

# *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

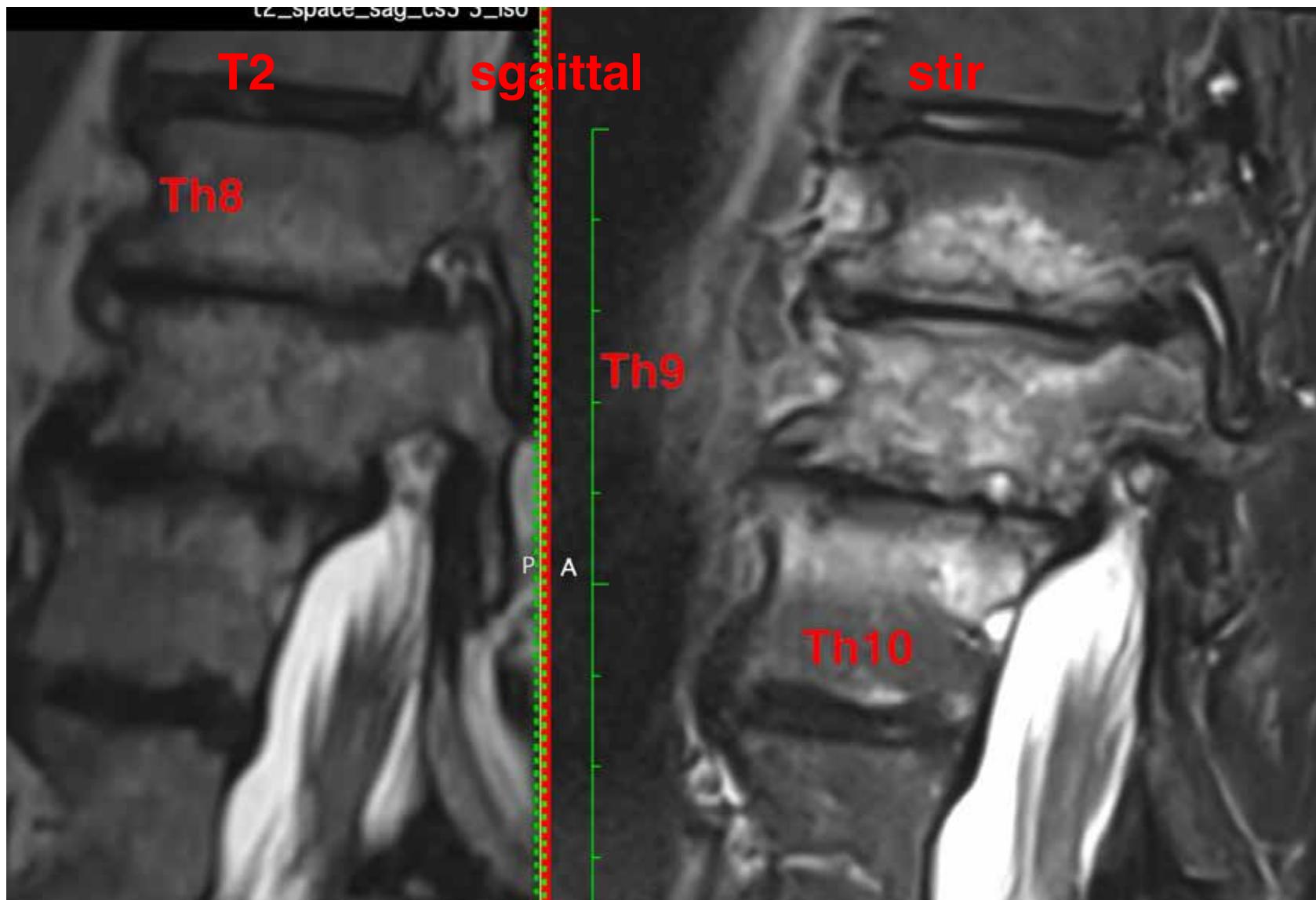
- Posttraumatische Belastungsstörung im Hintergrund / Kindheit
- Multilokuläre Schmerzen wechselnd ausgeprägt: lumbosakral – Becken-Bein linksbetont; Kopfschmerz chronisch; Schulter-Arm-Schmerz rechts. Schwere stabile lumbale Skoliose.
- Jobverlust, körperliche Inaktivität, sozialer Rückzug . . .
- Arbeitsdiagnose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



## Fall: Patientin f \*1963

- meldet sich selbstständig für Zweitmeinung wegen . . .
- «Anderen» Schmerzen - stark Alltags-Bewegungen und Schlaf einschränkend tief-thorakal gürtelförmig
- therapieresistent Physio & Chiropraktik («*alles nur schmerhaft*»)
- **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 einen differenziereren 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!) Noziplastische 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 Ettikette 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 aulösen.*
- **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

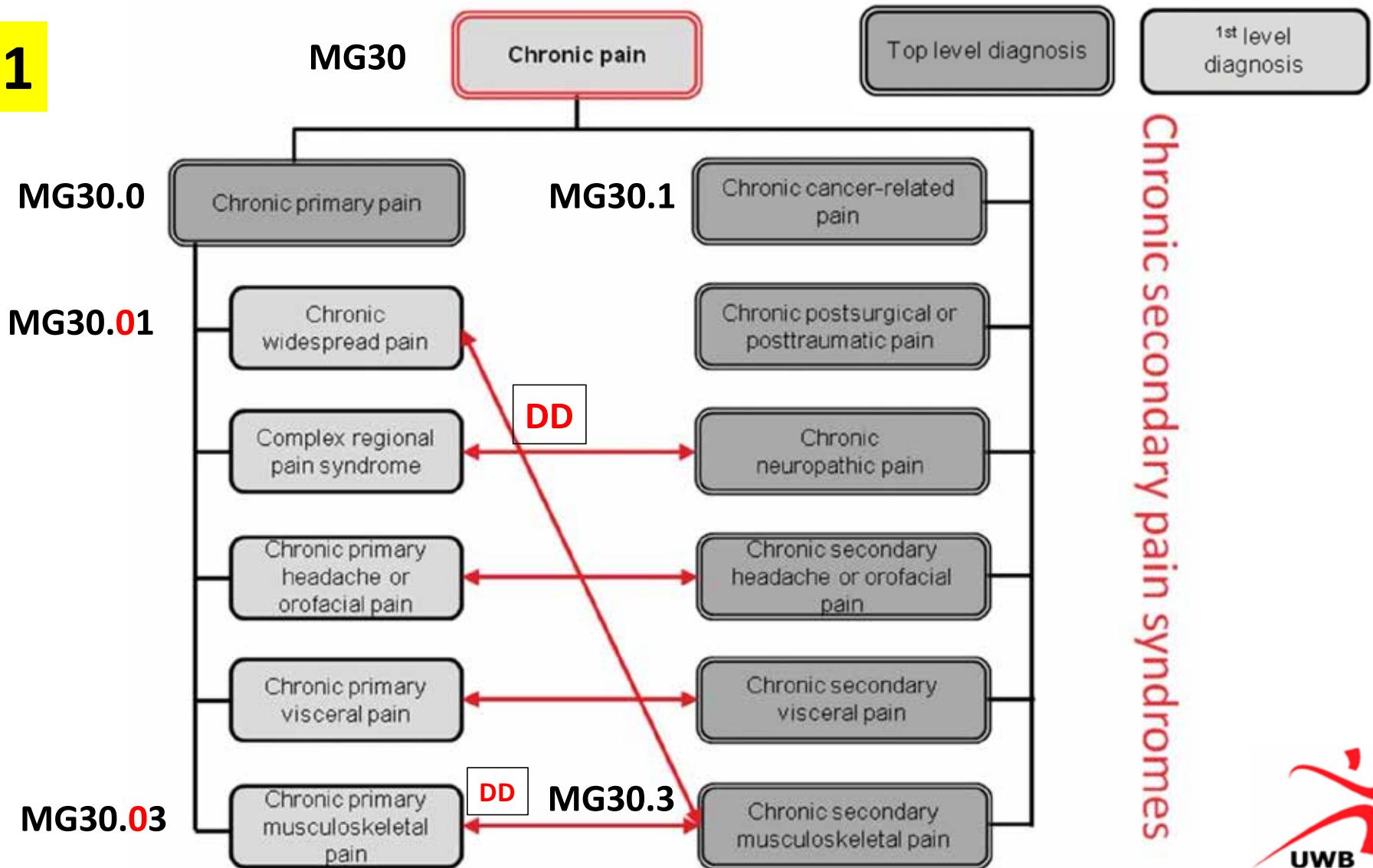


# Taxonomie chronischer Schmerz ICD-11: MG30

- 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-psychosozial*** 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“

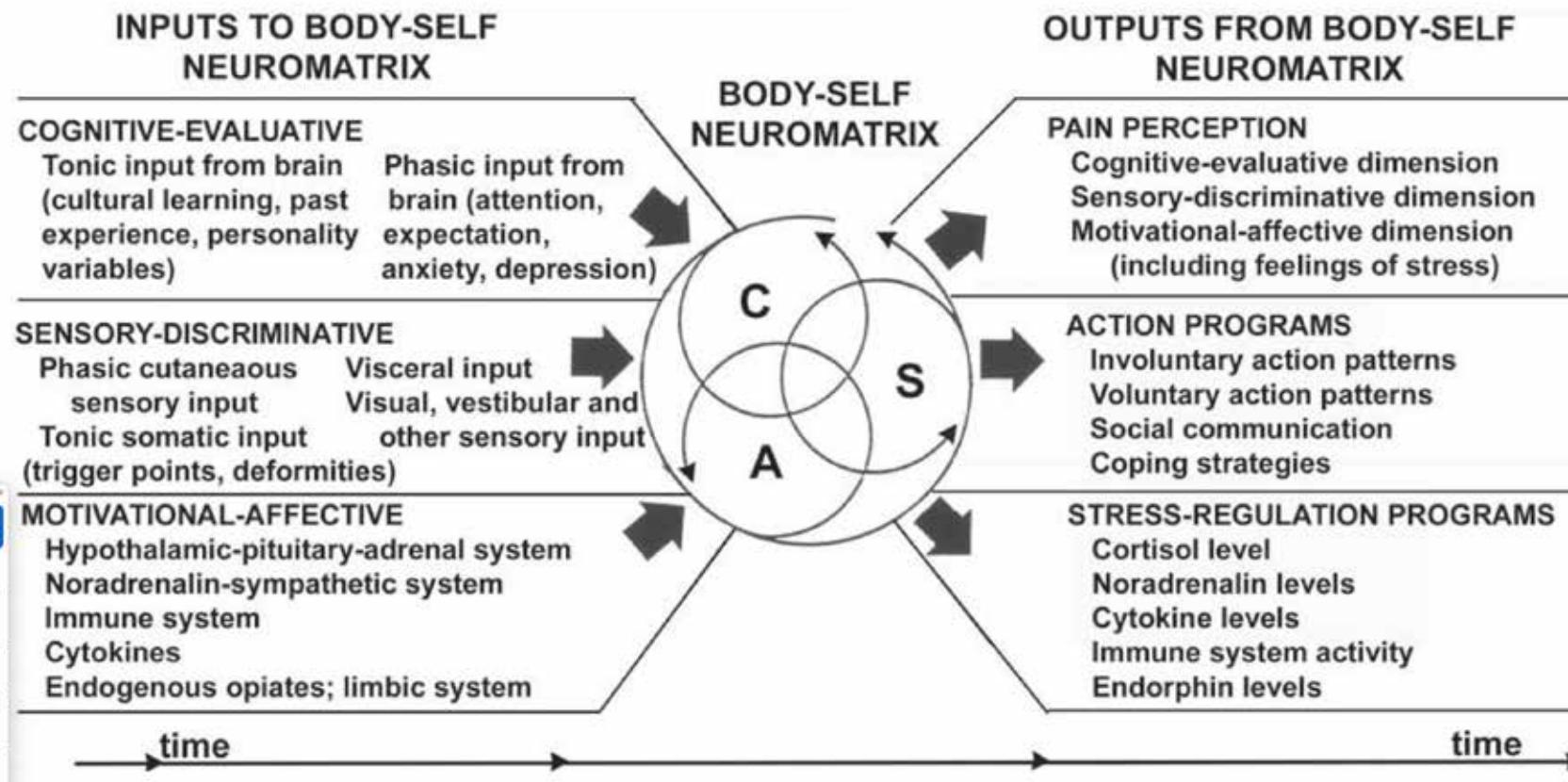
- A. Es bestehen chronische Schmerzen (anhaltend oder wiederkehrend über mehr als 3 Monate) in den muskuloskelettalen Strukturen
- B. Die Schmerzen sind mit mindestens einem der folgenden Punkte verbunden:
  - B.1 Es liegt eine schmerzbedingte emotionale Belastung vor.
  - B.2 Die Schmerzen beeinträchtigen 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.

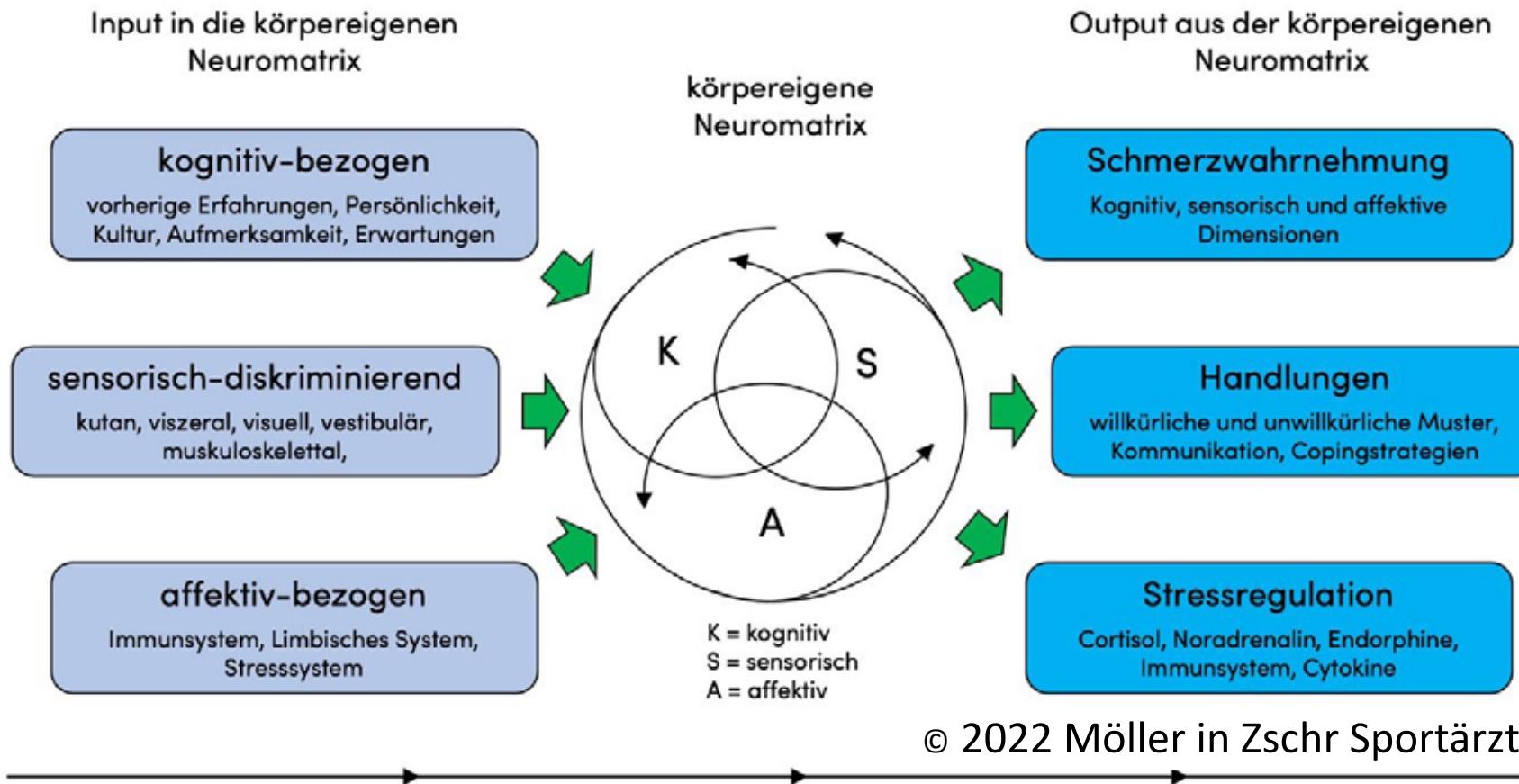
2001; Journal of Dental Education, 65;12: 1378



# 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<sup>a,\*</sup>, Milton Cohen<sup>b</sup>, Ralf Baron<sup>c</sup>, Gerald F. Gebhart<sup>d</sup>, Juan-Antonio Mico<sup>e</sup>, Andrew S.C. Rice<sup>f</sup>, Winfried Rief<sup>g</sup>, A. Kathleen Sluka<sup>h</sup>



# 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 Nociplastic Pain



Journal of  
**Clinical Medicine**

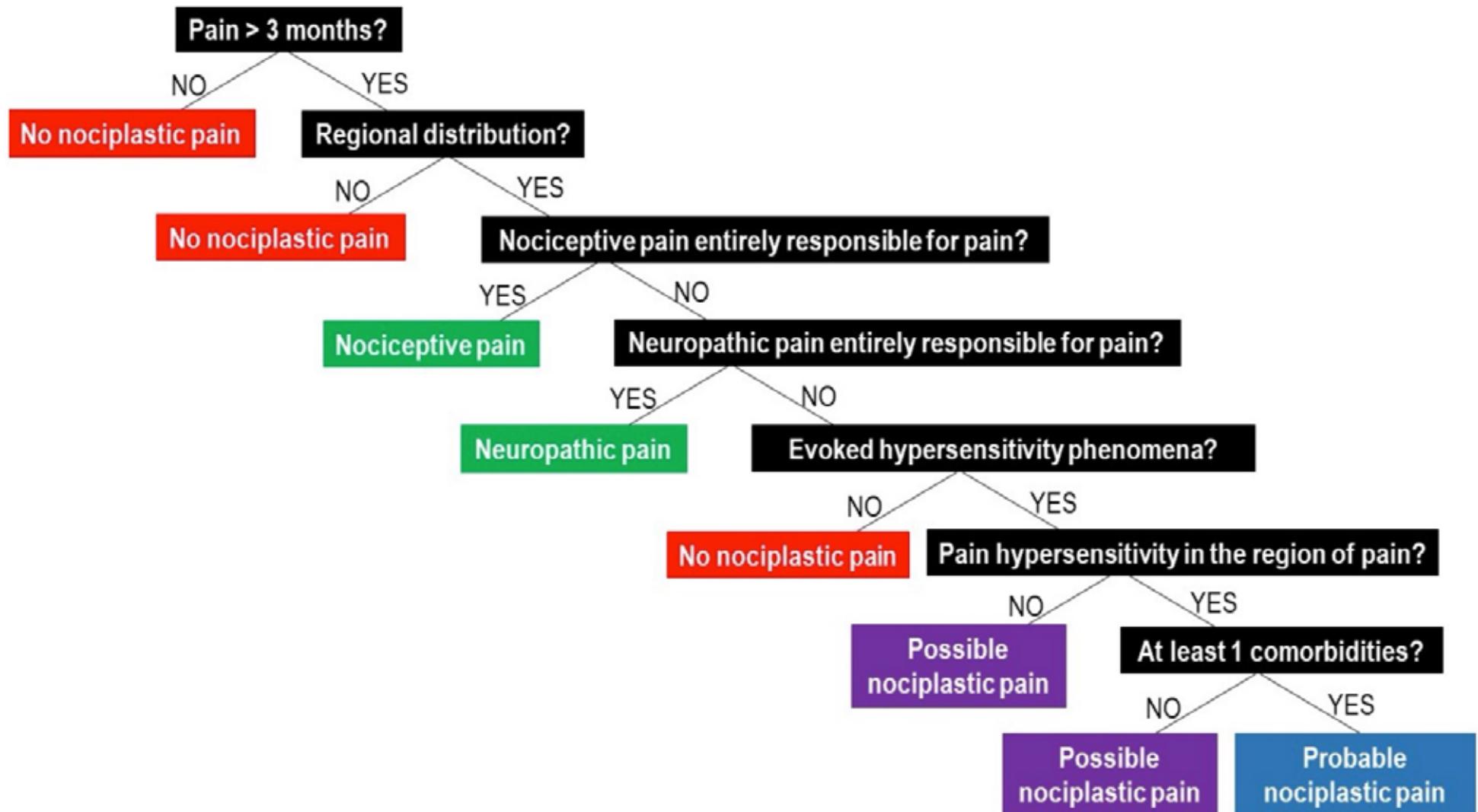


Review

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

Jo Nijs <sup>1,2,3,\*</sup> , Astrid Lahousse <sup>1,4</sup> , Eleni Kapreli <sup>5</sup> , Paraskevi Bilika <sup>5</sup> , İsmail Saraçoğlu <sup>6</sup> ,

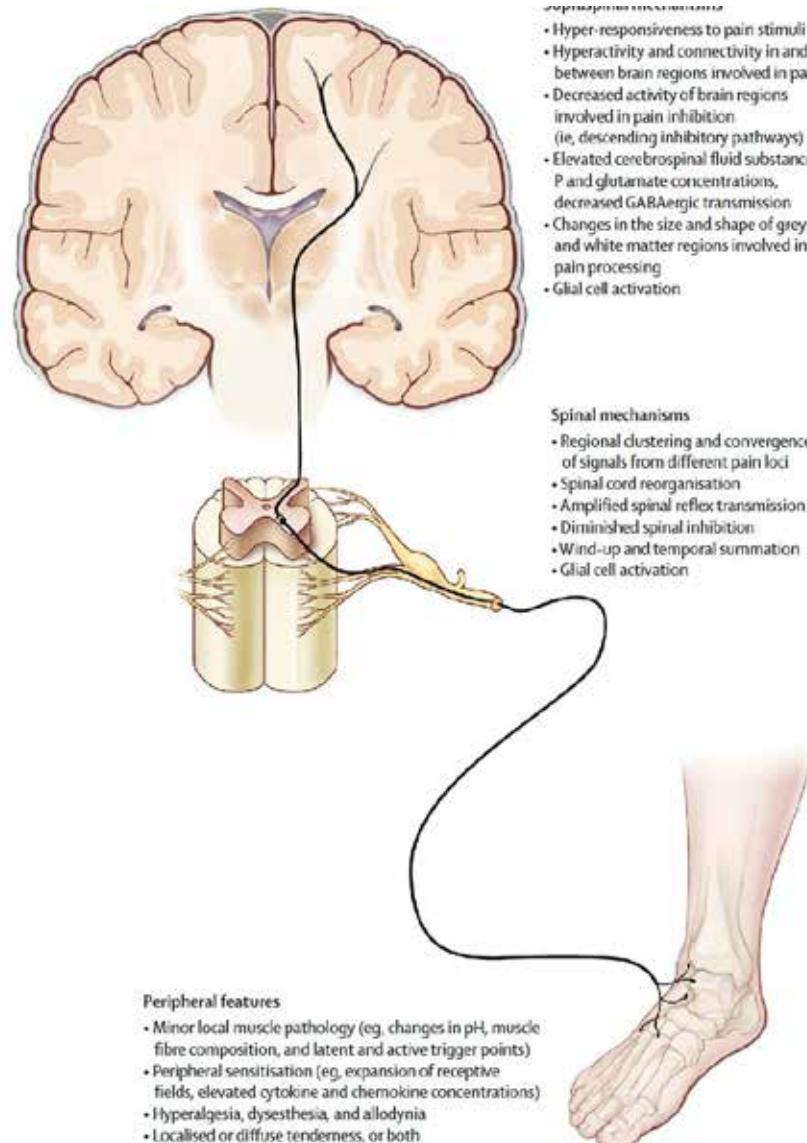


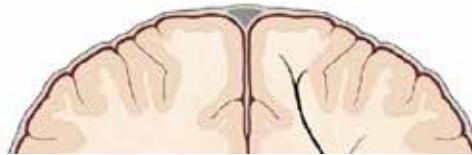


## **Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions** *Fitzcharles et al.*

- Lancet 2021; 397: 2098–110







- 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 (i.e. descending inhibitory pathways)

## 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 (e.g. changes in pH, muscle fibre composition, and latent and active trigger points)
  - Peripheral sensitisation (e.g. 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** Körperhomialgesie, multiple sensibilisierte Befunde myofaszial, Allodynie-Zonen  
→ 2024 MG30.1 / noziplastischer Schmerz im Vordergrund



## Fall: Patientin, 63-jährig

### 1. Phase 2016-2024

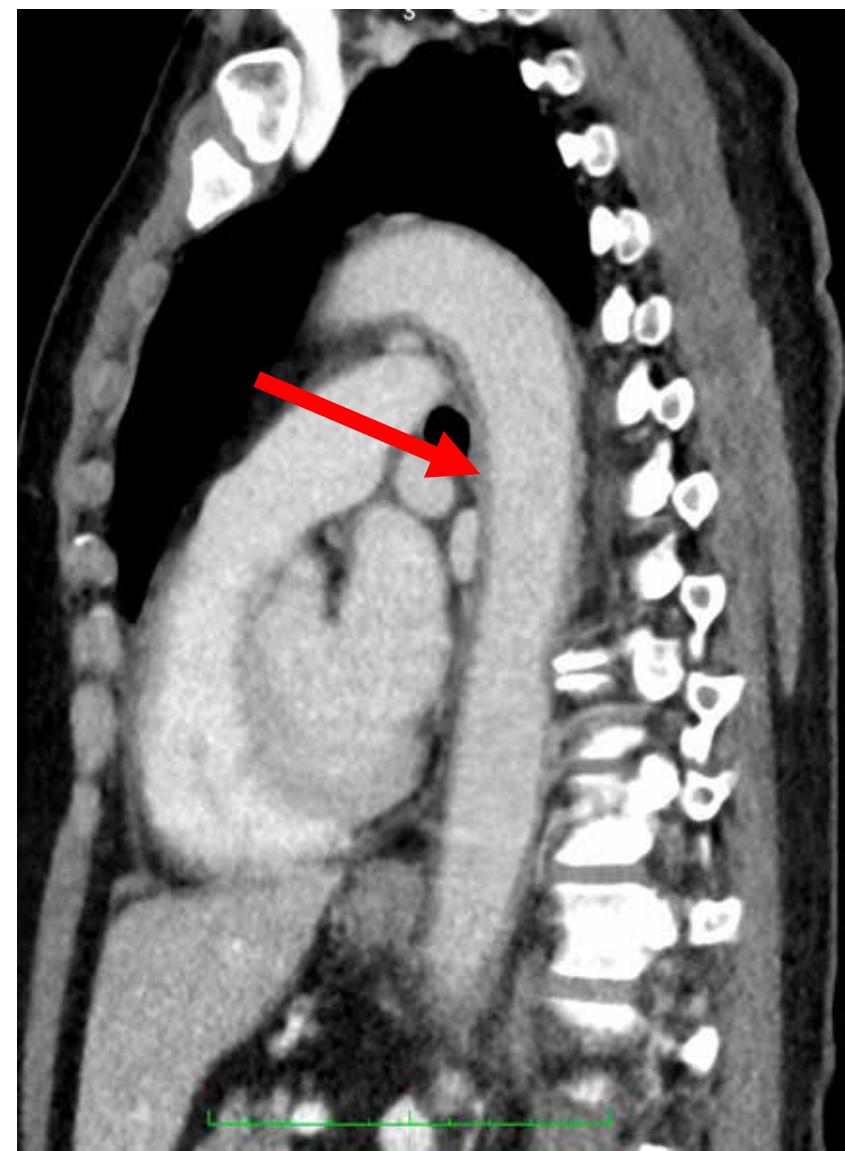
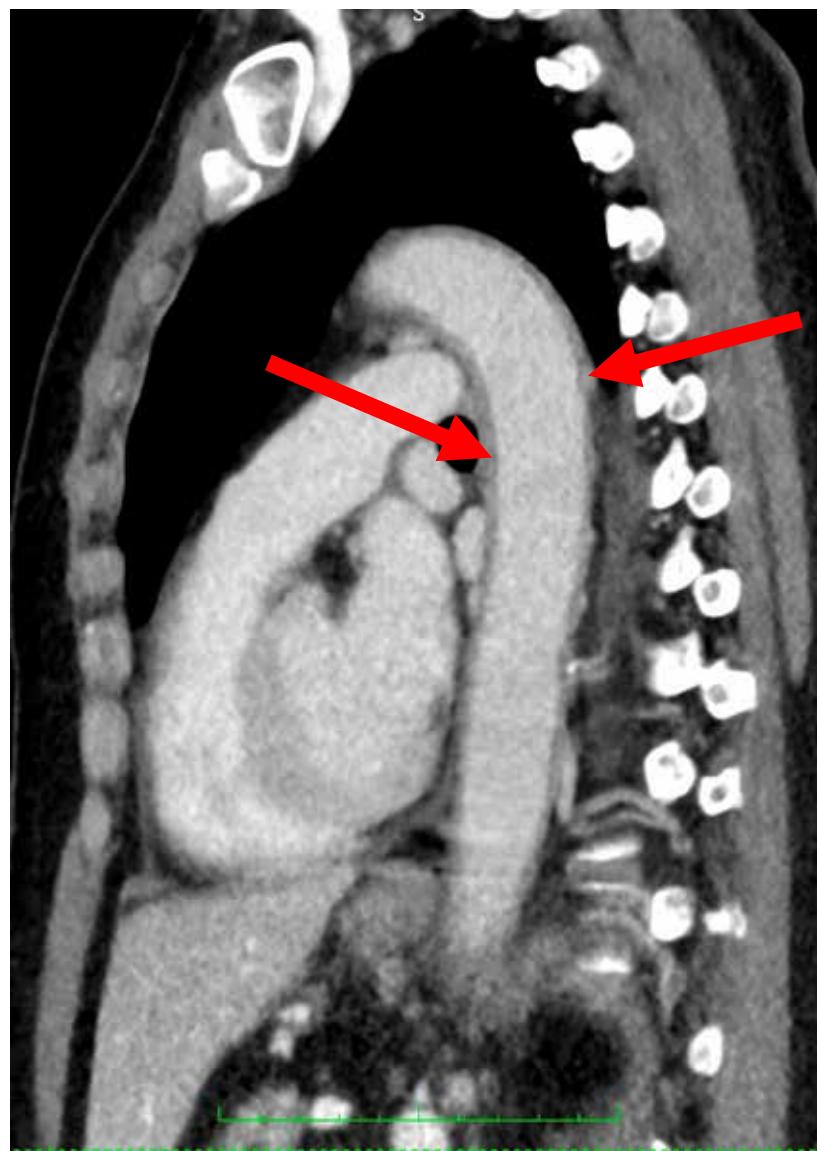
- Verlauf ab 2023: zunehmende Konzentration auf die Symptome und Schmerzpunkte → Einforderung von Abklärungen, multiple Behandlungsmethoden «alternativ» und selbständige weitere Abklärungen . .
- *Fühlt sich so «gestresst»* → Arbeitsaufgabe (→ AUF-Forderung)
- Zusammenfassend übermässige Aufmerksamkeit 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

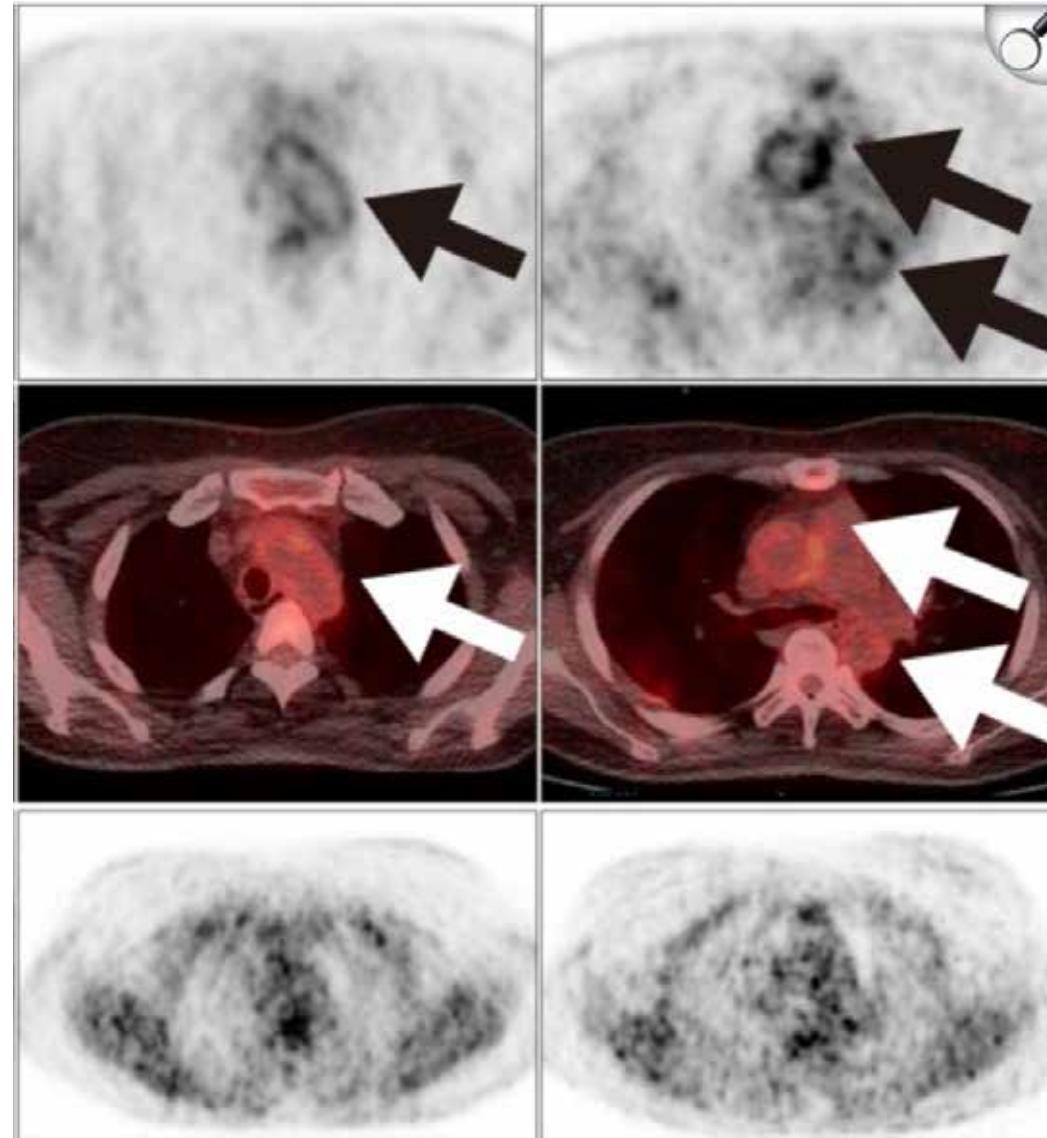
- Neue Phase ab März 2025:
  - AZ subjektiv schlechter werdend; subjektiv «krank» . . .
  - Thorakale Enge zunehmend (Hausärztin: «*psychosomatisch . . .*»
  - Systemanamnese: andersartige Beckenschmerzen: «myalgieform» bds.., diffuse Schulter-Thorax-Enge
- → CWP = klar. **A** und **M**: CTUe, Rippen 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® Tozilicumb 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, Ausbildungsbereich, 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 beeinhaltet eben „Noziplastische 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 ! !



<b>Jahr</b>	<b>Quelle</b>	<b>Bezeichnung</b>
1859	Jean-Martin Charcot Freud/Breuer	Hysterie Konversionsstörung Vegetative Dystonie Somatisierung
1955	Schur	„Medizinisch unerklärliche Symptome“ (MUS)
1980	DSM-III	Multiple psychosomatische Störung
1990	ICD-10	Somatoforme Störung 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 myofaszialen 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



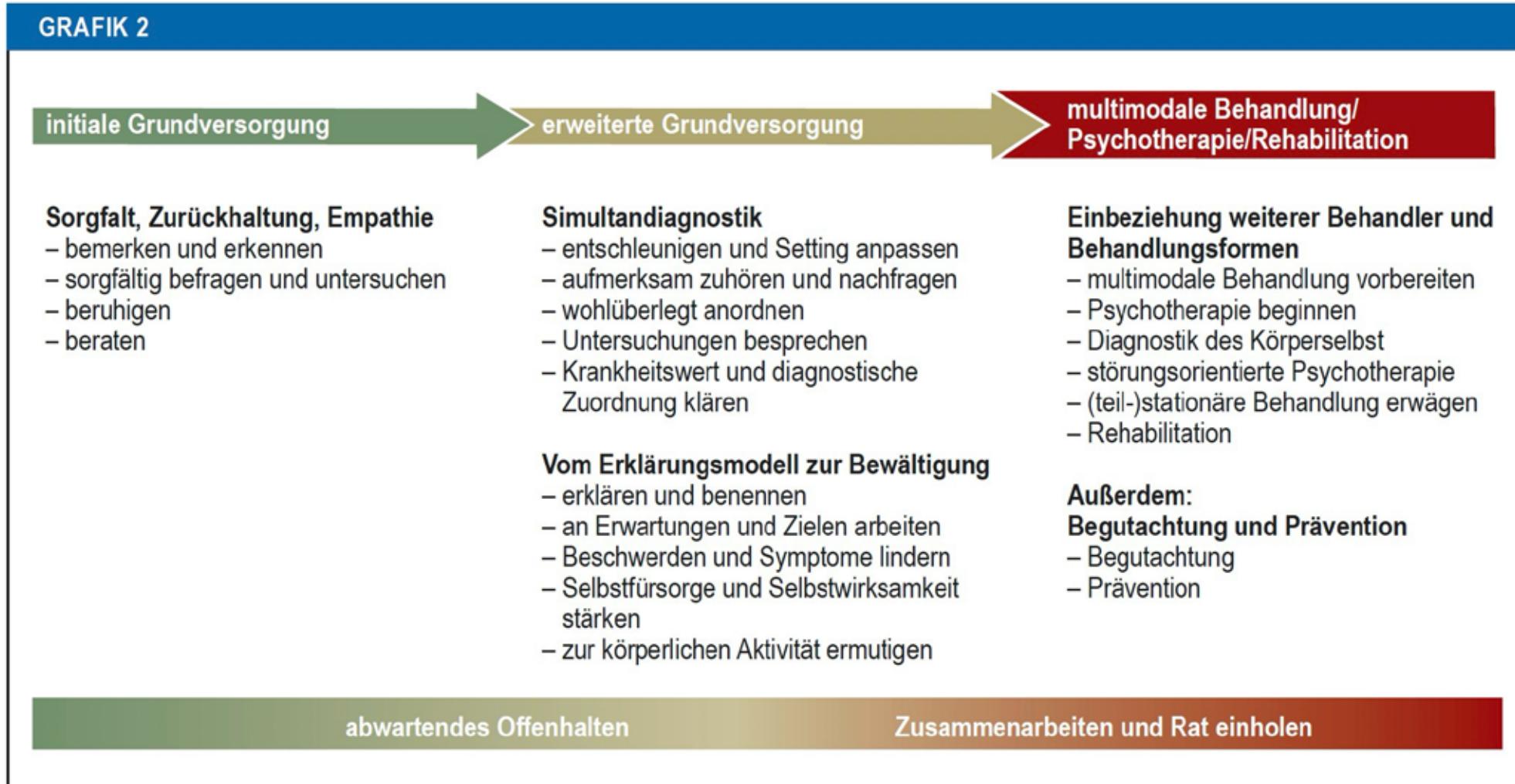
# Therapeutische Aspekte plus Somatische Belastungsstörung

## ■ „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 «psychiatrisieren» sondern
- → Betreuung «primär chronischer Schmerzsyndrome» «Noziplastische 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 „Enterception“ – 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

