und psychologische und soziale Faktoren diagnostiziert sind.
- Inkludiert «Fibromyalgie-Syndrom»

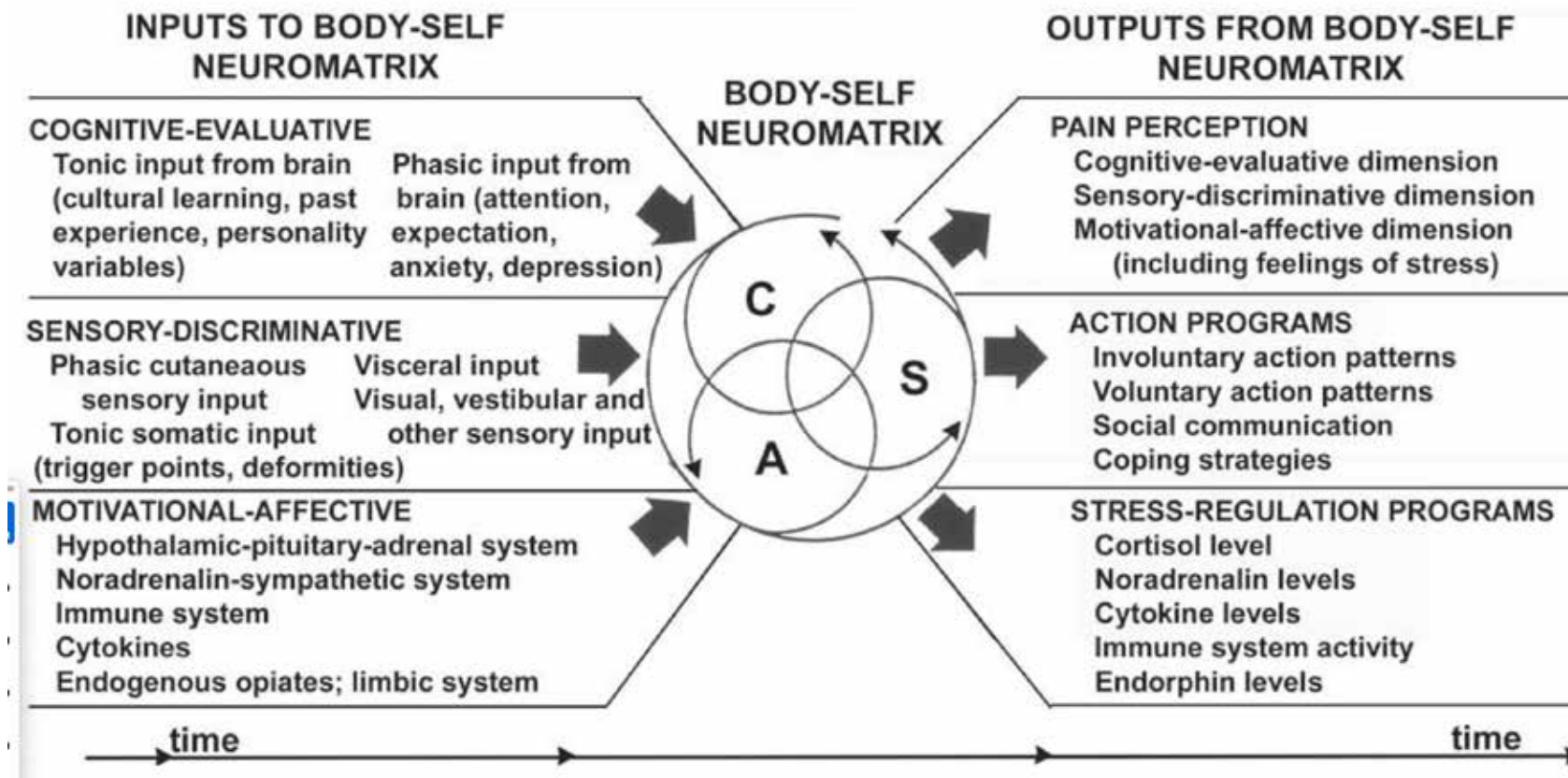
MG30.02 Chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen → (Noch?) nicht „CWP“

- A. Es bestehen chronische Schmerzen (anhaltend oder wiederkehrend über mehr als 3 Monate) in den muskuloskelettalen Strukturen
- B. Die Schmerzen sind mit mindestens einem der folgenden Punkte verbunden:
 - B.1 Es liegt eine schmerzbedingte emotionale Belastung vor.
 - B.2 Die Schmerzen beeinträchtigen die Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Teilhabe.
- C. nicht direkt auf einen nozizeptiven Prozess in diesen Regionen zurückzuführen.
- D. «Bio-Psycho-Sozial»: Merkmale → **noziplastischer Schmerzen** nachweisbar und psychologische und soziale Faktoren diagnostiziert sind.

Pain and the Neuromatrix in the Brain

Ronald Melzack, Ph.D.

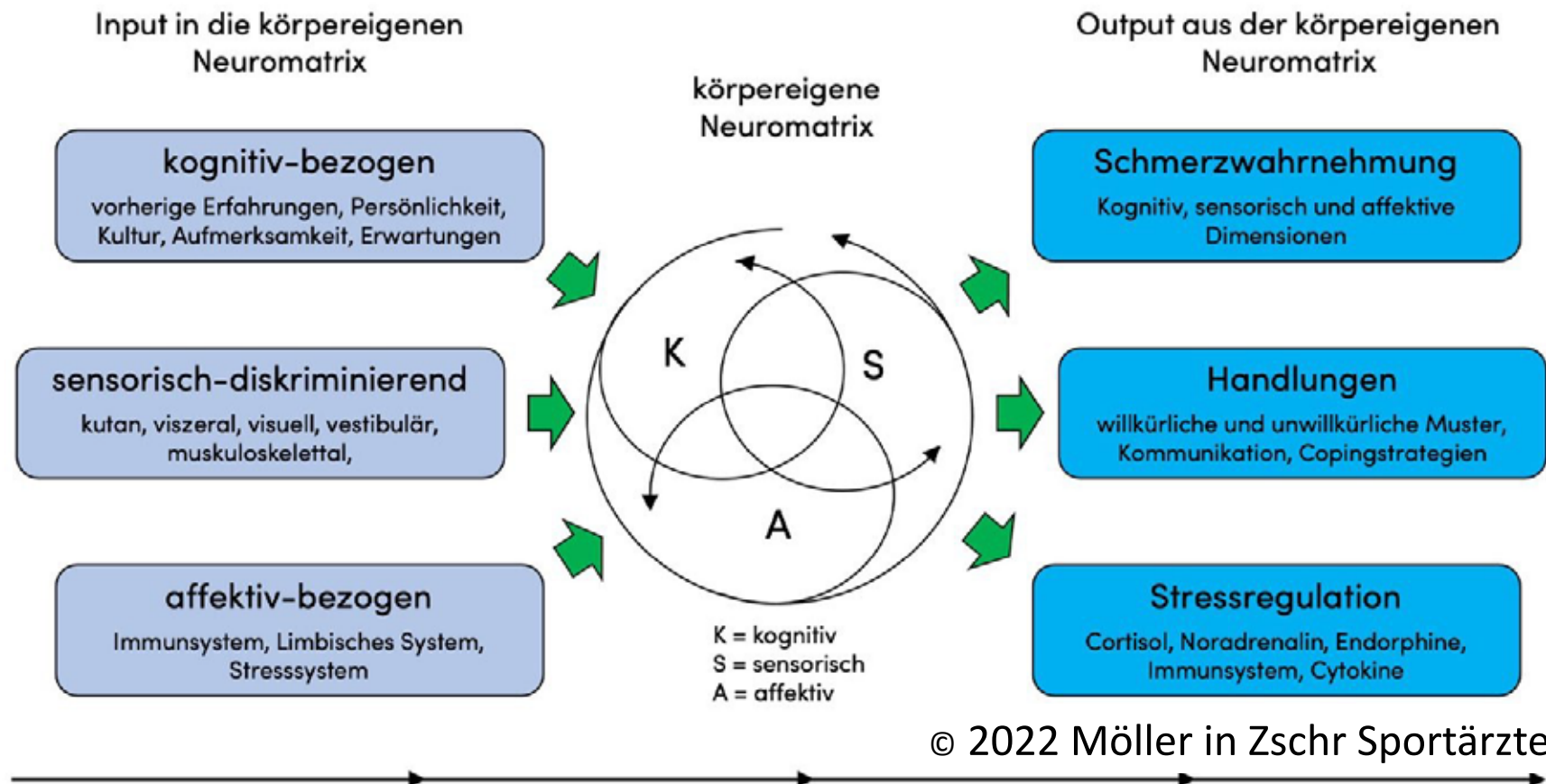
2001; Journal of Dental Education, 65;12: 1378



Pain and the Neuromatrix in the Brain

Ronald Melzack, Ph.D.

2001; Journal of Dental Education, 65;12: 1378



- *Pain: E. Kosek et al. 157 (2016) 1382–1386*

Nociplastic Pain

Topical Review

PAIN[®]



Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states?

Eva Kosek^{a,*}, Milton Cohen^b, Ralf Baron^c, Gerald F. Gebhart^d, Juan-Antonio Mico^e, Andrew S.C. Rice^f, Winfried Rief^g, A. Kathleen Sluka^h



Nozizeption und Schmerz

- **Nozizeption** ist die Aktivierung des nozizeptiven Systems durch schädliche Reize
- **Schmerz** ist ein komplexes Erlebnis: mit einer
 - **sensorisch-diskriminierenden** und einer
 - **affektiv-emotionalen Komponente** → „Leiden“

Nozizeptiver Schmerz

- schädliche Reizung oder pathologische Gewebeprozesse
- Physiologischer nozizeptiver Schmerz = Schutzfunktion
- Pathologischer nozizeptiver Schmerz
 - durch Gewebeverletzungen und Entzündungen
 - Hyperalgesie („Entzündung“ / *periphere* Sensibilisierung)
- Ev. Dynamik spinal z.B. Allodynie
 - zentrale (i.R. spinale) Mechanismen

Neuropathischer Schmerz

- Nervenzellen selbst durch einen Krankheitsprozess geschädigt; peripher (Diskushernie) oder zentral
- **anormale Schmerzempfindungen** (z. B. brennende Schmerzen, elektrisierende Schmerze)
- **Pathologische Aktionspotentiale → „durchbricht“ die hemmenden Systeme**
-

Nozizplastischer Schmerz I

- erhöhte Schmerzempfindlichkeit (Hypersensitivität), die nicht
 - nicht durch eine Gewebeverletzung oder Entzündung (nozizeptiver Schmerz)
 - nicht durch neuropathische Mechanismen bedingt ist
- Kombinierte neuronale Hypersensibilität, die im NS entsteht: periphere, spinale, supraspinale Dysfunktionen
- Beispiel: sog. «Fibromyalgie» kann als noziplastischer Schmerz gesehen werden → CWP MG 30.01

Nozizplastischer Schmerz II

- **Überempfindlichkeit** gegenüber **schmerzhaften** und **nicht schmerzhaften** sensorischen Reizen
- Typische Begleiterscheinungen (def. Komorbiditäten):
 - Müdigkeit,
 - Schlafstörungen mit häufigem Aufwachen,
 - kognitive Störungen,
 - Überempfindlichkeit gegenüber Umweltreizen,
 - Angstzustände und depressive Verstimmung
- Mechanismus: generell anhaltende zentrale Sensibilisierung (**Dysfunktion \Leftrightarrow nicht neuropathisch!**)

IASP 2021

- *2014 Clinical Criteria for **Predominant Central Sensitization Pain***
- → *IASP 2021 Clinical Criteria for Nociceptive Pain*







Journal of
Clinical Medicine

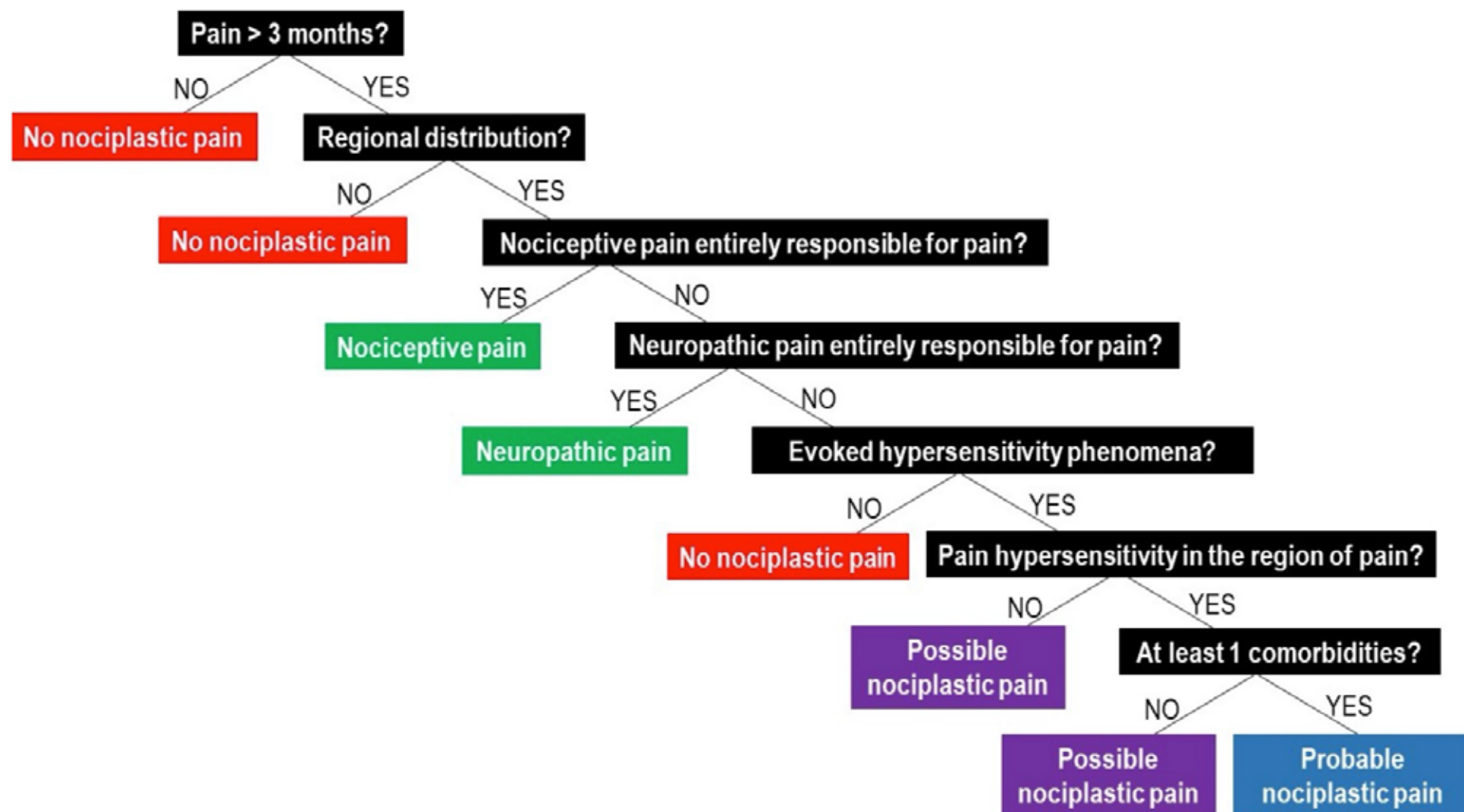


Review

Nociceptive Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future

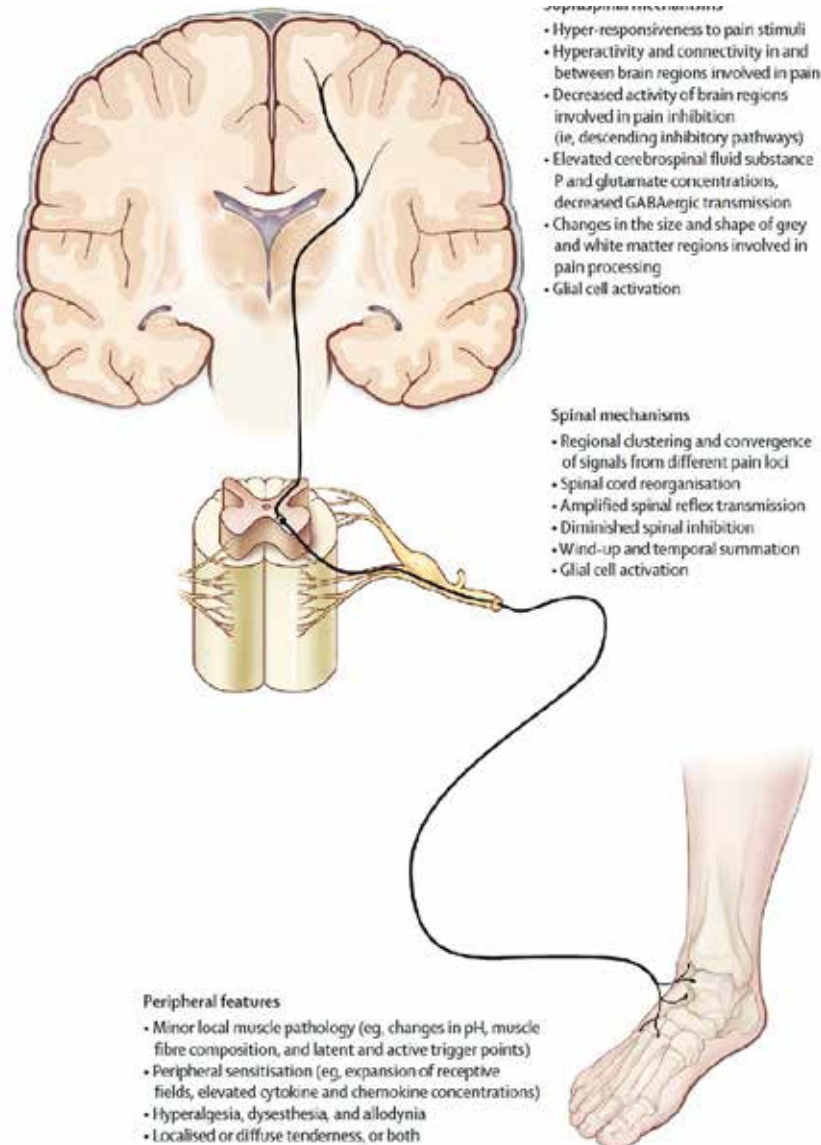
Jo Nijs ^{1,2,3,*} , Astrid Lahousse ^{1,4} , Eleni Kapreli ⁵, Paraskevi Bilika ⁵ , İsmail Saraçoğlu ⁶ ,





Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions *Fitzcharles et al.*

- Lancet 2021; 397: 2098–110





- Supraspinal mechanisms**
- Hyper-responsiveness to pain stimuli
 - Hyperactivity and connectivity in and between brain regions involved in pain
 - Decreased activity of brain regions involved in pain inhibition (ie, descending inhibitory pathways)
 - Elevated cerebrospinal fluid substance P

Supraspinale Mechanismen

- Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzreizen
- Hyperaktivität und Konnektivität in und zwischen den an Schmerzen beteiligten Hirnregionen
- Verminderte Aktivität der an der Schmerzhemmung beteiligten Hirnregionen (d. h. absteigende inhibitorische Bahnen)
- Erhöhte Konzentrationen der Substanz P und von Glutamat in der zerebrospinalen Flüssigkeit, verminderte GABAerge Übertragung
- Veränderungen in Größe und Form der an der Schmerz-Verarbeitung beteiligten Regionen der grauen und weißen Substanz
- Aktivierung von Gliazellen

Peripheral features

- Minor local muscle pathology (eg, changes in pH, muscle fibre composition, and latent and active trigger points)
- Peripheral sensitisation (eg, expansion of receptive fields, elevated cytokine and chemokine concentrations)
- Hyperalgesia, dysesthesia, and allodynia
- Localised or diffuse tenderness, or both



Diagnose „noziplastische Schmerzen“

■ Noziplastische Schmerzen: Klinische Diagnose

- → Zeichen der noziplastischen Veränderung
- Ist eine „Zentrale Dysfunktion“ des ZNS
- = noziplastische Schmerzen \Leftrightarrow *nozizeptive* und *neuropathische* Schmerzen

■ Noziplastische Schmerzen: Diagnose anamnestisch

- Validierte assoziierte Komorbiditäts-Symptome
(beinhaltet keine psychische Dysfunktion/Diagnose per se)

Zeichen „noziplastische Schmerzen“

- **Allodynie:** Berührung schmerzt auf unveränderter Haut, Bewegung schmerzt
- **Wind up und Spontanschmerzen:**
 - Schmerz hält an nach Wegfall der Noxe, Spontanschmerz
- **Ausdehnung rezeptiver Felder**
- **Hyperalgesie / Sensibilisierung**
 - Übermäßige Schmerzreaktion auf schmerzhaften Reiz, Desinhibition
- **Politope ausgeweitete mechanisch Hyperalgesie / Dysfunktion Antinozeption**
 - Chronisches ausgebreitetes Schmerzsyndrom
- **validierte Komorbiditäten bei noziplastischem Schmerz** **Anamnese**
 - *erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen, Licht und/oder Gerüchen,*
 - *Schlafstörungen mit häufigem nächtlichen Aufwachen, allg.Müdigkeit/ «fatigue»*
 - *kognitive Probleme*

Fall: Patientin, 63-jährig, Teilpensum Sachbearbeitung

- 30%-IV-Rente wegen «Schmerzkrankheit» nach Gutachtens-Exodus
- 1. Phase 2016-2024
 - Therapien und Abklärungen wegen »lumbaler Diskushernie«, erfolglose Dekompression: Schmerzexazerbation / Ausweitung Symptome
(Review 3xMRI und Krankengeschichte: weder Neurokompression noch LRS!)
 - Therapie und Abklärungen Schmerzen untere HWS mit Armschmerzen links:
 - «Körperhemialgesie» links- weitere Ausweitung der Symptome:
 - 2024 Diagnose:
«*Chronisches primäres Schmerzsyndrom MG 30.0*» bzw. «*chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom MG 30.01*» (ICD-11) →

Fall: Patientin, 63-jährig

1. Phase 2016-2024

- Typische Kombination mit schmerzbedingter emotionaler Belastung und Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der sozialen Teilhabe (➔ *das ist keine psychische Erkrankung!*)
- Nur teilweise «Entspannung» der Situation nach Aufklärung, Abbruch der «Abklärungskaskaden», auch psychol. Beratungen und Klärung der Sozialversicherungsfragen
- 2024: Psychiater und Hausarzt: Somatoforme Schmerzkrankheit ? «*Hat ja keine körperlichen Befunde . . .*»
- Keine strukturpathologischen Befunde **aber** Körperhemialgesie, multiple sensibilisierte Befunde myofaszial, Allodynie-Zonen
➔ 2024 **MG30.1** / **noziplastischer Schmerz** im Vordergrund

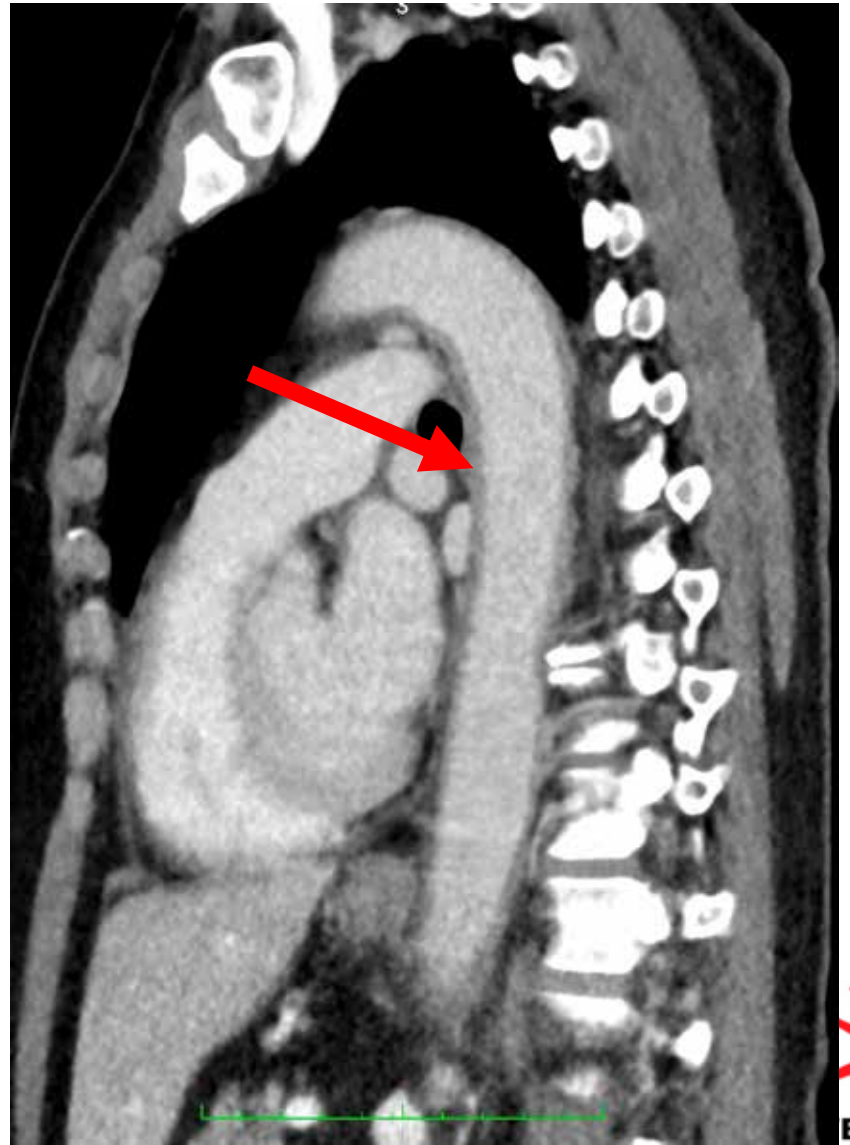
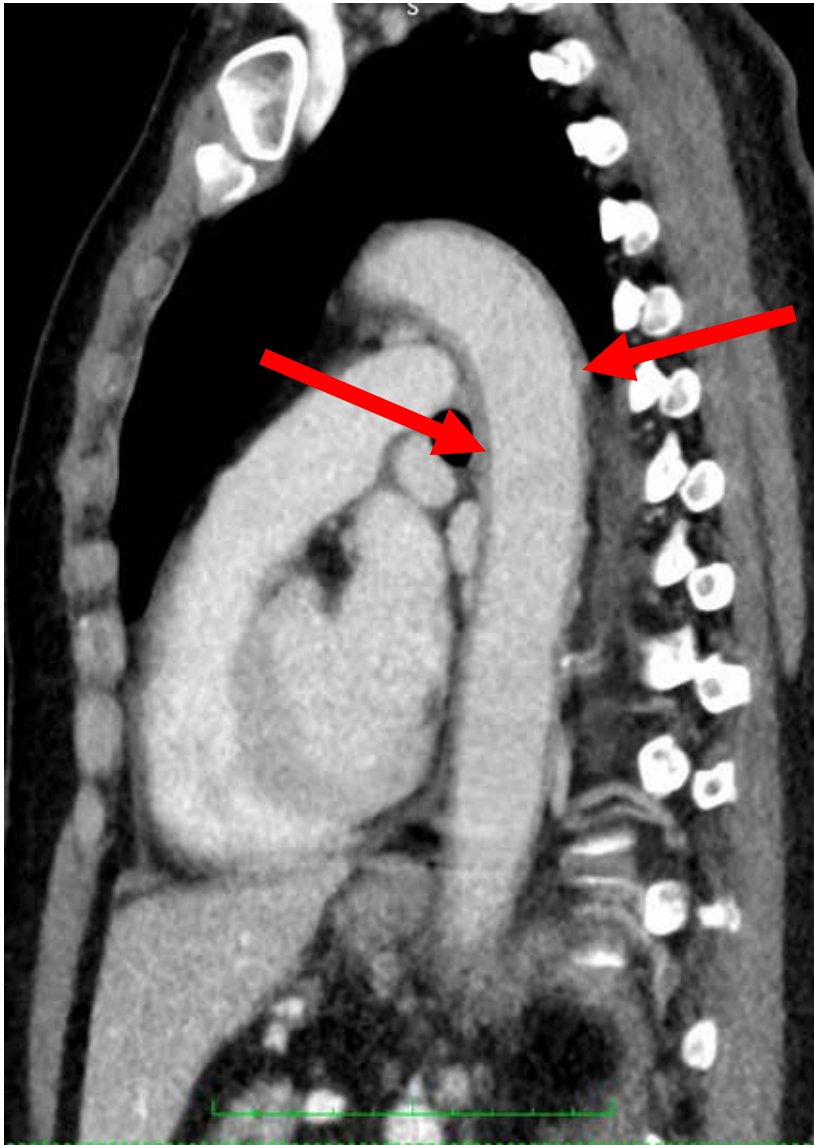
Fall: Patientin, 63-jährig

1. Phase 2016-2024

- Verlauf ab 2023: zunehmende Konzentration auf die Symptome und Schmerzpunkte → Einforderung von Abklärungen, multiple Behandlungsmethoden «alternativ» und selbständige weitere Abklärungen . .
- *Fühlt sich so «gestresst»* → Arbeitsaufgabe (→ AUF-Forderung)
- Zusammenfassend übermässige Aufmerksamkeit auf die Symptome/Befunde, was das «Wohlbefinden» «Lebensfähigkeit» «Sozialisierung» behindert!
- → Körperstressstörung / somatische Belastungsstörung 6C20 ICD-11
- rückt die zirkuläre Dynamik von Stress und Körperbeschwerden in den Fokus
- «Therapie»: Fokus «wiederholte Aufklärung», Verhalten, Entwicklung von Eigenaktivitäten («Re-learning» dass etwas geht . .). Koop. mit Psychologe.
Bei mir: auch «anschauen» der «neuen Befunde» / Manuelle Therapie . . .

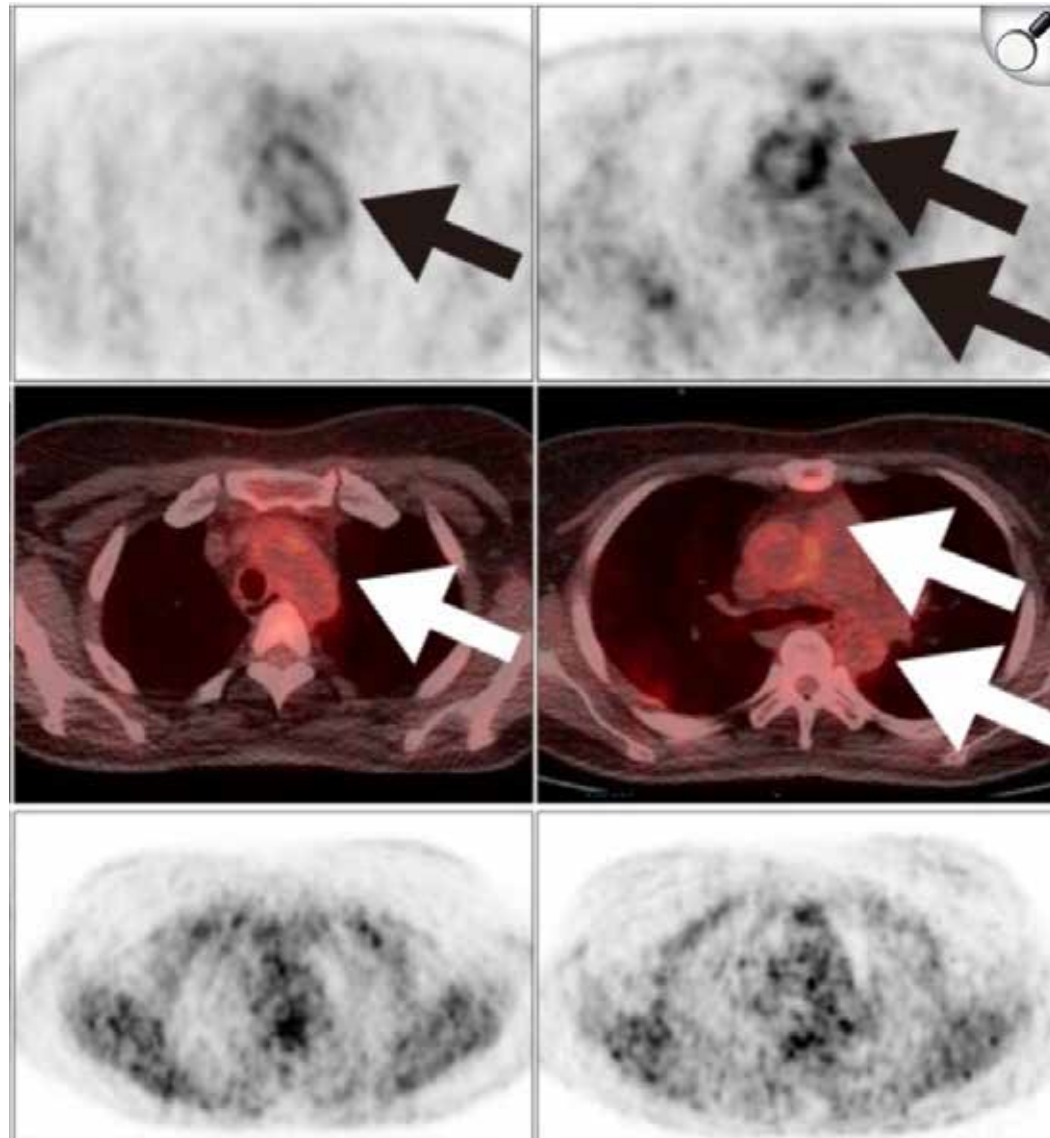
Fall: Patientin, 63-jährig

- Neue Phase ab März 2025:
 - AZ subjektiv schlechter werdend; subjektiv «krank» . . .
 - Thorakale Enge zunehmend (Hausärztin: «*psychosomatisch . . .*»)
 - Systemanamnese: andersartige Beckenschmerzen: «myalgieform» bds., diffuse Schulter-Thorax-Enge
- → **CWP** = klar. **A** und **M**: CTUe, Rippen und Schultergürtel **neue** Hyperalgesierungen - aber nicht wirklich «dysfunktional»
- → Abklärung Thorax-Rö normal; Labor:
 - **CRP 180mg/dl, BSR 85mm**. Hämatologie r und w unauffällig
- Was könnte das sein / DD: PMR? Frage: B-Symptomatik?
 - Zuerst **Computertomografie Thorax**



PET-CT

- Polymyalgia rheumatica
Beschwerden
- „Aortitis“ sive
Riesenzellarteritis
der Aorta



Fall: Patientin, 63-jährig: Vorsicht chronische Schmerzen

- Therapie:

- Steroid hochdosiert

- Primär Actemra® Tozilizumab IL6-Antagonist

- **→ BSR 18mm nach 10 Tagen; CRP ab 10. Tag normal**

Allgemeinzustand und Beschwerden langsam bessernd bis 4.

Woche. Beachte: Grundproblem chronische Schmerzen bleibt!

- CAVE: Auch chronische Schmerzpatienten mit/ohne somatische Belastungsstörung können etwas anderes haben:

Anamnese! «ernst nehmen»! Befunde erheben!

Chronischer Schmerz / noziplastischer Schmerz: Therapie

- Ist eben nicht nur «. . Psycho – Sozial » sondern
«Bio – Psycho – Sozial»
- «Bio» heisst auch
 - Eingreifen in die Neuroplastizität / neuroplastischer Schmerzsyndrom
 - Dazu gehört:
 - Aufklären, ernst nehmen, «Pain Neuroscience Education»
 - Manuelle Therapie:
 - Myofasziale und andere Dysfunktionsbefunde
 - Propriozeptive Stimulation ausserhalb Nozizeption
 - Bewegung ermöglichen durch Manuelle Therapie / motivieren

Zur Entwicklung der Diagnosen im Umfeld der chronischen Schmerzen

«Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren»(F45.42)

- *seit mindestens 6 Monaten Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen.*
- *Schmerzen Ausgangspunkt primär in einem physiologischen Prozess beziehungsweise einer körperlichen Störung.*
- *Psychischen Faktoren wird eine wesentliche Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen.*
- *psychischen Faktoren haben jedoch nicht ursächliche Rolle zu Beginn.*
- *Der Schmerz verursacht Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*

Ist eine «somatoforme Störung» F45

MG30.01

Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom

- **A. Chronische Schmerzen:** anhaltend oder wiederkehrend seit mehr als 3 Monaten) sind in mindestens **4 von 5 Körperregionen** vorhanden.
 - **B.1** schmerzbedingte emotionale Belastung
 - **B.2** beeinträchtigt die Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Teilhabe. Z.B. AUF
- **C.** nicht primäre **nozizeptiven** Ursachen in diesen Regionen
- **D.** «**bio-psycho-sozial**»: Merkmale **noziplastischer Schmerzen** **nachweisbar** und psychologische und soziale Faktoren diagnostiziert
- Inkludiert «Fibromyalgie-Syndrom»
- Nicht zwingend gekoppelt mit «psychische Dysfunktion»

DSM IV → V; ICD 11
6C20 «*Bodily Distress Syndrome*»
somatische Belastungsstörung

- Die undifferenzierte somatoforme Störung und die somatoforme Schmerzstörung wurden als eigenständige Diagnose gestrichen
- Bei körperlichen Symptomen ist nach DSM-5 eine «*Somatic Symptom Disorder*» (somatische Belastungsstörung nach DSM-5) gegeben (bis anhin «Somatoforme Störung»)
- **ICD-11** wird die Diagnose «*Bodily Distress Syndrome*» genannt (Körperstressstörung → **somatische Belastungsstörung**)
- körperlichen Symptomen die belastend sind, übermässige Aufmerksamkeit, die auf die Symptome gerichtet ist und sich durch wiederholte Kontakte mit Gesundheitsdienstleistern äussern

6C20 «*Bodily Distress Syndrome*» somatische Belastungsstörung: Kriterien

- körperliche Symptome, die belastend sind und auf die übermässige Aufmerksamkeit gerichtet ist
→ diverse Gesundheitsdienstleister Abklärungen/Therapie
- Wenn eine andere Diagnose die Symptome verursacht: die Art der Aufmerksamkeit auf die Beschwerden ist eindeutig inadäquat
- körperlichen Symptome sind anhaltend und treten an den meisten Tagen über Monate auf
- Typisch: die Symptome variieren
- Soziale Funktionsfähigkeit eingeschränkt: Beziehungen, Ausbildungs- und Berufsbereich, Freizeitverhalten,

6C20 somatische Belastungsstörung: Differentialdiagnose / Komorbidität

- Keine diagnostische Vermischung von psychischen und somatischen Diagnosen: 6C20 → die psychischen Symptome und sozialen Einschränkungen haben einen Krankheitswert erhalten:
- Die anderen somatischen Diagnosen müssen konsequent betreut und behandelt werden:
 - primär chronische Schmerzsyndrome / noziplastischer Schmerz
 - jedwelche Krankheiten können durch eine Belastungsstörung begleitet werden
- Allein das Vorhandensein „unklarer Symptome“ genügt nicht für diese Diagnose (⇔ somatoforme Störungen im ICD10)

6C20 somatische Belastungsstörung: Differentialdiagnose / Komorbidität

- Bei den häufigen „chronischen Schmerzen“: wird unterschieden
 - Chronisch-primäre Schmerzen inkl. **Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom MG30.01** oder **chronisches muskuloskelettales Schmerzsyndrom MG30.02**
 - → das beinhaltet eben **„Nozioplastische Schmerzen“**
→ therapeutisch angehen !
 - Psychische Dysfunktion bekommt einen eigenständigen Krankheitswert: → **somatische Belastungsstörung**
- **DD**: Panikstörungen, Angststörungen, Depression
→ 6C20: es müssen exzessive Verhaltensweisen im Bezug auf die Symptome bestehen ! !

Jahr	Quelle	Bezeichnung
1859	Jean-Martin Charcot	Hysterie
	Freud/Breuer	Konversionsstörung
		Vegetative Dystonie
1955	Schur	Somatisierung
		„Medizinisch unerklärliche Symptome“ (MUS)
		Multiple psychosomatische Störung
1980	DSM-III	Somatoforme Störung
1990	ICD-10	Somatoforme Störung, Neurasthenie
2010	Per Fink (Dänemark)	Bodily Distress Syndrome (BDS)
2013	DSM-5/DSM-5-TR	Somatic Symptom Disorder/ Somatische Belastungsstörung
2019	ICD-11	Bodily Distress Disorder
2022	ICD-11 – dt.	Somatische Belastungsstörung



Zur Medizingeschichte

- Ein «**medizinisch unerklärbares Symptom**» bedeutet eben nicht dass es ausschliesslich durch psychische/psychologische Faktoren erklärt werden kann bzw. muss
- **Chronischer Schmerz → noziplastischer Schmerz :**
ist eben nicht nur «. . Psycho – Sozial » sondern
«Bio – Psycho – Sozial»
→ Therapie . . .
- Es gab eben auch *Assoziationen mit „eingebildet“, „simuliert“ oder „übertrieben“ . . .*
- Das klassische psychodynamische Verständnis somatoformer Störungen basierte eben *eher auf einem (hysterischen) Konversionsprozess als auf einer „neutrale“ diagnostische Klassifizierung*
- Diagnose „somatoform basierte auf dem Ausschluss einer somatischen Erklärung!

Therapeutische Aspekte „gestern“

▪ „Therapie“ - Pain Neuroscience Education (PNE)

- Aufklären, Symptome erklären: → „*Pain Neuroscience Education (PNE)*» individuell
- «Wissen weitergeben bzw. »übersetzen« → Vertrauen schaffen, Patient muss es glauben und verstehen können → Verhinderung Abklärungskaskaden, Motivation!
- Keine «unsinnigen Therapie» oder «Test-Infiltrationen» z.B.

▪ Manuelle Therapie?

- Beachte: neuroplastische Veränderung → massiv erhöhte und ausgeweitete Schmerzen bei Dysfunktion **A** oder myofasziellen Befunden **M**
- Manuelle Therapie – Abbau nozizeptiver Input – nach Funktionsbefund !
- MM ist auch „Zuwendung“ / “ernst nehmen“ = Vertrauen schaffen
- **Nie = K.I.:** keine hohe Afferenzierung, keine Schmerzverstärkung (System ist sensibilisiert!) ⇔ nicht ischämische Kompression, «high velocity» . . .
- z.B. propriozeptiver Input regional, Eigenaktivitäten

Therapeutische Aspekte plus Somatische Belastungsstörung

▪ „Therapie“

- Erkenntnis, dass zusätzlich eine psychische Dysfunktion besteht im Sinne der Körperstresstörung: → **Fokus** muss sich ergänzend verschieben:
- **Primat:** ebenfalls Aufklärung/Erklärung, was vorliegt, warum, Verarbeitung etc.
- Z.B. Die Möglichkeit und Bedeutung negativer und positiver Befunde mit den Patient:innen zu thematisieren. → Dadurch kann vermieden werden, dass diese bei negativen Befunden im *subjektiven Kampf um die „Legitimität ihrer Beschwerden“* immer weitere diagnostischer Massnahmen einfordern in der Hoffnung auf den positiven Befund Umfeldfaktoren aufnehmen
- Wertschätzende Kommunikation / nicht «psychiatisieren» sondern
- → Betreuung «primär chronischer Schmerzsyndrome» «Nozioplastische Schmerzen» muss weitergeführt werden! Ev. Verhaltenstherapie
- Primär Grundversorgung → Zusammenarbeit / Stufengerechte Betreuung

GRAFIK 2



Schluss

- Insgesamt realitätsbezogene neue Diagnosen
- Entlässt uns nicht aus der Verpflichtung exakte Beurteilungen auf allen Ebenen vorzunehmen
- Chronischer Schmerz zwar auf der Zeitachse definiert aber mit:
 - plus „Zentrale Sensibilisierung“ **noziplastische Schmerzen**
 - plus emotionale Belastung / eingeschränkte Partizipation
 - ➔ Störung der „Enteroception“ – gestörte nozizeptive zentrale Verarbeitung mit multiplen Mechanismen der peripheren und „zentralen“ Sensibilisierung“
“Schmerzanalyse“ auf allen Ebenen
- Wenn die psychischen Symptome Krankheitswert bekommen
➔ Diagnose z.B. Körperstresstörung ➔ Fokus anpassen
- Oft kooperative Szenarien: inkl. Physio, Psychol. Settings etc.

Herzlichen Dank

