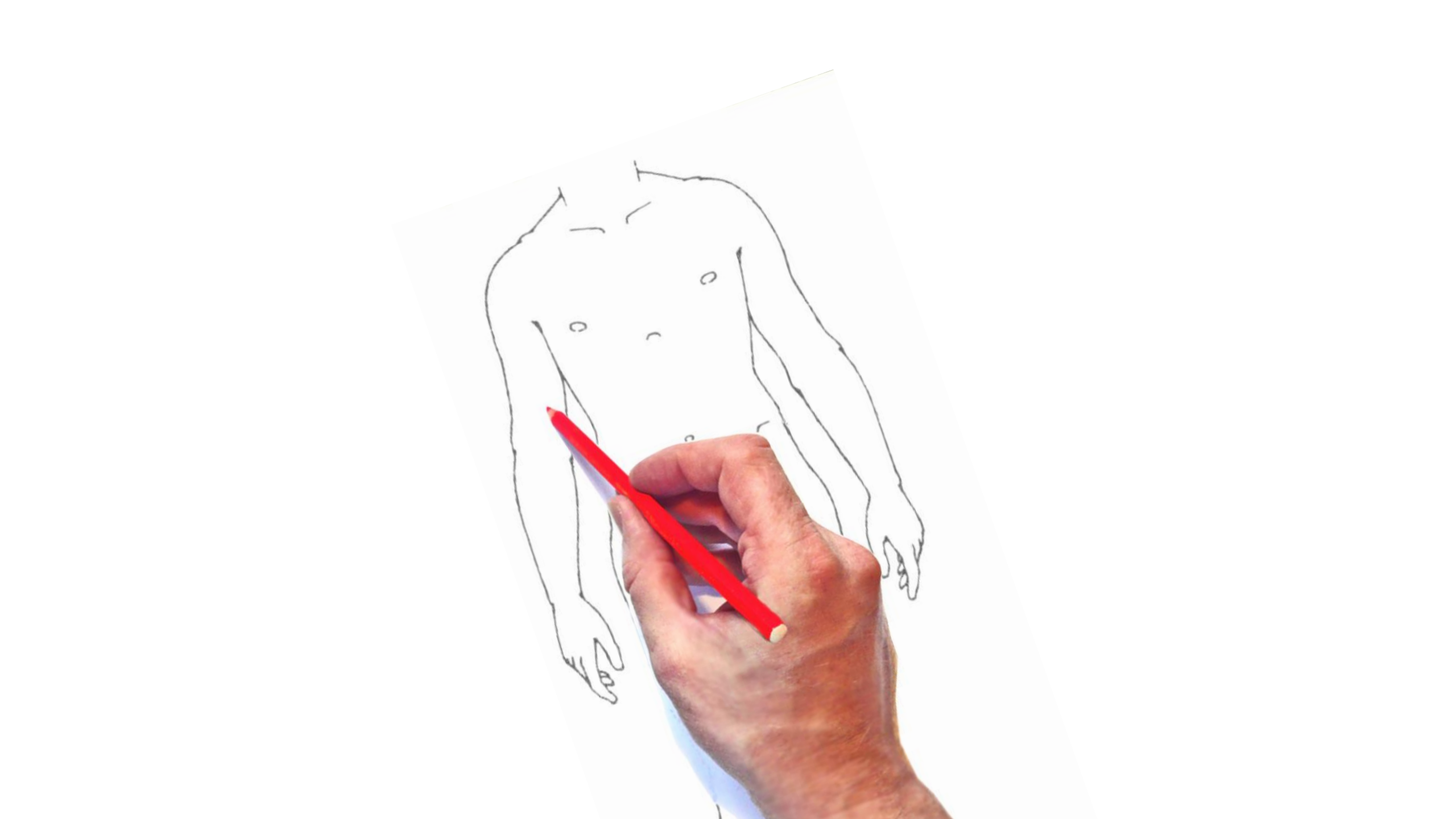
www.sappm.ch

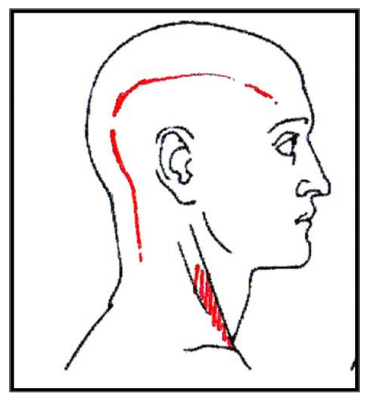
Chronische Schmerzen in ICD-11:

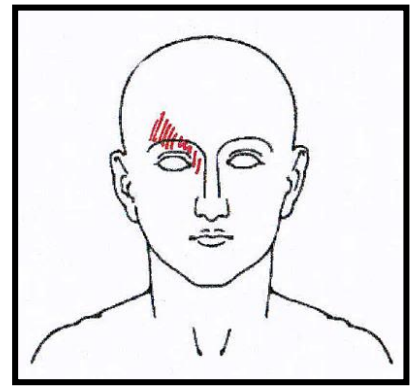
Erfreulicher Paradigmawechsel mit Implikationen für die Therapie

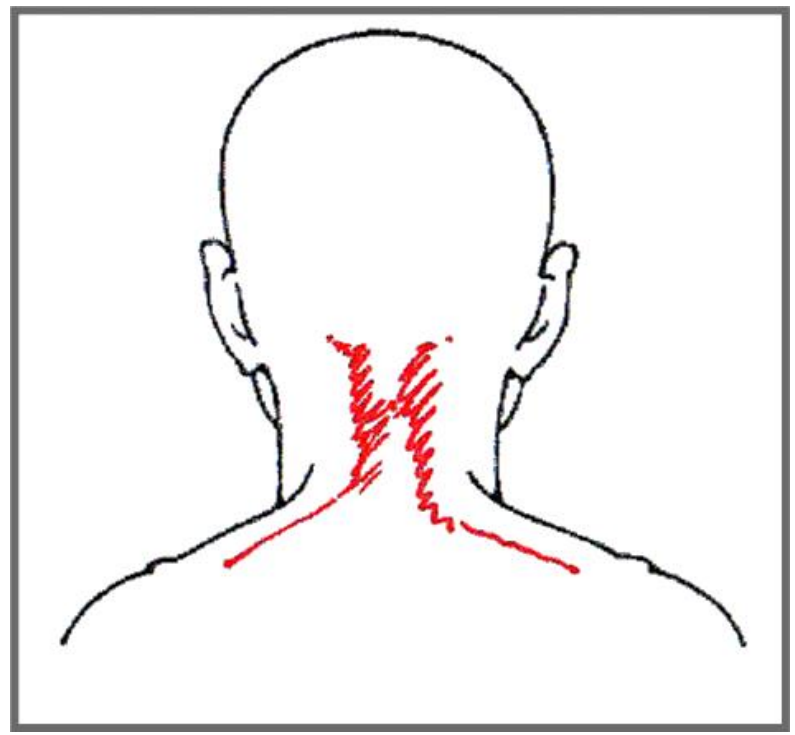
PD Dr. med. N. Egloff
niklaus.egloff@sappm.ch

Quadrimed Workshop 28.01.23









WORDING?

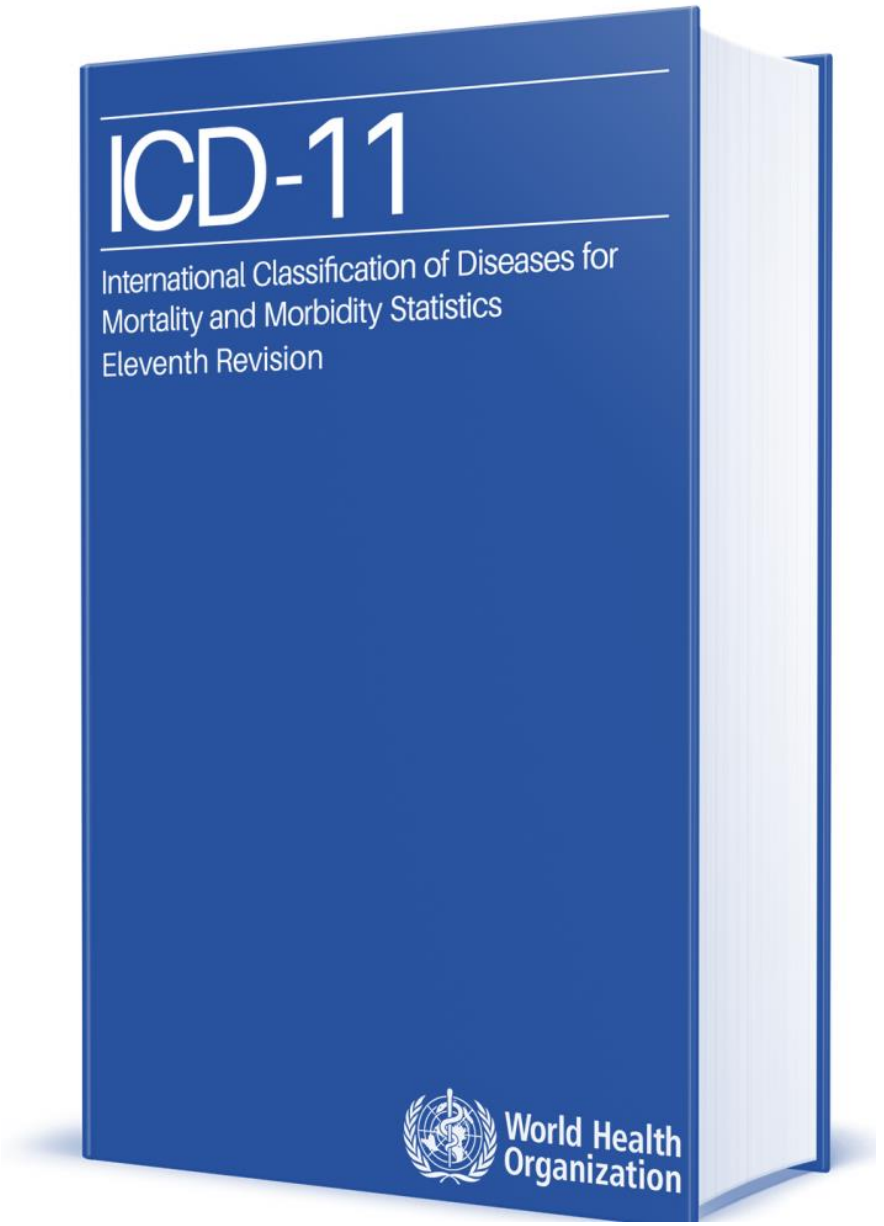
«Wir haben nichts gefunden, so denke ich, dass es wohl psychosomatisch oder so ist…»

«Die Mehrheit aller Kopfschmerzen steht in Zusammenhang mit Verspannung. Meine *klinische Untersuchung* und Ihre *Schmerzzeichnung* passen diesbezüglich perfekt zusammen. Wenn wir diese spannungsbedingten Kopfschmerzen ursächlich behandeln wollen, müssen wir versuchen das Spannungslevel gesamthaft zu senken.»

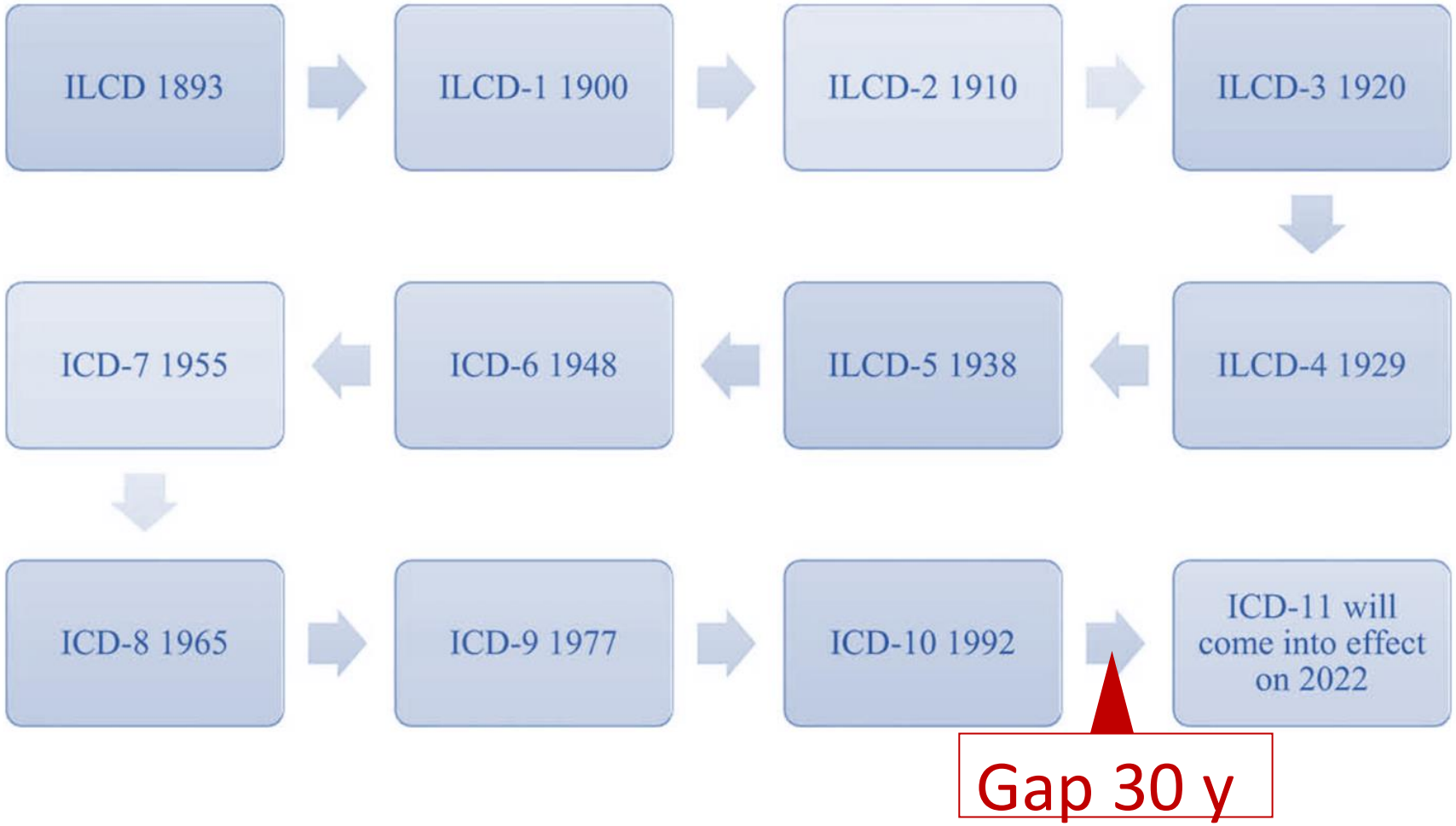
Über 90% der Kopfschmerzen sind „primär“.

ICD-11 ist weltweit ab 1. Januar 2022
in Kraft getreten. Nach einer flexiblen Übergangszeit
soll ausschliesslich mit ICD-11 codiert werden.

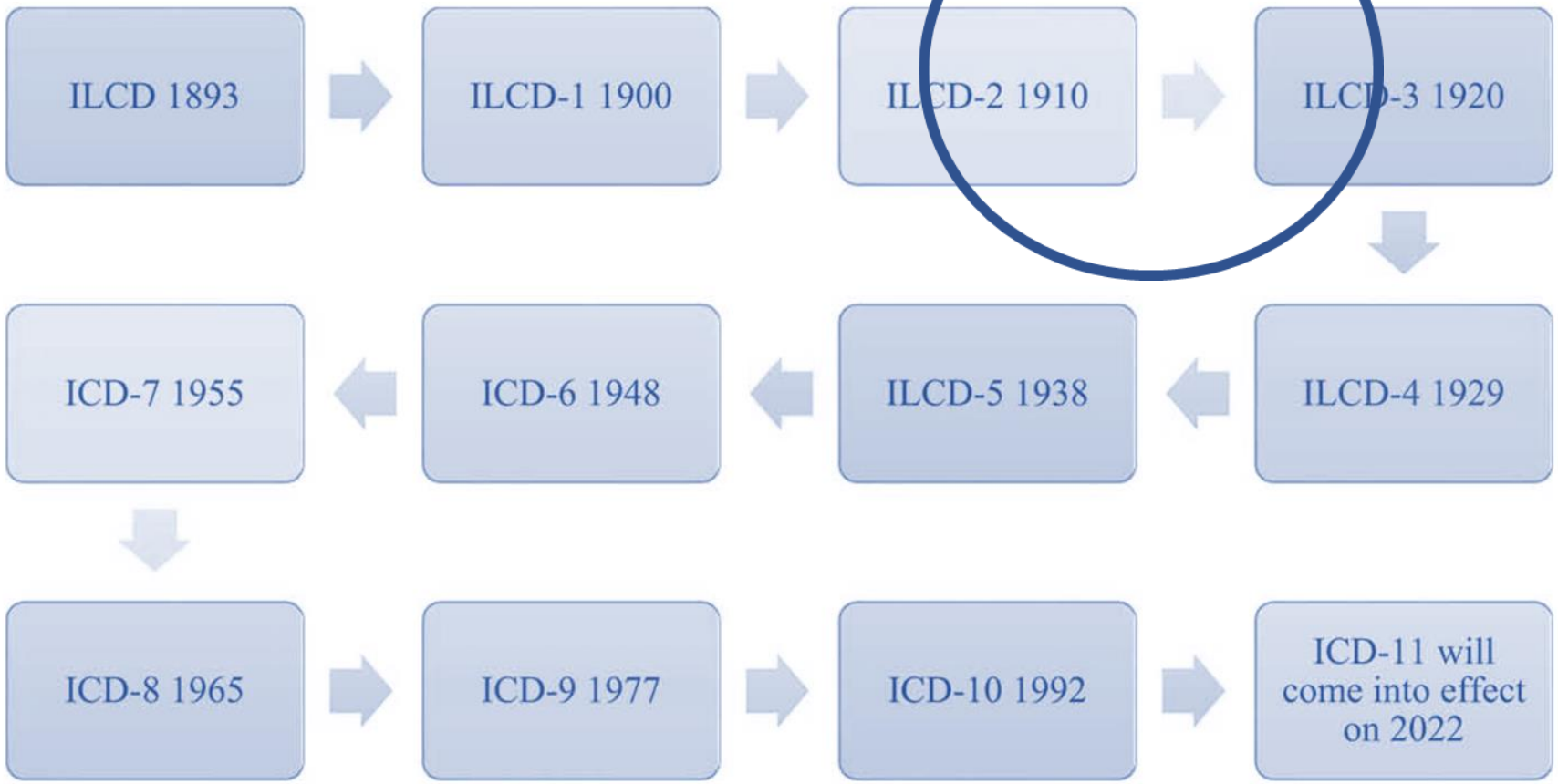
Neue Entität in ICD-11: „Chronische Primärschmerzen“

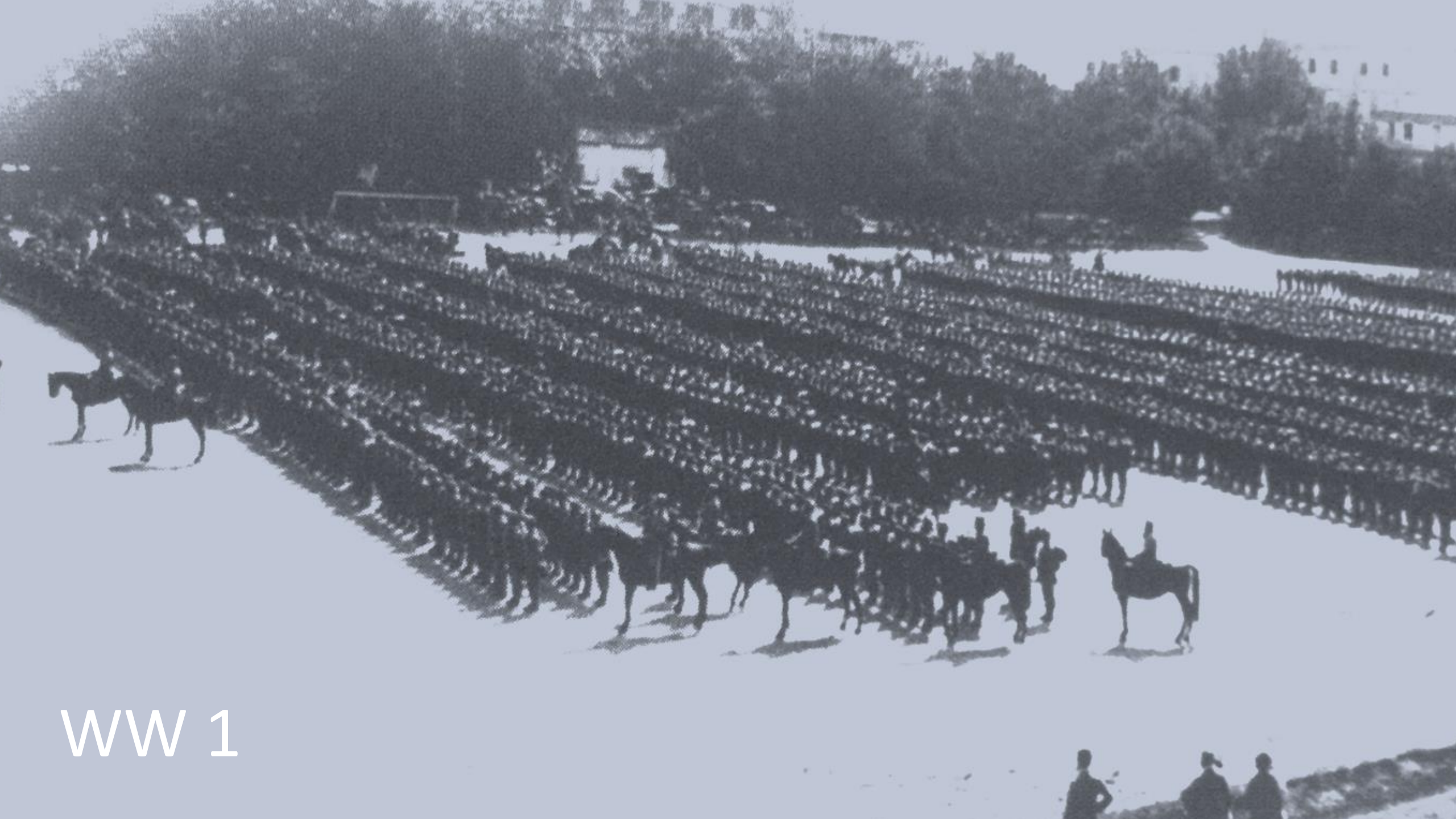


From International List of Causes of Death (ILCD) to International Classification of Diseases (ICD)



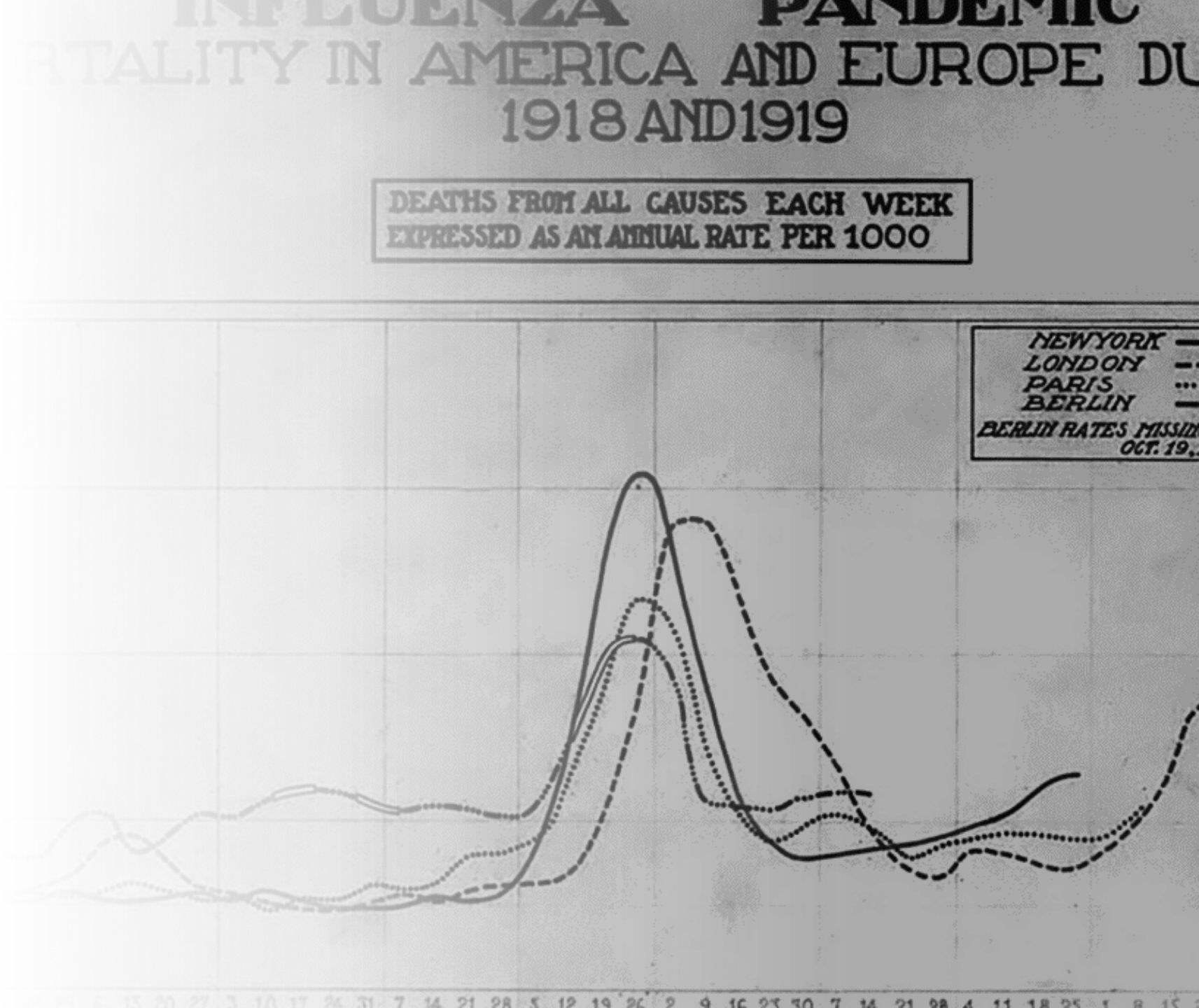
From International List of Causes of Death (ILCD) to International Classification of Diseases (ICD)





WW 1

International List of Causes of Death (ILCD-3)



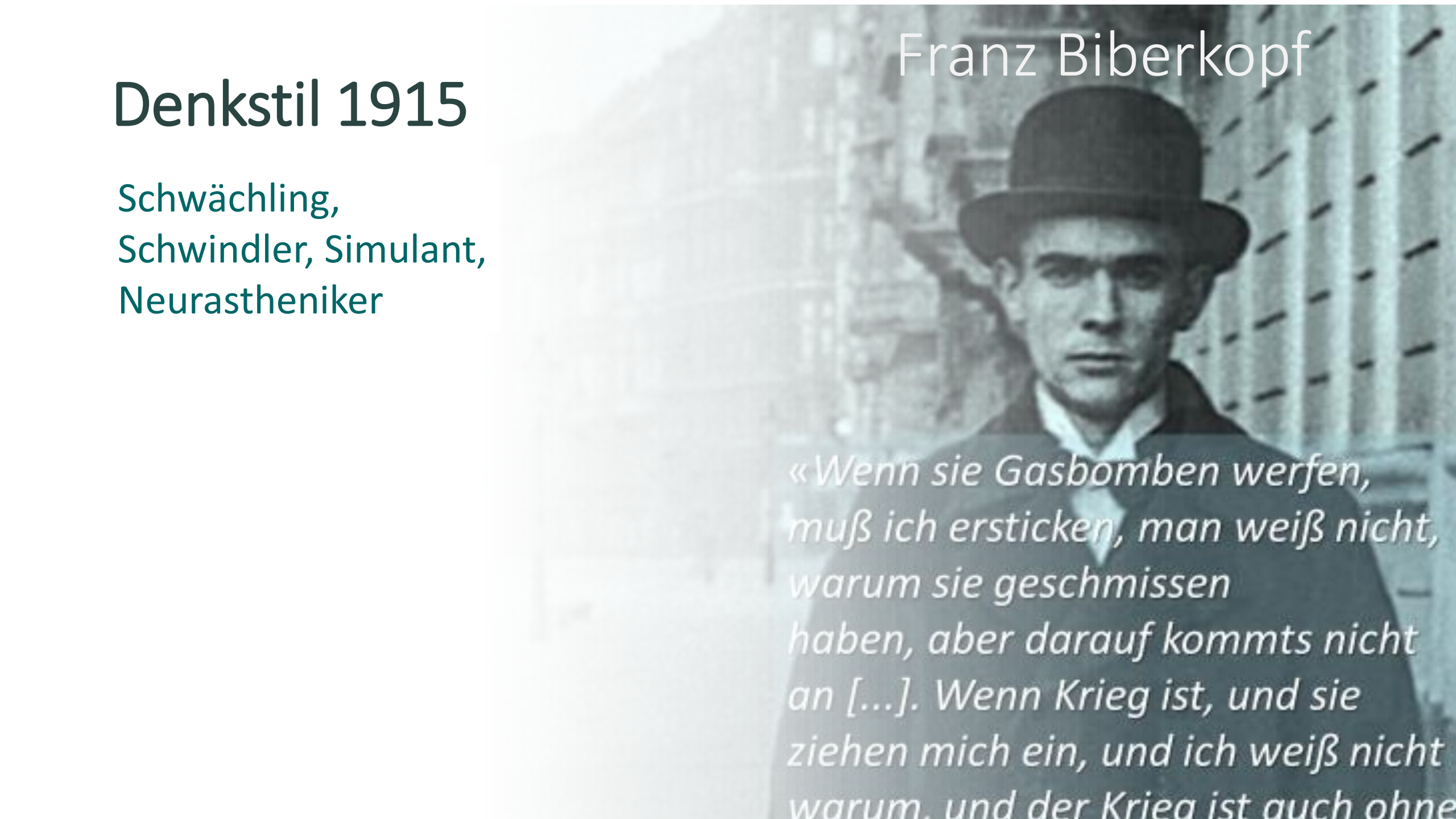
Welcher Stressor geht mit der stärksten Hyperalgesie einher?

M. Studer · J. Stewart · N. Egloff · E. Zürcher · R. von Känel· J.Brodbeck, M. grosse Holtforth. Der Schmerz 2017

Direkte Kriegserfahrung

Denkstil 1915

Schwächling,
Schwindler, Simulant,
Neurastheniker



Denkstil 1915

Während des Krieges […] forderte besonders die Militärführung ein <u>hartes Vorgehen der Ärzte gegen psychisch erkrankte Soldaten</u>, denen eine *„Flucht in die Krankheit“* …vorgeworfen wurde.

Riedesser, Peter/Verderber, Axel:
Zur Geschichte der deutschen Militärpsychatrie.
Fischer-Taschenbuch-Verlag 1996. S.33-35

Denkstil 1915

…, dass sich Neurosen nur bei labilen Menschen ausbilden, bei denen, von vornherein ein *„Wille zur Krankheit“* bestehe.

Riedesser, Peter/Verderber, Axel:
Zur Geschichte der deutschen Militärpsychatrie.
Fischer-Taschenbuch-Verlag 1996. S.33-35

mit Schatten bis 2015:

- Sache eines schwachen Willens

  «mit zumutbare Willensanstrengung überwindbar»

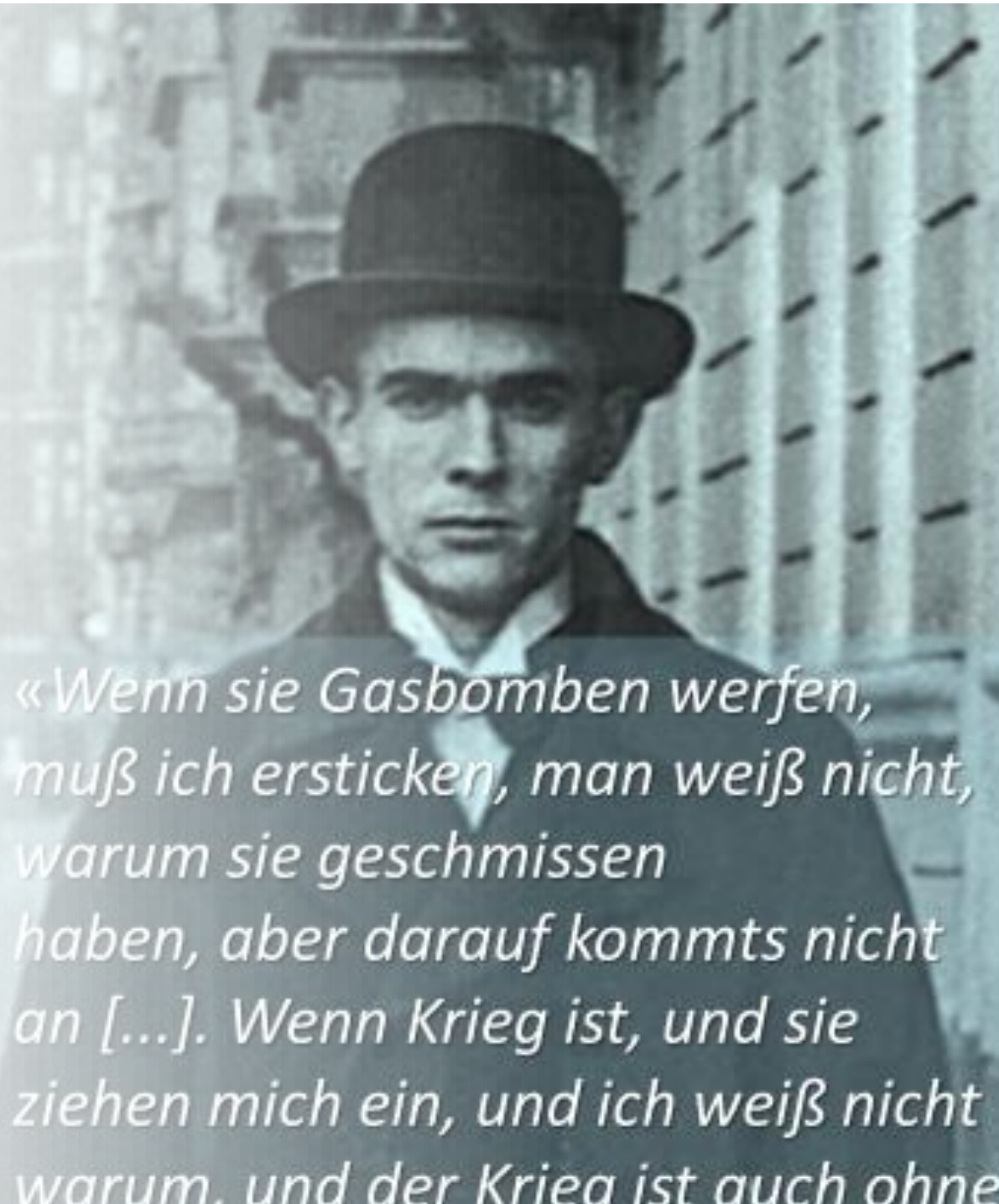
- einer vorbestehenden Labilität

  «unfallfremde Ursache»

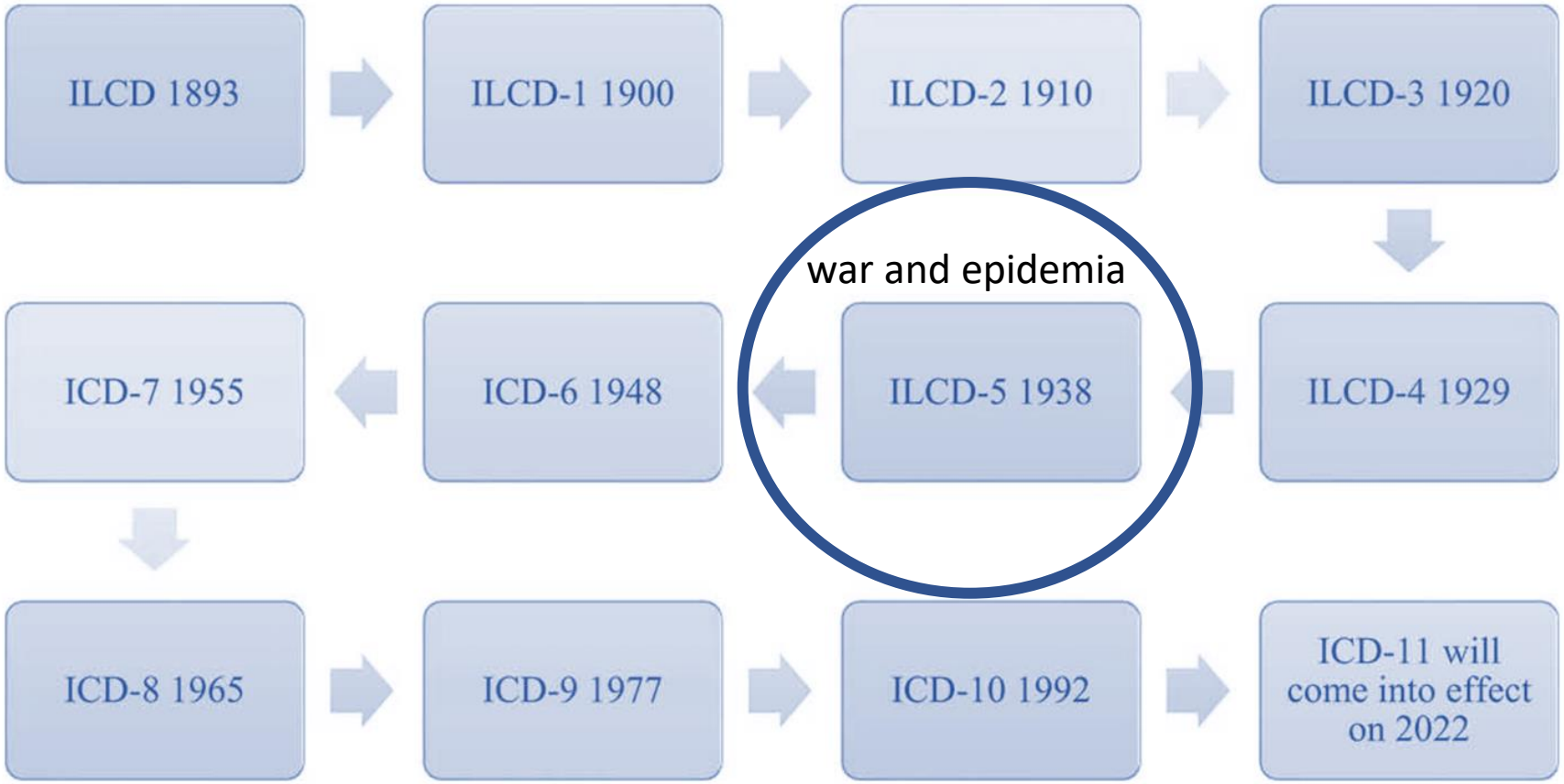
- eine Ausflucht

  «Rentenbegehren»

Stigmatisierung der Erkrankten mit traumaassoziierten (Schmerz)- Erkrankungen



From International List of Causes of Death (ILCD) to International Classification of Diseases (ICD)



Lemberg
Lviv

Gut eine Woche nach dem Überfall auf die Sowjetunion 1941 erreichten deutsche Truppen die galizische Hauptstadt Lemberg.

Fleck-Fieber

epidemic typhus

by *Rickettsia prowazekii*

…epidemic in Easter Europa

…caused hundreds of thousands of deaths during World War II.

Ludwik Fleck 1896-1961

- Mikrobiologe
- Immunologe
- Impfpionier
- Wissenschaftstheoretiker

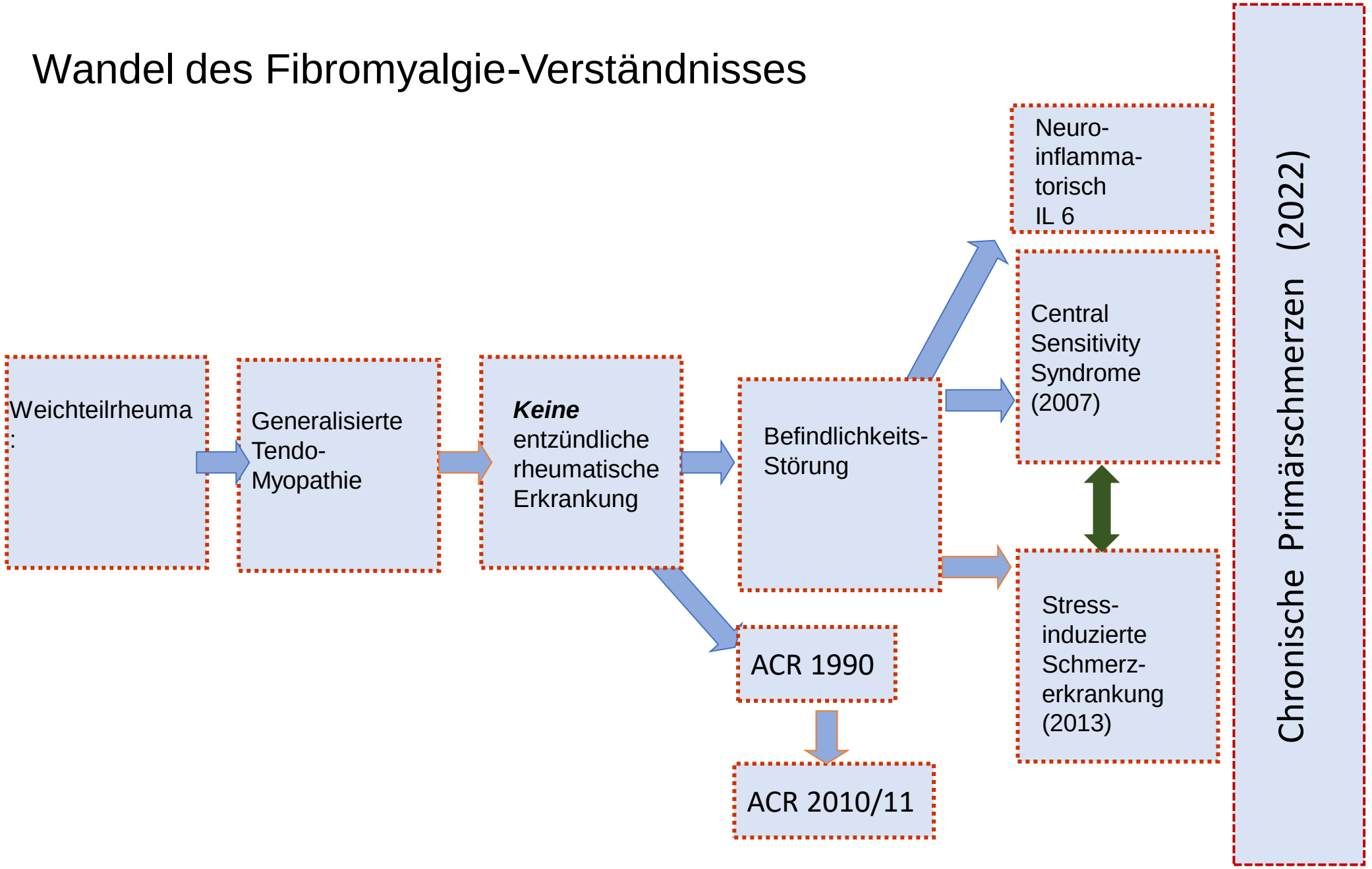
Ludwik Fleck 1896-1961

«Das ärztliche Wissen gleicht einem ständigen Fluss. In ihm bilden sich immer wieder bestimmte methodische Ideen und leitende Gedanken zum dominierenden Standpunkt heraus.»

«Diese sind aber immer lediglich temporäre Konzeptionen, die dynamisch in neue Orientierungen übergehen.»

Ludwik Fleck 1896-1961

Wandel des Fibromyalgie-Verständnisses



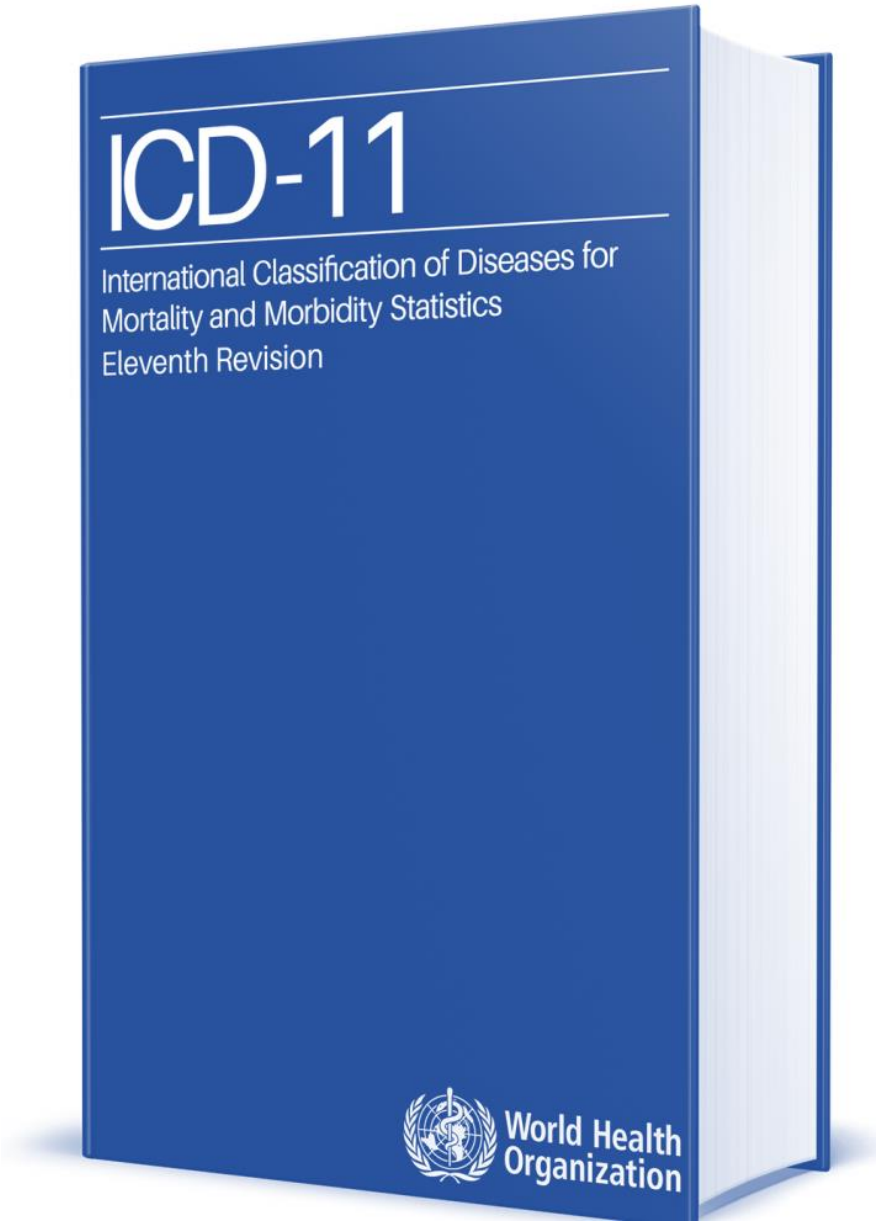
Dynamisches

taxonomisches Instrument der WHO

zur globalen Erfassung von gesundheitlichen Problemen

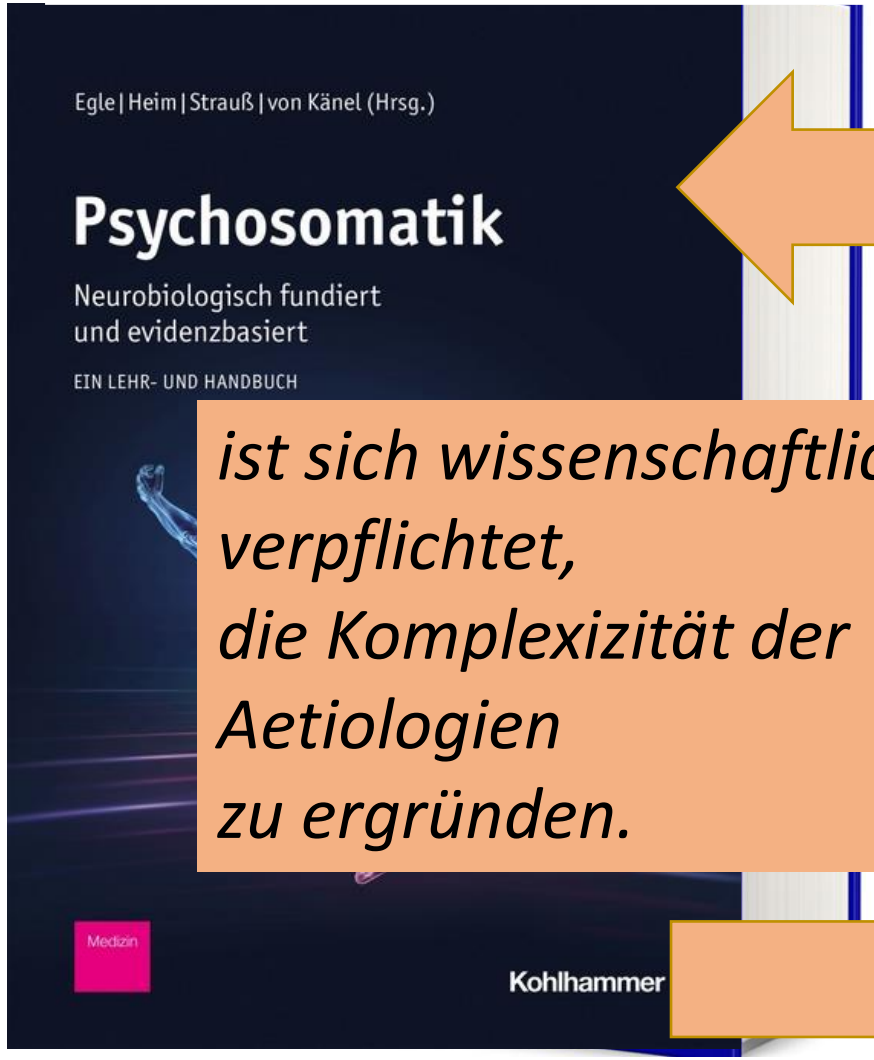
ICD 11: Die ICD dient dazu, Diagnosen von Krankheiten und anderen Gesundheitsproblemen in einen alphanumerischen Code zu übersetzen und die **sprachunabhängige Speicherung zur digitalen Analyse der Daten** zu ermöglichen.

Epidemiologisches Codierungssystem.
Kein medizinisches Lehrbuch!

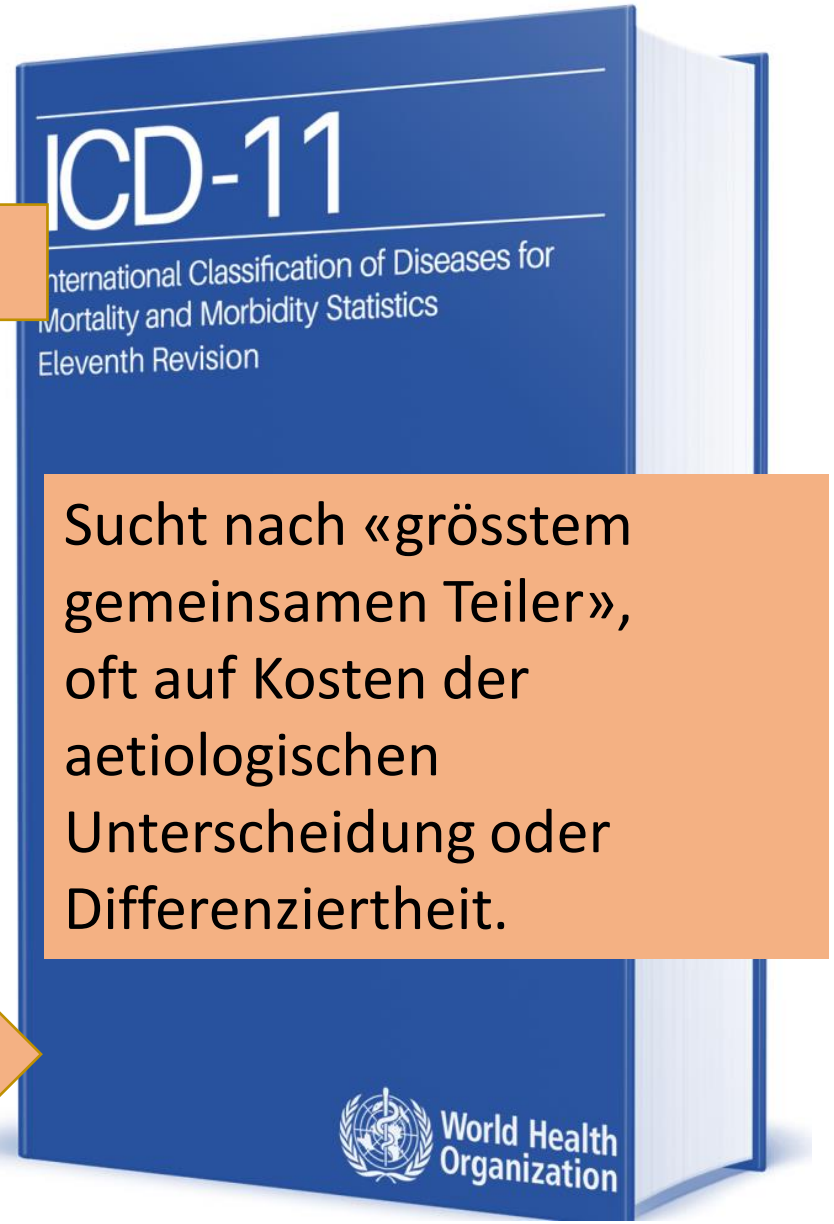


Krankheitsphänomene ursächlich *verstehen*

Krankheitsphänomene *kodierbar* machen



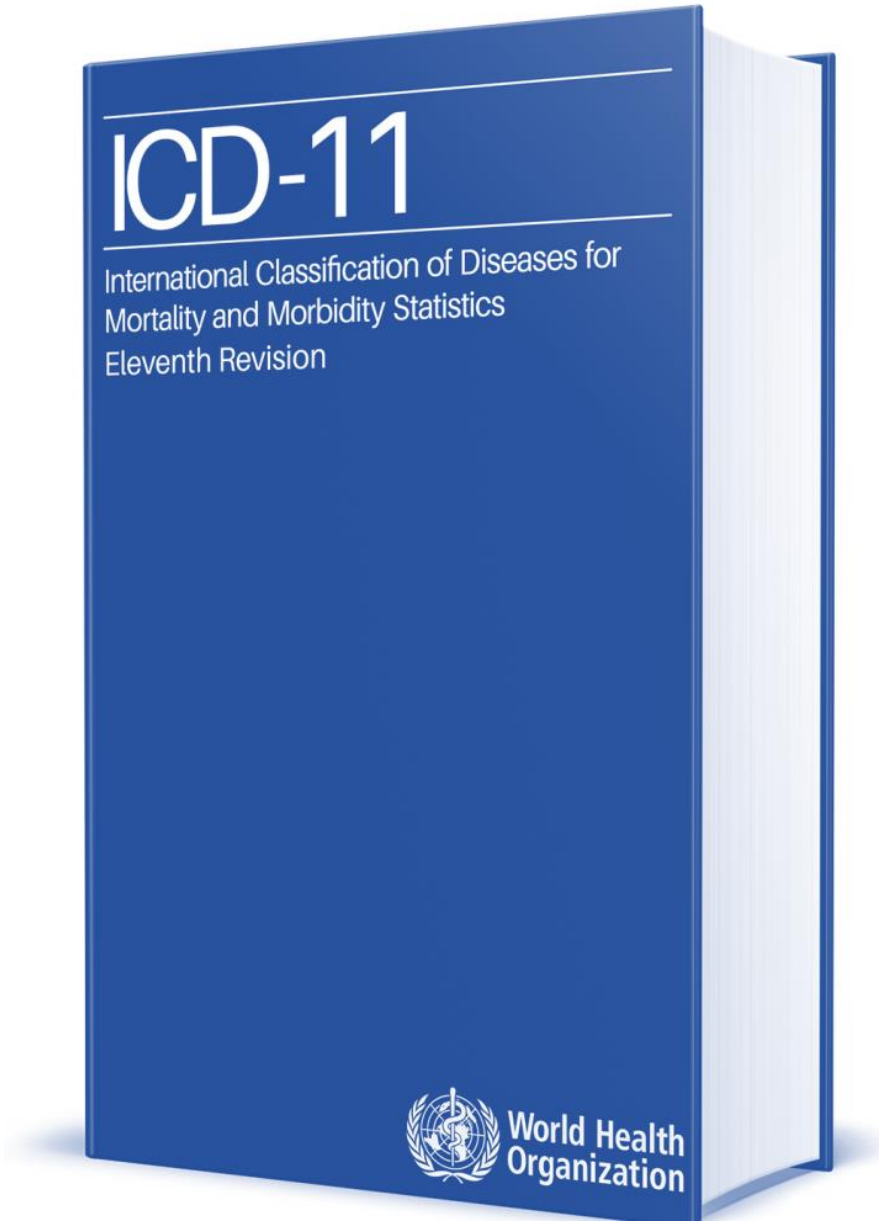
ist sich wissenschaftlich verpflichtet,
die Komplexizität der Aetiologien
zu ergründen.



Sucht nach «grösstem gemeinsamen Teiler», oft auf Kosten der aetiologischen Unterscheidung oder Differenziertheit.

ICD-11:
Chronischer Schmerz

Die Klassifikation wurde von einer interdisziplinären Task Force der *International Association for the Study of Pain* (IASP) entwickelt, um **Lücken und Fehler in der Vorversion ICD-10** zu beheben.



Topical Review

PAIN

OPEN

A classification of chronic pain for *ICD-11*

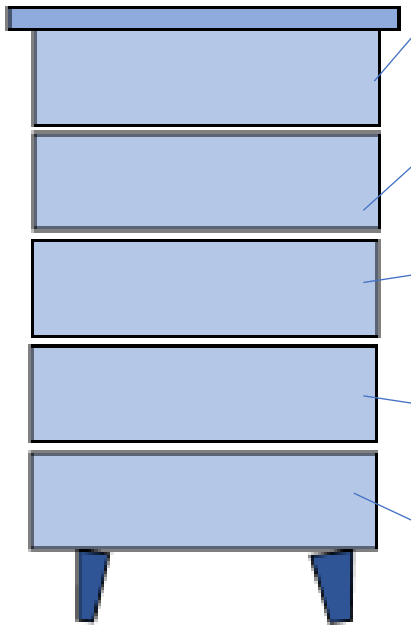
Rolf-Detlef Treede[a], Winfried Rief[b], Antonia Barke[b,*], Qasim Aziz[c], Michael I. Bennett[d], Rafael Benoliel[e], Milton Cohen[f], Stefan Evers[g], Nanna B. Finnerup[h], Michael B. First[i], Maria Adele Giamberardino[j], Stein Kaasa[k], Eva Kosek[l], Patricia Lavand'homme[m], Michael Nicholas[n], Serge Perrot[o], Joachim Scholz[p], Stephan Schug[q], Blair H. Smith[r], Peter Svensson[s,t], Johan W.S. Vlaeyen[u,v], Shuu-Jiun Wang[w]

1. Introduction

Chronic pain has been recognized as pain that persists past normal healing time[5] and hence lacks the acute warning function of physiological nociception.[35] Usually pain is regarded as chronic when it lasts or recurs for more than 3 to 6 months.[29] Chronic pain is a frequent condition, affecting an estimated 20% of people worldwide[6,13,14,18] and accounting for 15% to 20% of physician visits.[25,28] Chronic pain should receive greater attention as a global health priority because adequate pain treatment is a human right, and it is the duty of any health care system to provide it.[4,13]

The current version of the *International Classification of Diseases* (*ICD*) of the World Health Organization (WHO) includes some diagnostic codes for chronic pain conditions, but these diagnoses do not reflect the actual epidemiology of chronic pain, nor are they categorized in a systematic manner. The *ICD* is the preeminent tool for coding diagnoses and documenting investigations or therapeutic measures within the health care systems of many countries. In addition, *ICD* codes are commonly used to report target diseases and comorbidities of participants in clinical research.

Katalogisierungs-prozess ICD



ICD-10

F-Diagnosen (Psychiatrie):
- Persistent somatoform pain disorder (F45.4)
- Chronic pain disorder with somatic and psychological factors (F45.41 German Modification)
- Enduring personality change due to chronic pain (F62.8)

G-Diagnosen (Neurologie)
- Migraine (G43),
- Tension type headache (G44.2)
- Trigeminal neuralgia (G50.0)
- Postzoster neuralgia (G53.0)
- Phantom limb pain (G54.6)
- Causalgia (G56.4)

I-Diagnosen (Herz-Kreislauf-System)
- Angina pectoris (I20)
- Intermittent claudication (I73.9)

K-Diagnosen (Verdauungssystem)
- Temporomandibular joint disorders (K07.6)
- Irritable bowel syndrome (K58)

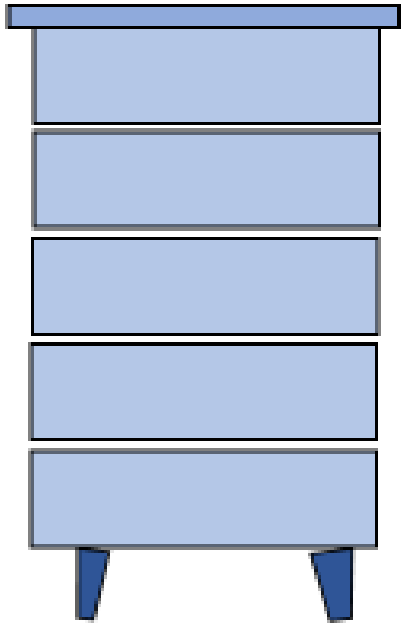
M-Diagnosen (Muskuloskelettale Erkrankungen)
- Coxarthrosis (M16)
- Low Back pain (M54.5)
- Sciatica (M54.3)
- Fibromyalgia (M79.4)
- Algoneurodystrophy (M89.0)

R-Diagnosen (symptoms, not otherwise specified)
- Chest pain, NCCP, precordial chest pain R07
- Abdominal pain, pelvic pain R10
- Pain while urinating R30.9
- Chronic intractable pain R52.1

Katalogisierungs-prozess ICD

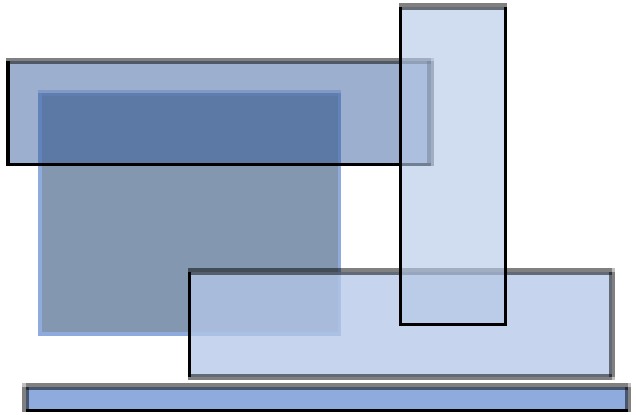
Vortest (Barke et al 2021)
177 Experten aus 35 Ländern codierten 2017:
2576 vorgegebene diagnostische Begriffe,
1342 vorgegebene Fälle und 12 Fallvignetten

53 % Probleme



ICD-10

14% Probleme



ICD-11

Chronische Primärschmerzen neu

= Taxonomische Neubezeichnung / Neugruppierung in ICD-11 für chronische Schmerzen ohne suffizient erklärende läsionale Ursache.

- Begriffsverwendung analog zur *primären* und *sekundären* arteriellen Hypertonie

- > 3 Monate bestehend
- Assoziiert mit emotionalem Distress und/oder funktionellen Einschränkungen
- Beispiele sind u.a. *Fibromyalgie*, *komplexes regionales Schmerzsyndrom*, *chronische Migräne*, *Reizdarmsyndrom*, *unspezifische Kreuzschmerzen* sowie *somatoformen Schmerzstörungen*.

Chronische Primärschmerzen neu

= Taxonomische Neubezeichnung / Neugruppierung in ICD-11 für chronische Schmerzen ohne suffizient erklärende läsionale Ursache.

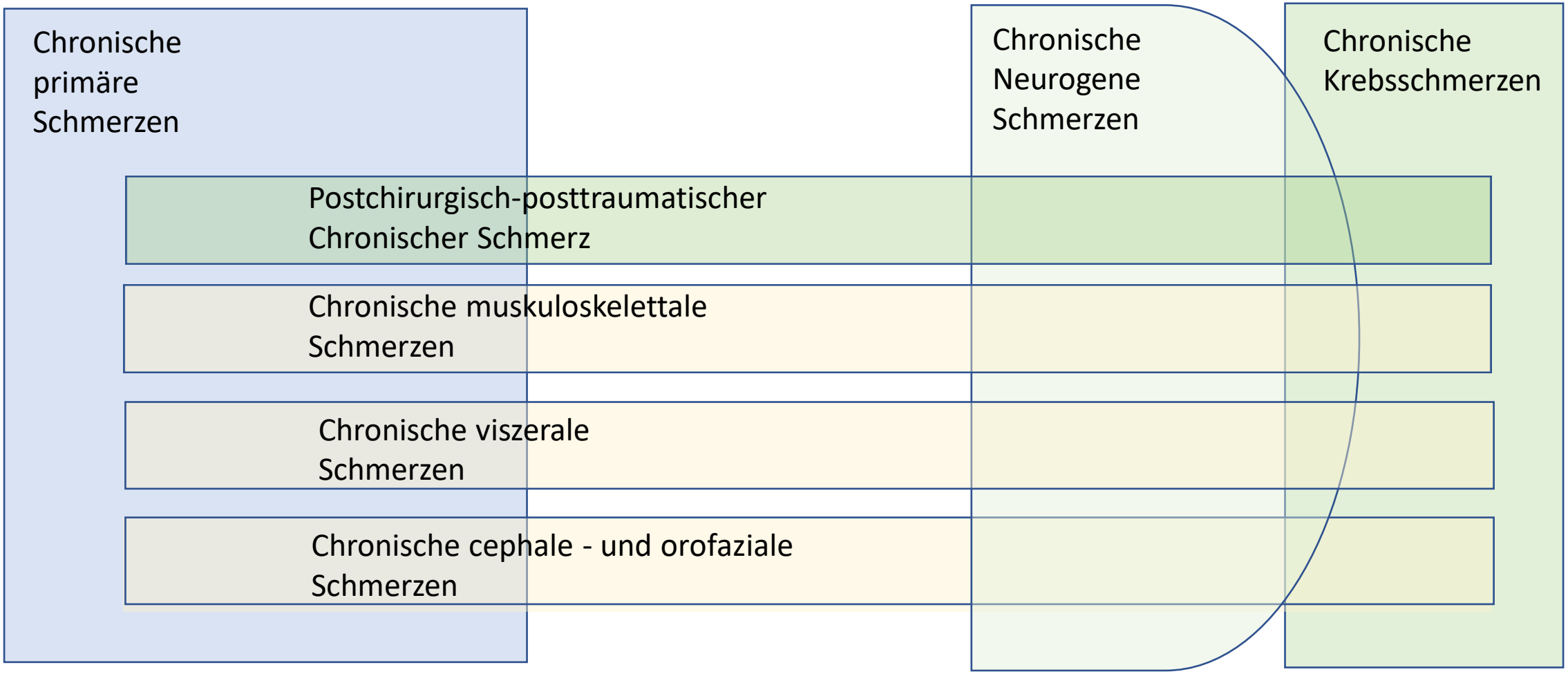
Es wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen:
Wobei organische Faktoren weder ausgeschlossen sind, noch das Vorliegen besonderer psychosozialer Faktoren eine Bedingung ist.

In Zukunft sollen diese Diagnosen den Zugang zu qualitätsgesicherter multimodaler Therapie und Prävention steuern.

Hauptkategorien der Schmerzkrankheiten in ICD-11 (Kapitel MG30)

Primär
ohne erklärende Läsion

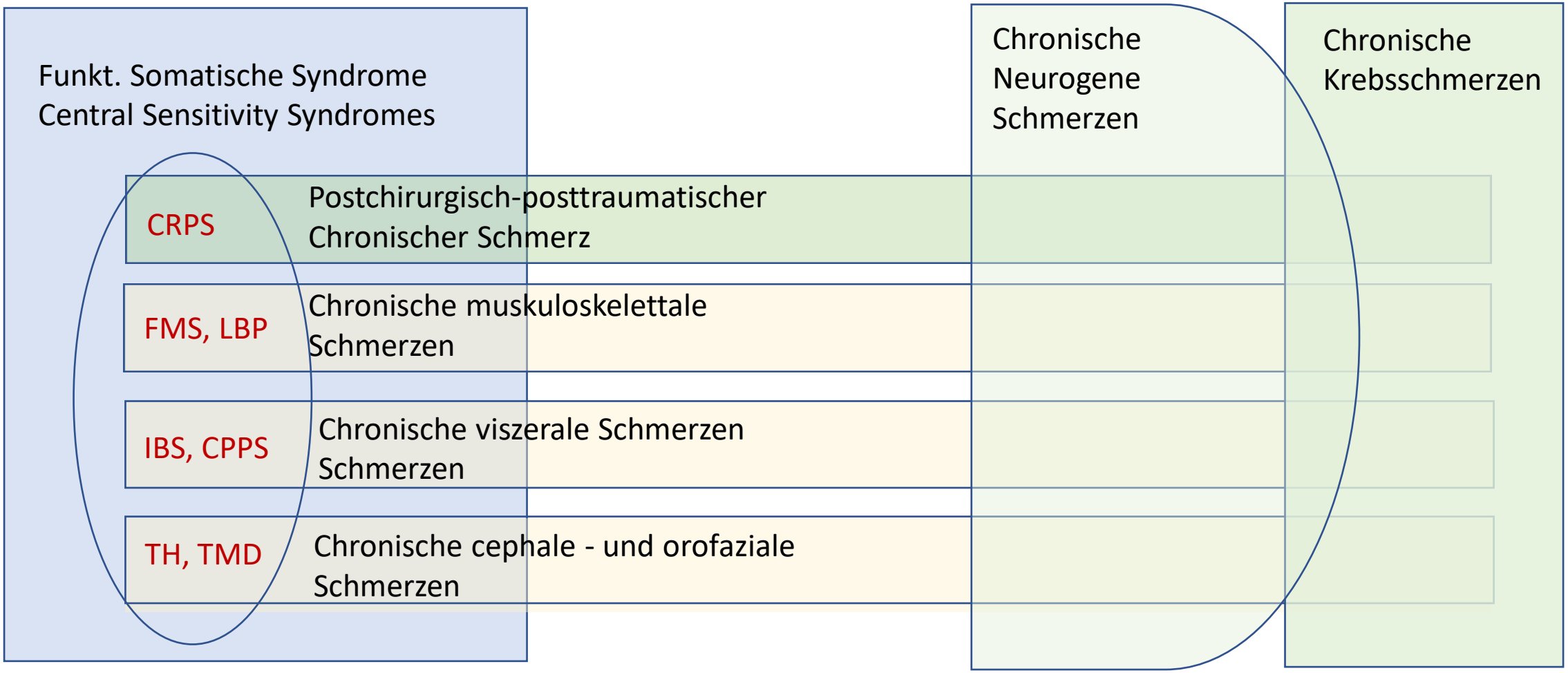
Sekundär
I.R. strukturell relevanter Läsion



in Anlehnung an Treede et al, Pain 2015

Primär
ohne erklärende Läsion

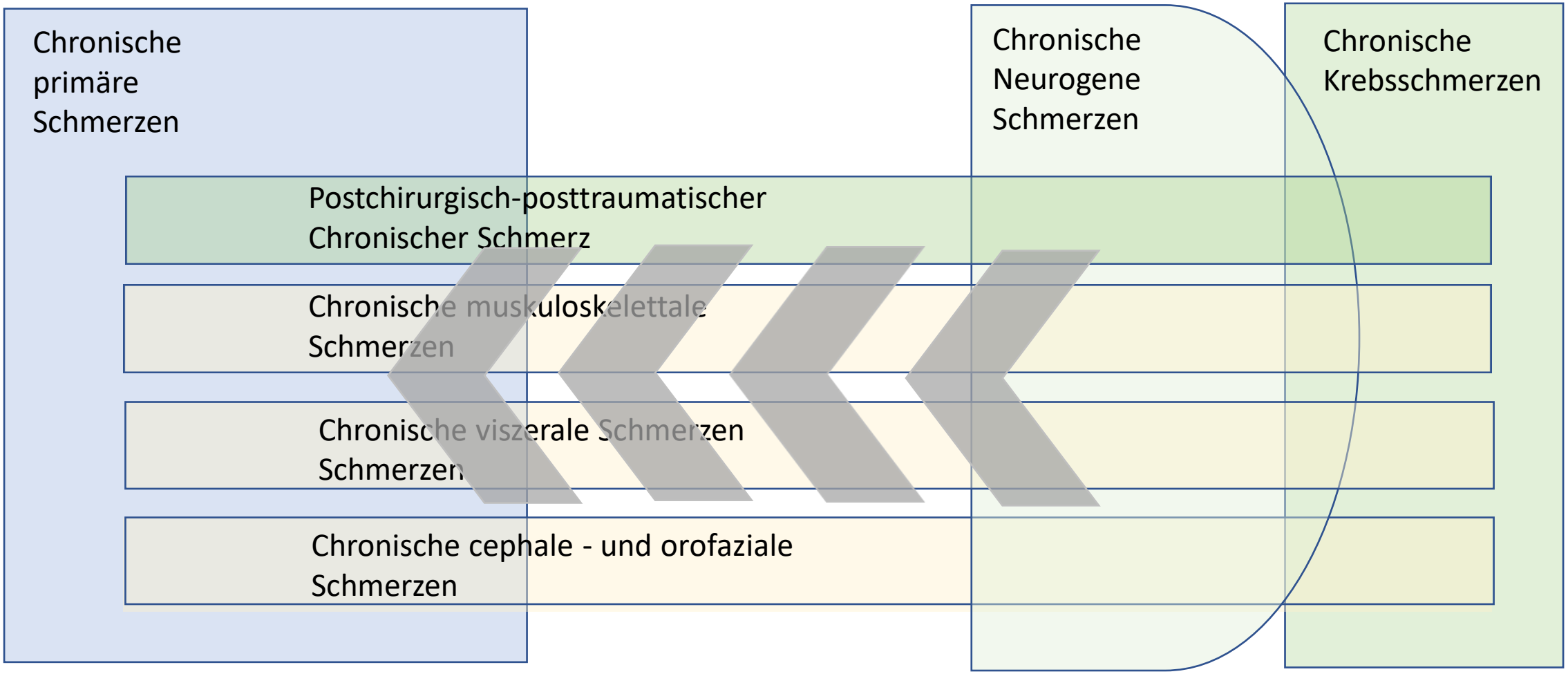
Sekundär
I.R. strukturell relevanter Läsion



in Anlehnung an Treede et al, Pain 2015

Primär
ohne erklärende Läsion

Sekundär
I.R. strukturell relevanter Läsion



in Anlehnung an Treede et al, Pain 2015

Wandel des Denkstils (Paradigmas)

Erkenntnis
-zuwachs

Klinisch-wissenschaftliche Erkenntnisentwicklung

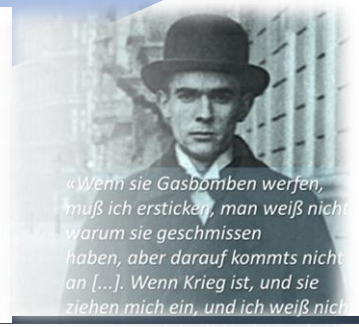
non-dual

integrativ-multikausal

Psyche

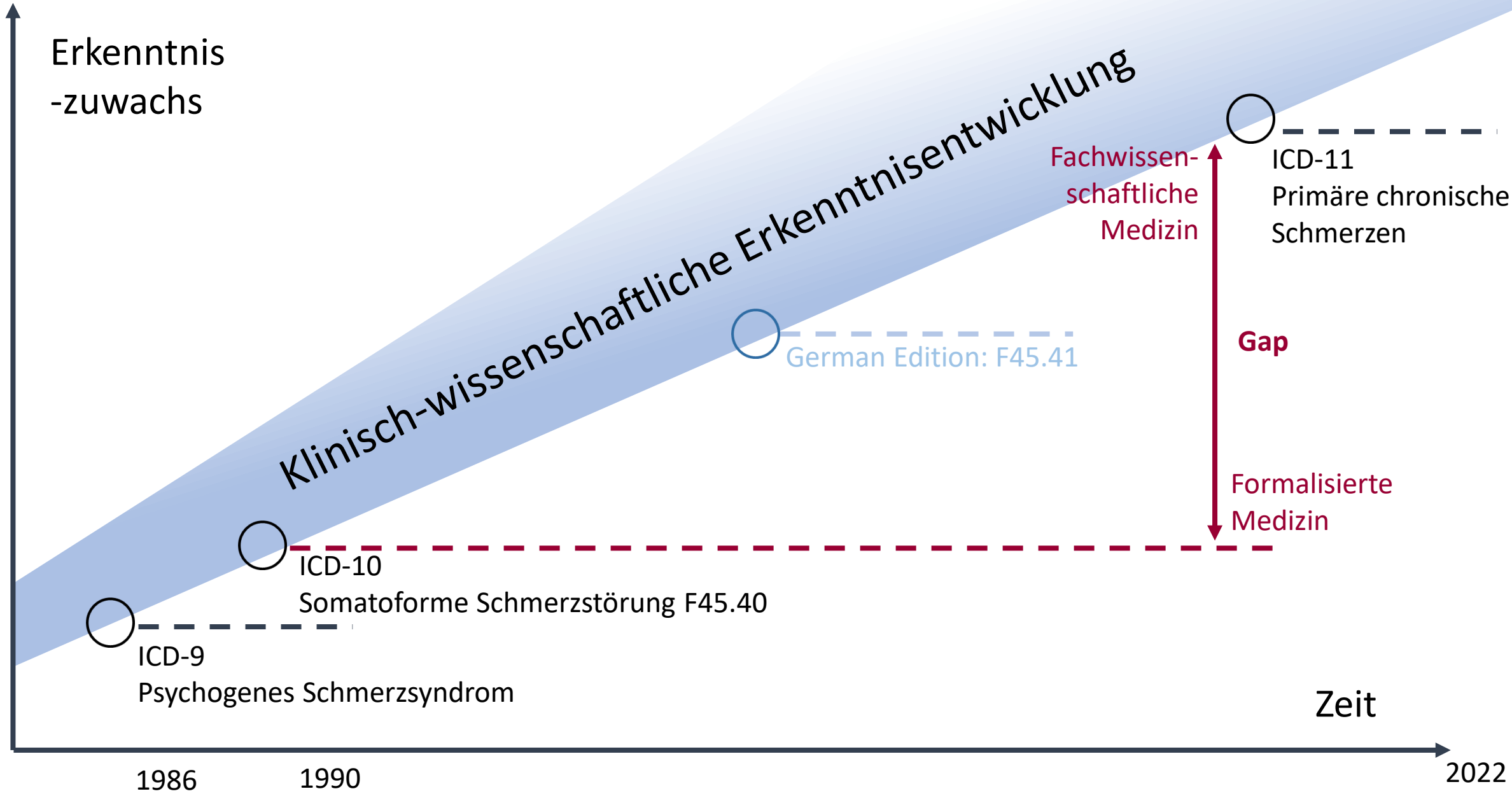
Maschinenkörper

dualistisch-psychodynamisch



materialistisch-stigmatisierend

Zeit


Erkenntnis
-zuwachs
Klinisch-wissenschaftliche Erkenntnisentwicklung
Fachwissen-
schaftliche
Medizin
ICD-11
Primäre chronische
Schmerzen
German Edition: F45.41
Gap
Formalisierte
Medizin
ICD-10
Somatoforme Schmerzstörung F45.40
ICD-9
Psychogenes Schmerzsyndrom
Zeit
1986
1990
2022

ICD 9 und 10

kartesianisch-dualistisches Schmerzverständnis

Entweder:
Schädigung des Bewegungsapparates, resp. Nerves

Oder:
Psychische Erkrankung

ICD 11

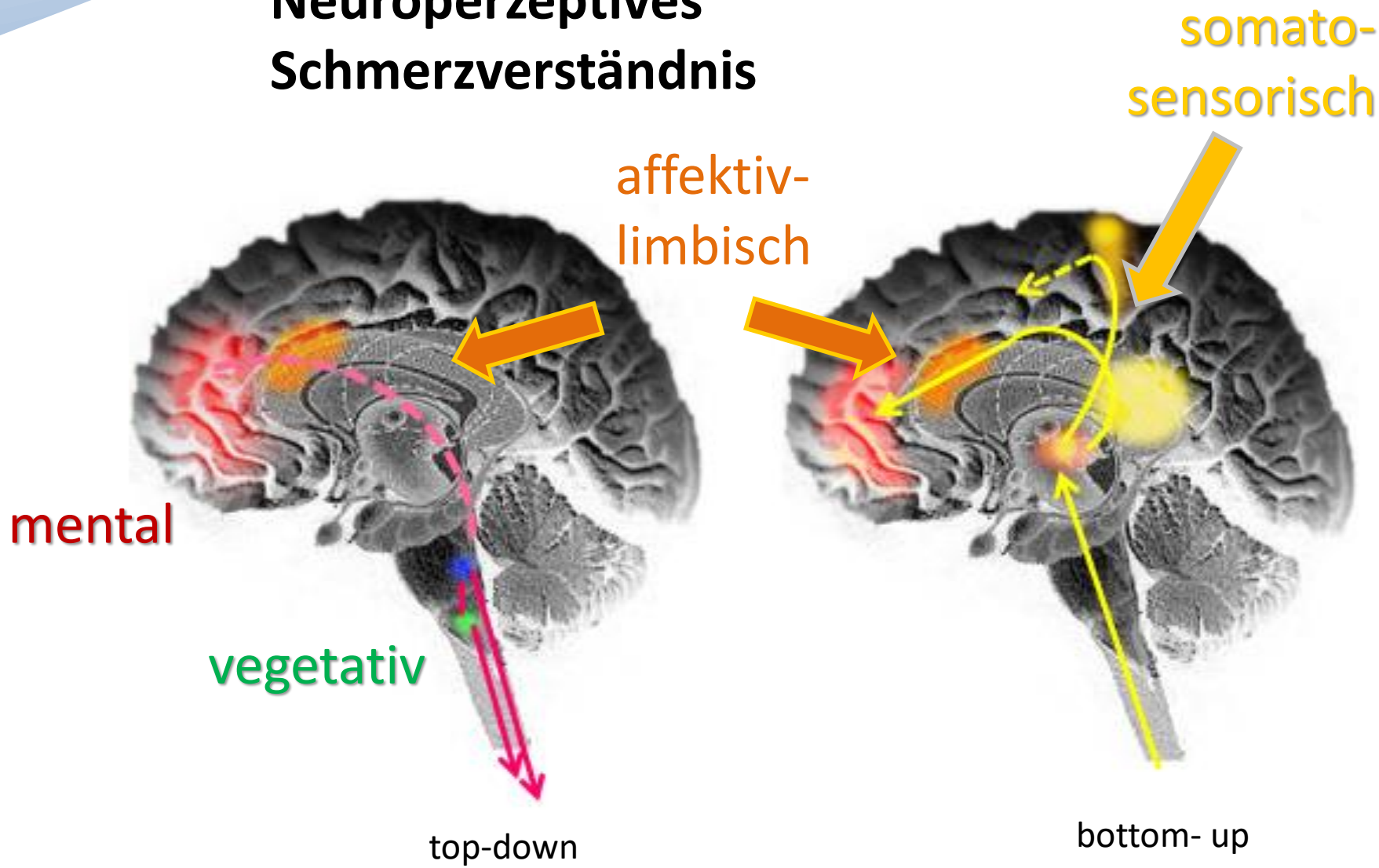
nichtdualistisches Schmerzverständnis

neuroperzeptive Alarmfunktion
im Wirkfeld
biopsychosozialer Einflüsse

Es steht ausser Frage, dass chronischer Schmerz mit den klassischen psychischen Funktionen interagiert.
Aber: Klare Absage nicht-läsionale Schmerzen a priori als *psychogene Störungen* zu taxieren.

neu

Neuroperzeptives Schmerzverständnis



Entstigmatisierung

Narrative Review PAIN 160 (2019) 28–37

PAIN

ICD-11

The IASP classification of chronic pain for *ICD-11*: chronic primary pain

Michael Nicholas[a], Johan W.S. Vlaeyen[b,c,d], Winfried Rief[e], Antonia Barke[e], Qasim Aziz[f], Rafael Benoliel[g], Milton Cohen[h], Stefan Evers[i], Maria Adele Giamberardino[j], Andreas Goebel[k], Beatrice Korwisi[e], Serge Perrot[l], Peter Svensson[m,n], Shuu-Jiun Wang[o,p], Rolf-Detlef Treede[q,*], The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain

... avoiding obscure and potentially laden terms such as “somatoform,” “nonspecific,” or “functional”.

SpringerLink

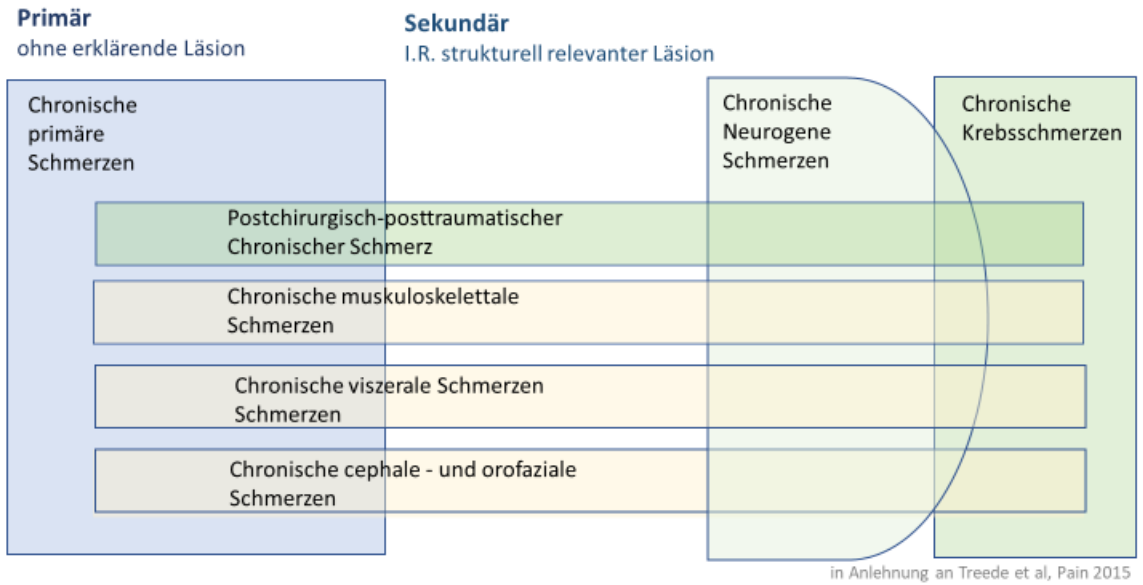
Chronischer Schmerz ist weder eine psychische noch eine funktionelle Störung, sondern in der ICD-11 (endlich) eine eigenständige Diagnose

Chronic pain is neither a mental nor a functional disorder but in ICD-11 (finally) an independent diagnosis

Paul Nilges ✉, Winfried Rief, Rolf-Detlef Treede & Michael Zenz

Der Nervenarzt **92**, 716–717 (2021)

Hauptkategorien der Schmerzkrankheiten in ICD-11



in Anlehnung an Treede et al, Pain 2015

ICD 11

nichtdualistisches Schmerzverständnis

neuroperzeptive Alarmfunktion
im Wirkfeld
biopsychosozialer Einflüsse

Jeder chronische Schmerz erfährt eine deskriptive «Postkoordination», welche explizit nach der **subjektiven Realitätsphänomenologie** und psychosozialen Faktoren fragt.

neu

Assoziiert mit *(use additional code, if desired .)*

XS7G Psychosoziale Faktoren vorhanden

XS8 ne psychosoziale Faktoren vorhanden

Disposition? (pain proneness /action pronenes /?)
Schmerzunterhaltender Faktor? (affektiv, vegetativ /behavioural)
Folgezustand ? (z.B. Arbeits-, Rollenverlust, Alltagseinschränkungen)

hat Schweregrad *(use additional code, if desired .)*

XS5B Kein Schmerz

XS5D Milder Schmerz

XS9Q Mäßiger Schmerz

XS2E Ernster/starker Schmerz

Has alternative severity 1 *(use additional code, if desired .)*

XS1J Kein Leidensdruck

XS3R Milder Leidensdruck

XS7C Mäßiger Leidensdruck

XS7N Ernster/schwerer Leidensdruck

Assoziiert mit *(use additional code, if desired .)*

XS7G Psychosoziale Faktoren vorhanden

XS8B Keine psychosoziale Faktoren vorhanden

hat Schweregrad *(use additional code, if desired .)*

XS5B Kein Schmerz

XS5D Milder Schmerz

XS9Q Mäßiger Schmerz

XS2E Ernster/starker Schmerz

VAS / NAS

Sensorische Komponente

Has alternative severity 1 *(use additional code, if desired .)*

XS1J Kein Leidensdruck

XS3R Milder Leidensdruck

XS7C Mäßiger Leidensdruck

XS7N Ernster/schwerer Leidensdruck

Assoziiert mit *(use additional code, if desired .)*

XS7G Psychosoziale Faktoren vorhanden

XS8B Keine psychosoziale Faktoren vorhanden

hat Schweregrad *(use additional code, if desired .)*

XS5B Kein Schmerz

XS5D Milder Schmerz

XS9Q Mäßiger Schmerz

XS2E Ernster/starker Schmerz

Has alternative severity 1 *(use additional code, if desired .)*

1J Kein Leidensdruck

3R Milder Leidensdruck

XS7C Mäßiger Leidensdruck

XS7N Ernster/schwerer Leidensdruck

Affektive Komponente

Has alternative severity 2 *(use additional code, if desired .)*

XS71 Keine schmerzbedingte Beeinträchtigung

XS5R Milde schmerzbezogene Beeinträchtigung

XS2L Mäßige schmerzbezogene Beeinträchtigung

XS2U Ernste/schwere schmerzbezogene Beeinträchtigung

Alltagseinschränkungen

Bsp. in Bezug zu Mobilität, Schlaf, Geistesfunktionen, sozialer Teilhabe, etc.

Temporales Verlaufsmuster und Auftreten

XT5G Intermittierend

XT6Z Persistent

XT5T Persistent mit Attacken überlagert

ICD-11: Denkstil-Wechsel

- eigenständige Entität
  (nicht nur Symptom)
- Entstigmatisierung
  (auch wenn keine Läsion vorliegt)
- keine psychiatrische Diagnose
  (Abstand von Psychologisierungen)
- Integration der subjektiven Realitätsphänomenologie
  (Abstand vom medizinischen Materialismus)
- Entschärfung der kartesianischen Dualismus'
  (Schmerz = Perzeptiver Prozess)

Non-duales Menschenbild

Narrative Review

PAIN 160 (2019) 28–37

PAIN

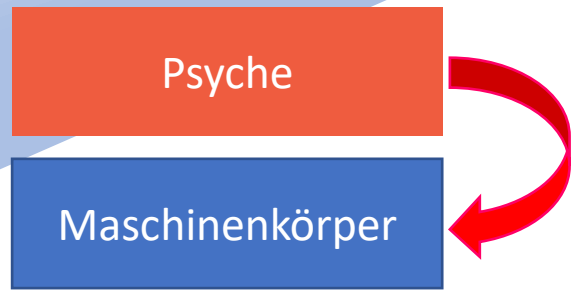
The IASP classification of chronic pain for *ICD-11*: chronic primary pain

Michael Nicholas[a], Johan W.S. Vlaeyen[b,c,d], Winfried Rief[e], Antonia Barke[e], Qasim Aziz[f], Rafael Benoliel[g], Milton Cohen[h], Stefan Evers[i], Maria Adele Giamberardino[j], Andreas Goebel[k], Beatrice Korwisi[e], Serge Perrot[l], Peter Svensson[m,n], Shuu-Jiun Wang[o,p], Rolf-Detlef Treede[q,*], The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain

«The alternative of pain being either «somatic» or «psychogenic» has become obsolete in several ways…»

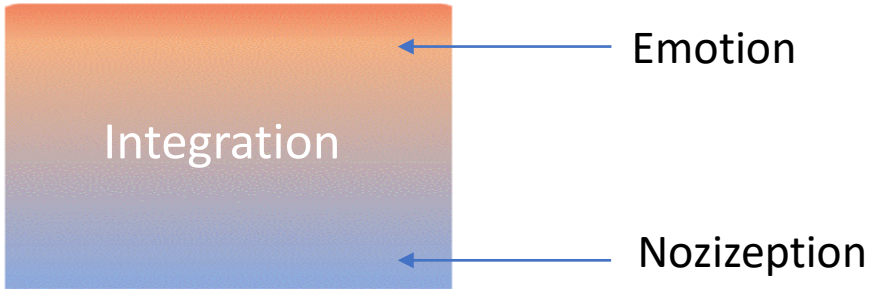
ICD 9 und 10

kartesianisch-dualistisches Schmerzverständnis



ICD 11

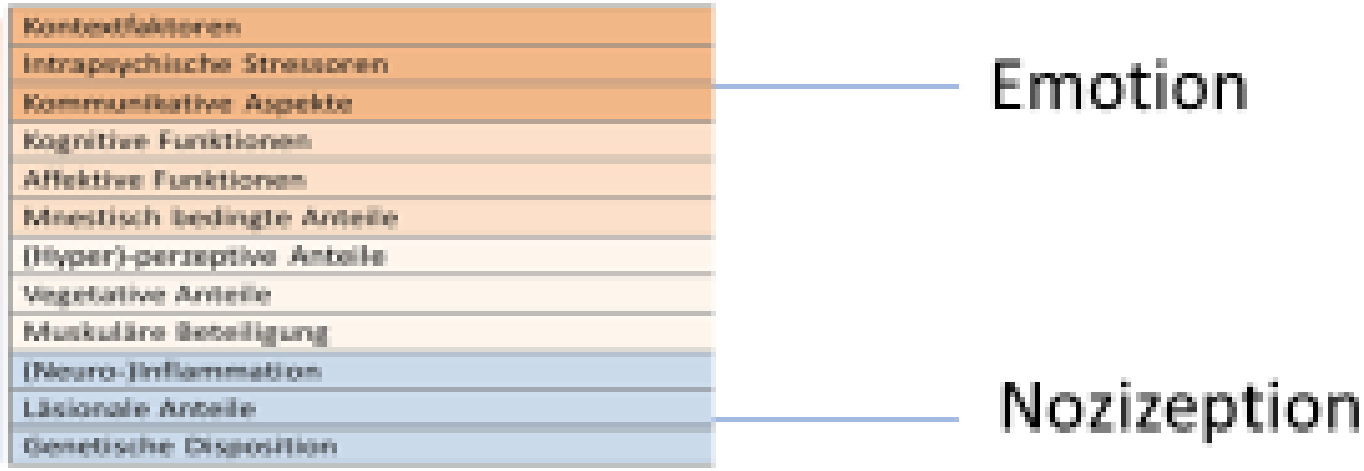
Neuroperzeptives Schmerzverständnis



ches

ICD 11

Neuroperzeptives Schmerzverständnis



schulenübergreifend, multiperspektivisch

psycho-
dynamisches
Schmerz-
verständnis

Multikausales
Schmerzverständnis

F45.40 **F45.41** **F45.41** **F45.41** **F45.41** **F45.41** **F45.41** **F45.41**

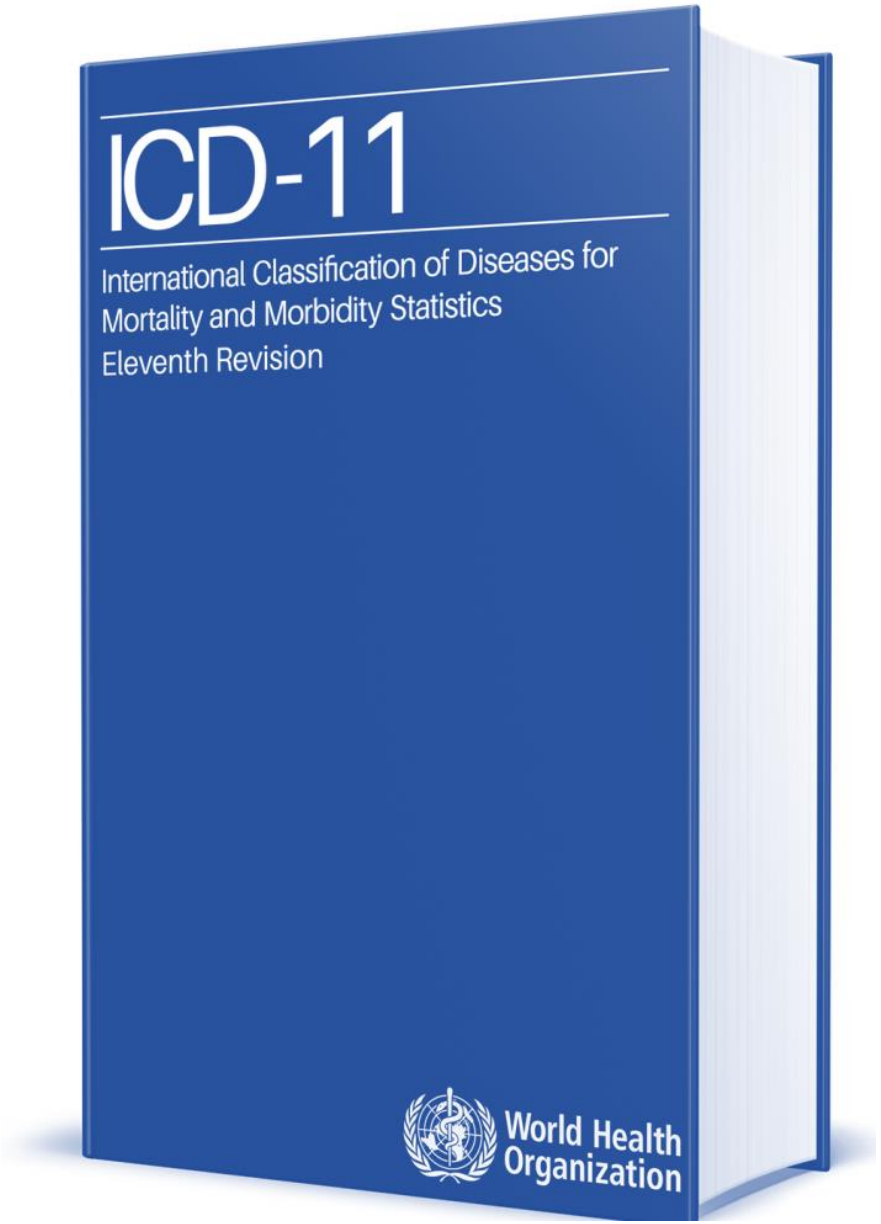
Was wird mit dem psychodynamischen Modell aus ICD-10 ?

Es profitiert oft genauso von einer *abgestuften Einbettung in ein multikausales Schmerzverständnis*, wie es sich für die übrigen Fälle mit chronischem Schmerz (45.41) durchgesetzt hatte und es sich im Schmerzverständnis von ICD-11 wiederspiegelt.

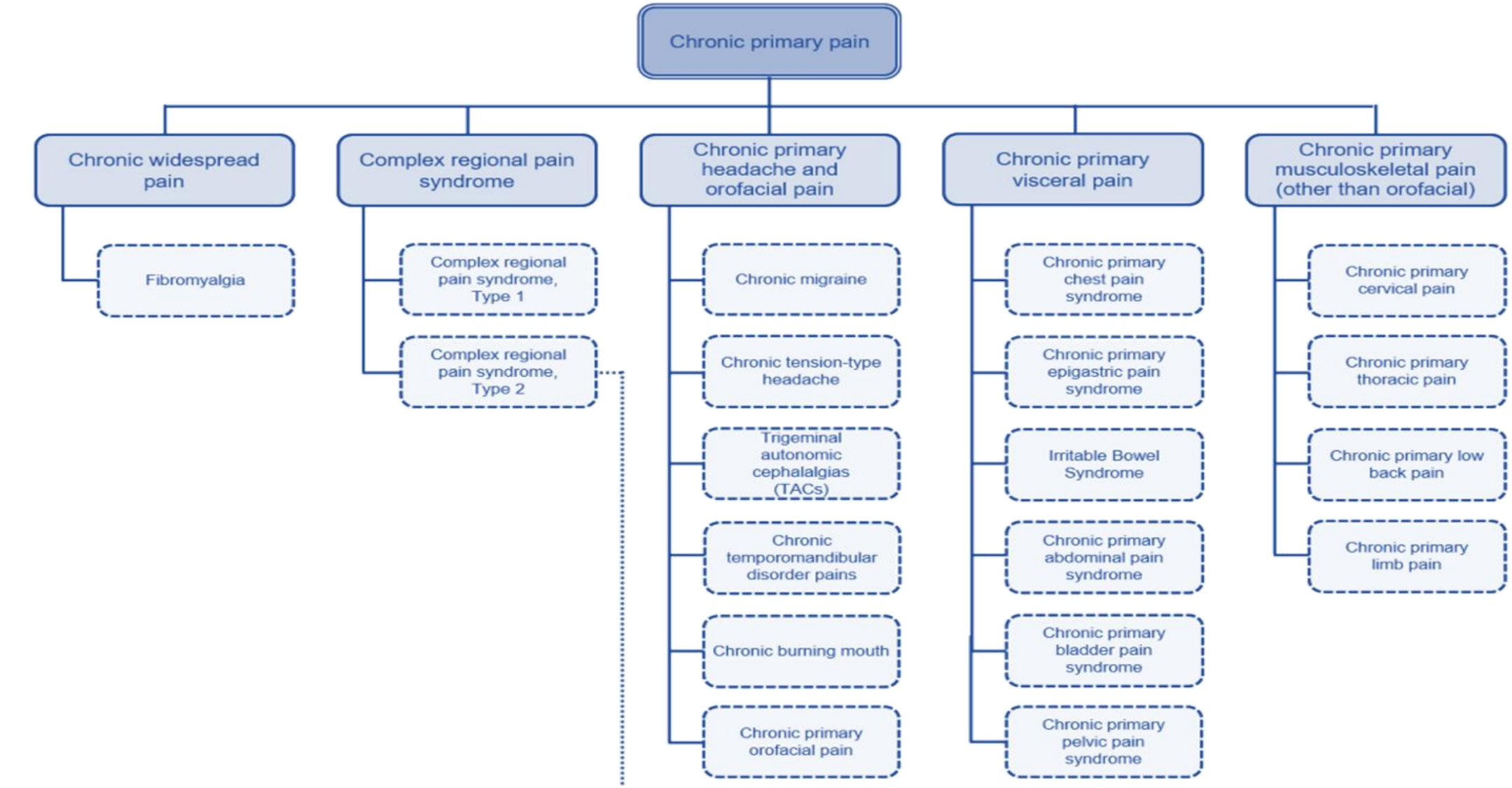
?

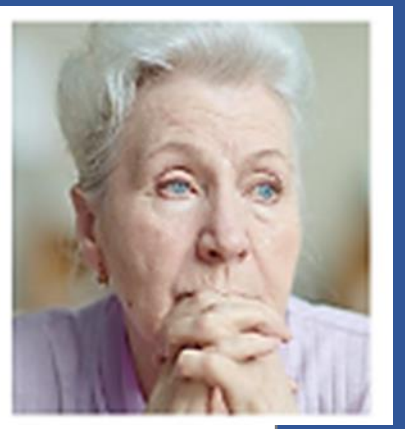
Droht nun ein Einheitsbrei?

Wird mit Einführung des
«chronischen Primärschmerzes»
CRPS, Fibromyalgie, Reizdarm, etc.
alles *Einunddasselbe*?
Droht mit ICD-11 eine
Entdifferenzierung der Diagnostik?



Nein: Subkategorien chronischer Primärschmerzen in ICD-11





Pat YX

1. Chronische Primärschmerzen m/b Level 1

1.1 **Chronic widespread pain (Beginn 03/2018)** Level 2

1.2 **Fibromyalgiforme Ganzkörperschmerzen** Level 3

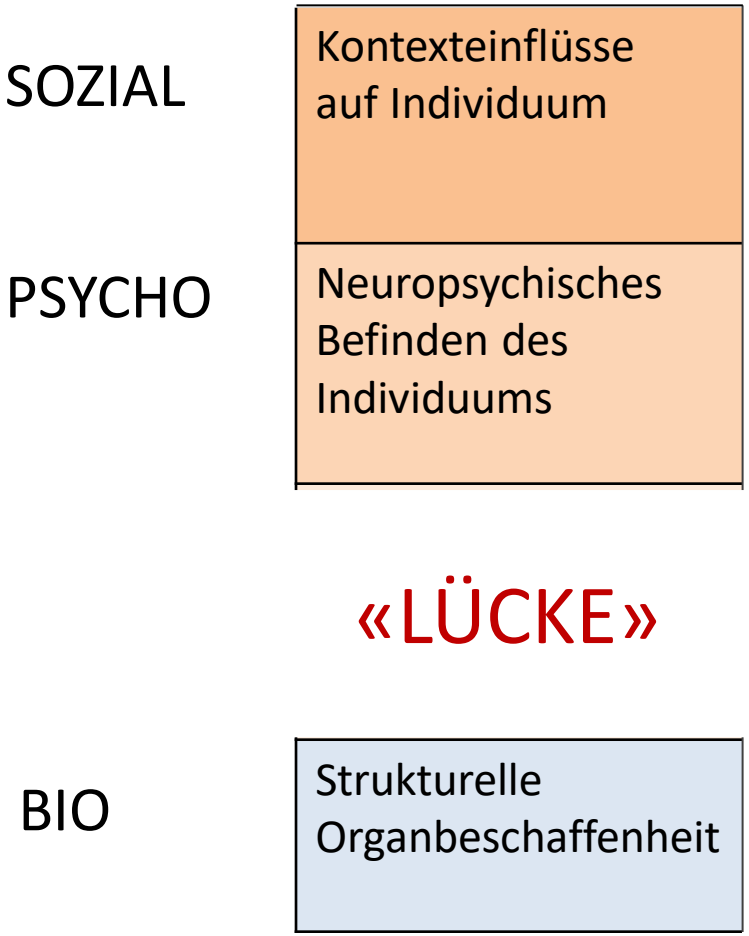
WBI 14/ SSS 10 (05/2019)

1.4 Postkoordination (06 /2021): Level 4

- Psychosoz. Faktoren: vorhanden (Painproneness, Actionproneness)
- Schwergrad: mässig (VAS 5/10)
- Leidendruck: mässig (VAS 5/10)
- Alltagsbeeinträchtigung: mässig bis schwer (5-7/10)
- Dynamik: persistierend mit bewegungs- und stressassoziierten Exazerbationen

ICD-11

Grundsätzlich ist das ICD-11-Konzept des chronischen Schmerzes (Kapitel MG30) im Einklang mit dem klinischen Verständnis von chronischem Schmerz, wie es sich in den letzten Jahren in den meisten Kliniken in der Schweiz durchgesetzt hat.

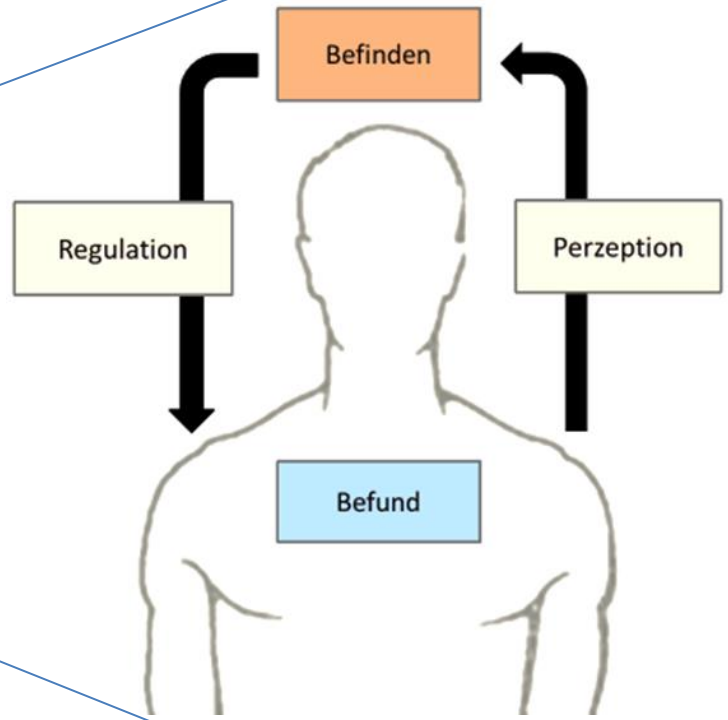


Die Vertreter dieses Menschenbildes sprechen davon, dass es heute die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist sei, erstmals ein wissenschaftlich begründetes, ganzheitliches Verständnis von Krankheit bzw. Gesundheit erlaube und insbesondere auch der WHO als Basis ihrer Arbeit diene. [1, 2] Doch sie reihen die Bereiche des Biologischen, Geistigen, Psychischen und Sozialen einfach zusammenhangslos aneinander, ohne angeben zu können, wie sie in Beziehung zueinander stehen. Sie gehen wie Descartes davon aus, dass das Biologische auf der einen Seite

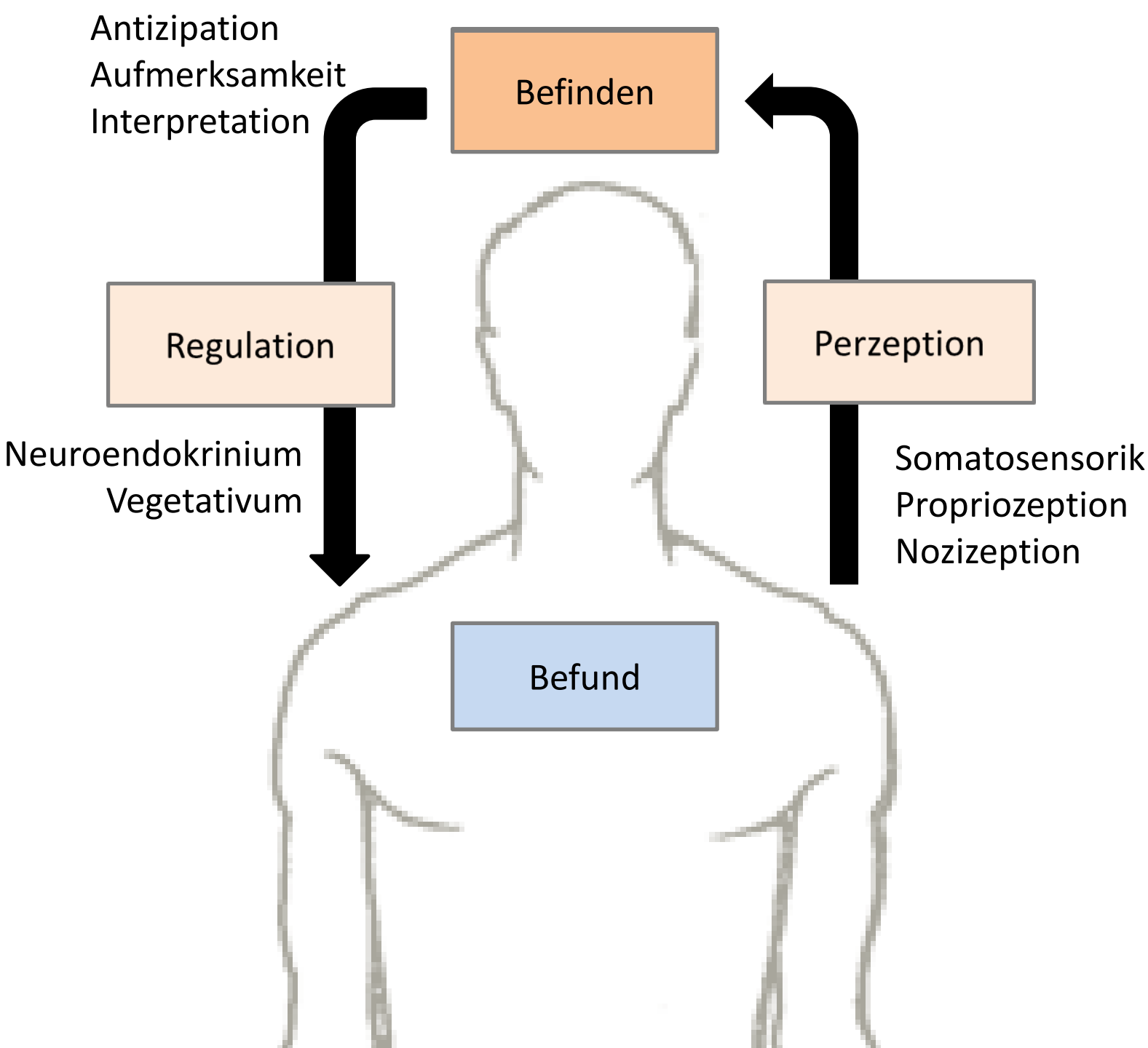
Piet van Spijk SAEZ 2018;99(19–20):633–634

Kontexteinflüsse auf Individuum

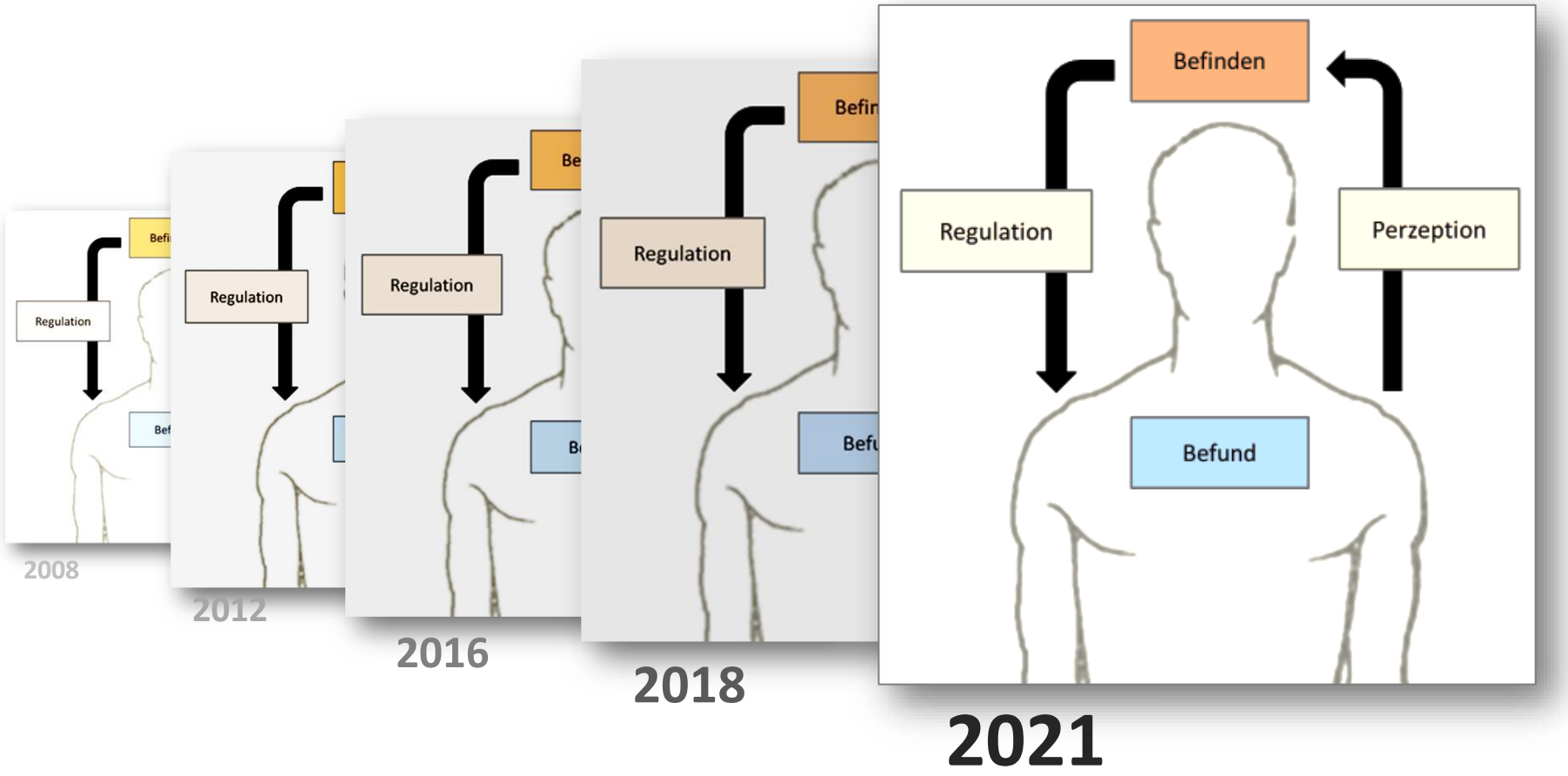
Neuropsychisches Befinden des Individuums



Strukturelle Organbeschaffenheit


Antizipation
Aufmerksamkeit
Interpretation
Befinden
Regulation
Perzeption
Neuroendokrinium
Vegetativum
Somatosensorik
Propriozeption
Nozizeption
Befund

Lernvorgänge, Prägungen



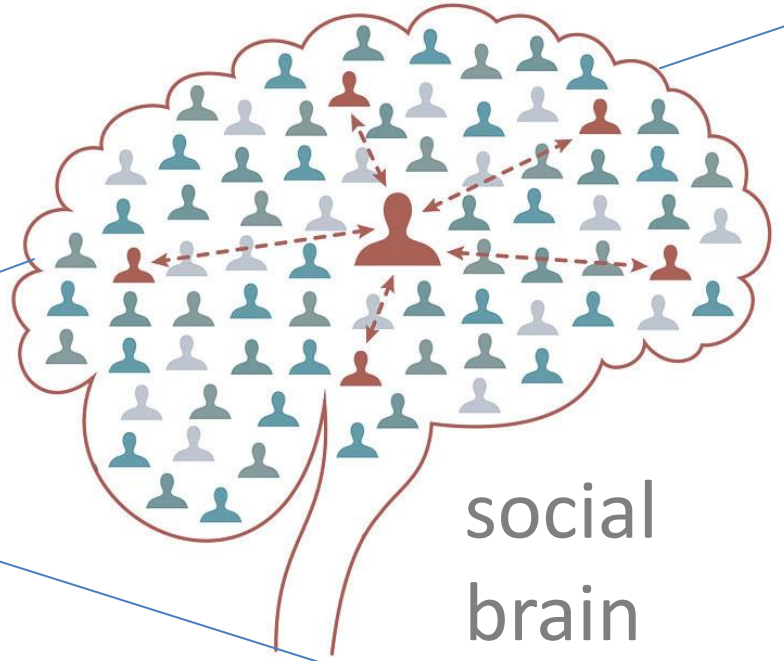
OEKO

SOZIO
PSYCHO

NEURO

BIO

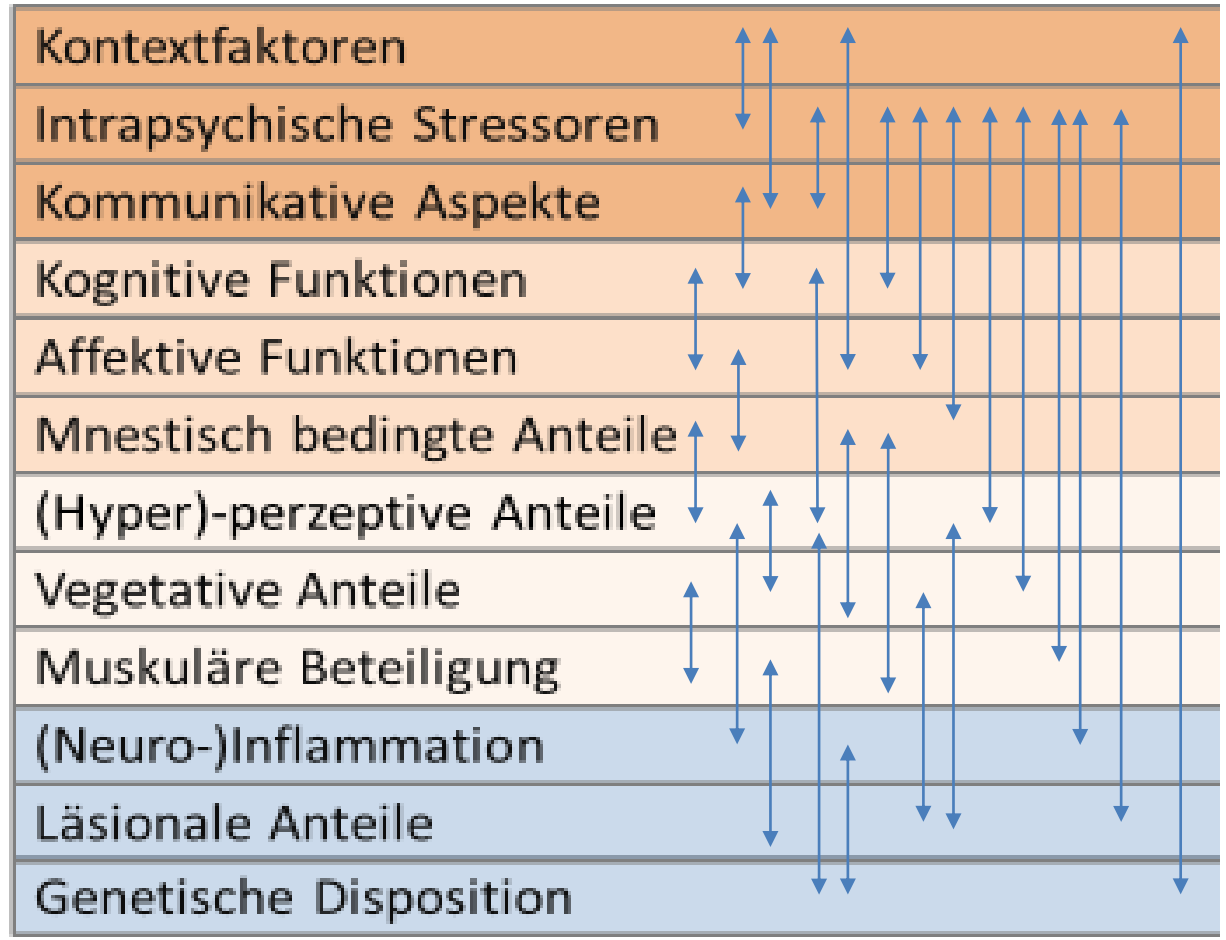
Kontexteinflüsse auf Individuum
Neuropsychisches Befinden des Individuums
Perzeptions- und Regulations-funktionen des Organismus
Strukturelle Organbeschaffenheit



social
brain

12 Assessment-Achsen

Kontexteinflüsse auf Individuum	Kontextfaktoren
	Intrapsychische Stressoren
	Kommunikative Aspekte
Neuropsychisches Befinden des Individuums	Kognitive Funktionen
	Affektive Funktionen
	Mnestisch bedingte Anteile
Perzeptions- und Regulations-funktionen des Organismus	(Hyper)-perzeptive Anteile
	Vegetative Anteile
	Muskuläre Beteiligung
Strukturelle Organbeschaffenheit	(Neuro-)Inflammation
	Läsionale Anteile
	Genetische Disposition

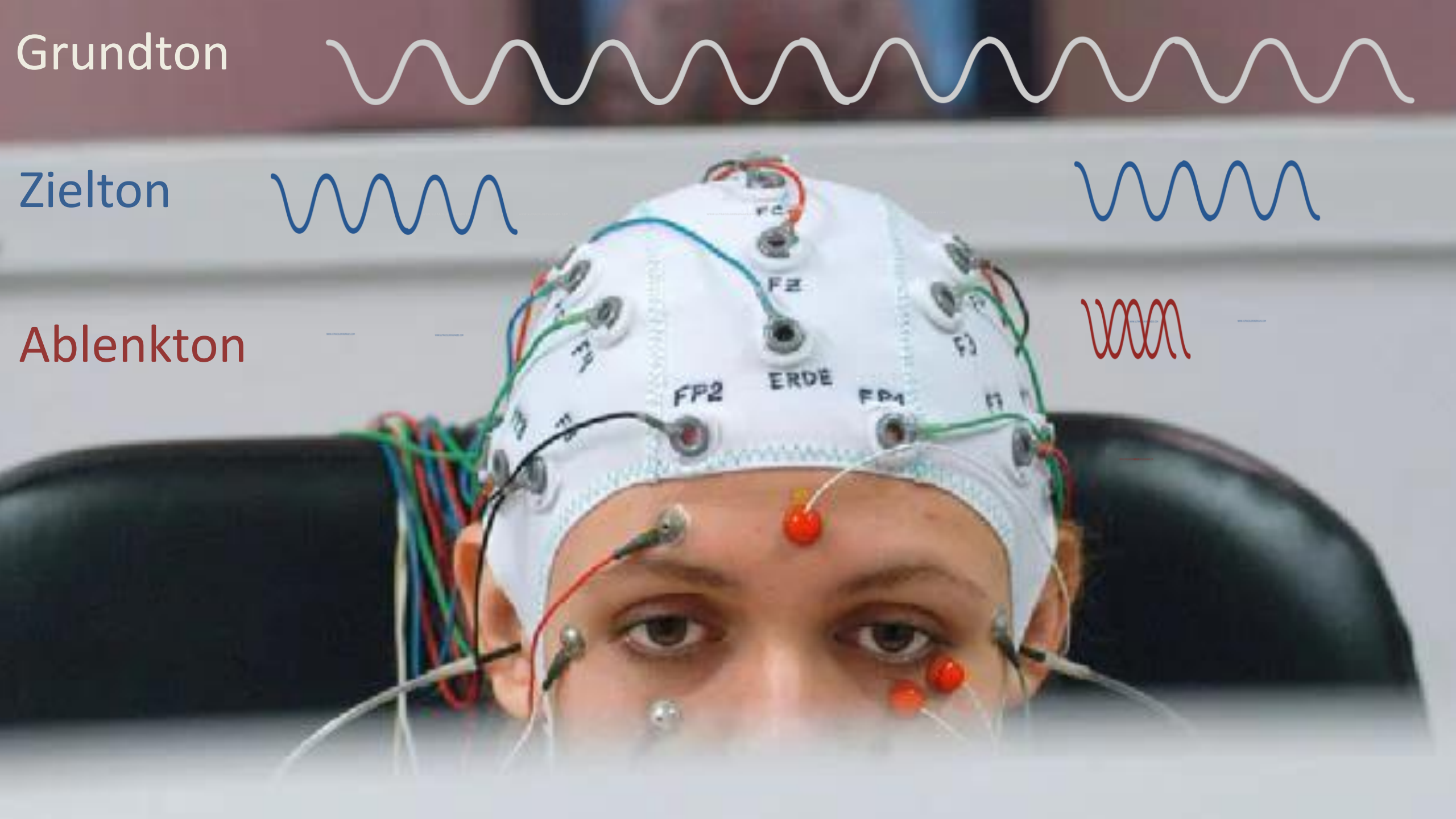


	Problematik	Ressource	Intervention
Kontextfaktoren	●		
Intrapsychische Stressoren	●		●
Kommunikative Aspekte	●	●	
Kognitive Funktionen	●	●	
Affektive Funktionen	●	●	
Mnestisch bedingte Anteile	●		
(Hyper)-perzeptive Anteile	●		
Vegetative Anteile	●		●
Muskuläre Beteiligung	●	●	●
(Neuro-)Inflammation	●		
Läsionale Anteile			
Genetische Disposition			

Grundton

Zielton

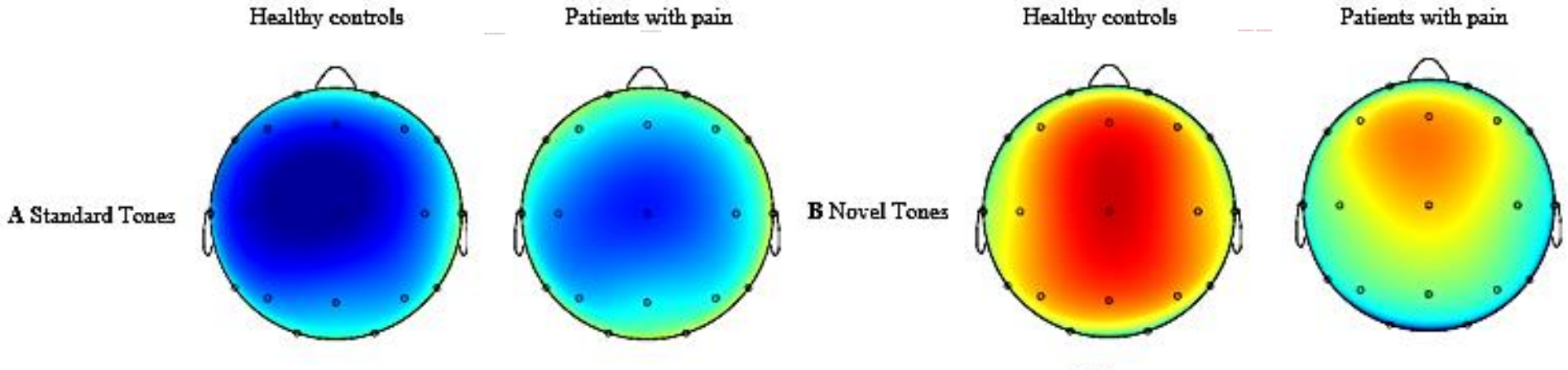
Ablenkton



Grundton

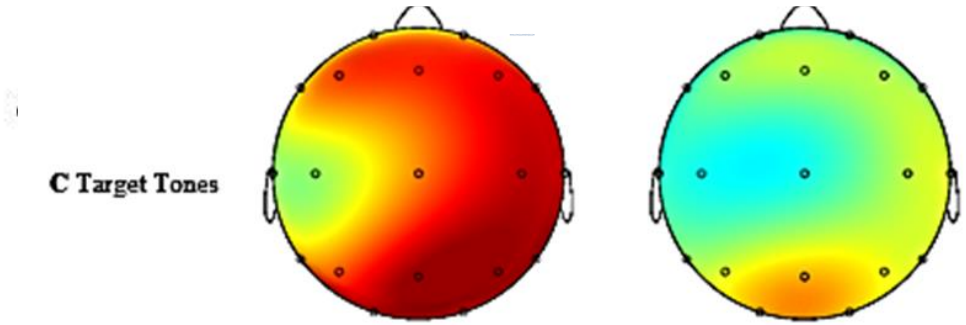
Ablenkton

unwillentliche Aufmerksamkeit



Zielton

willentliche Aufmerksamkeit

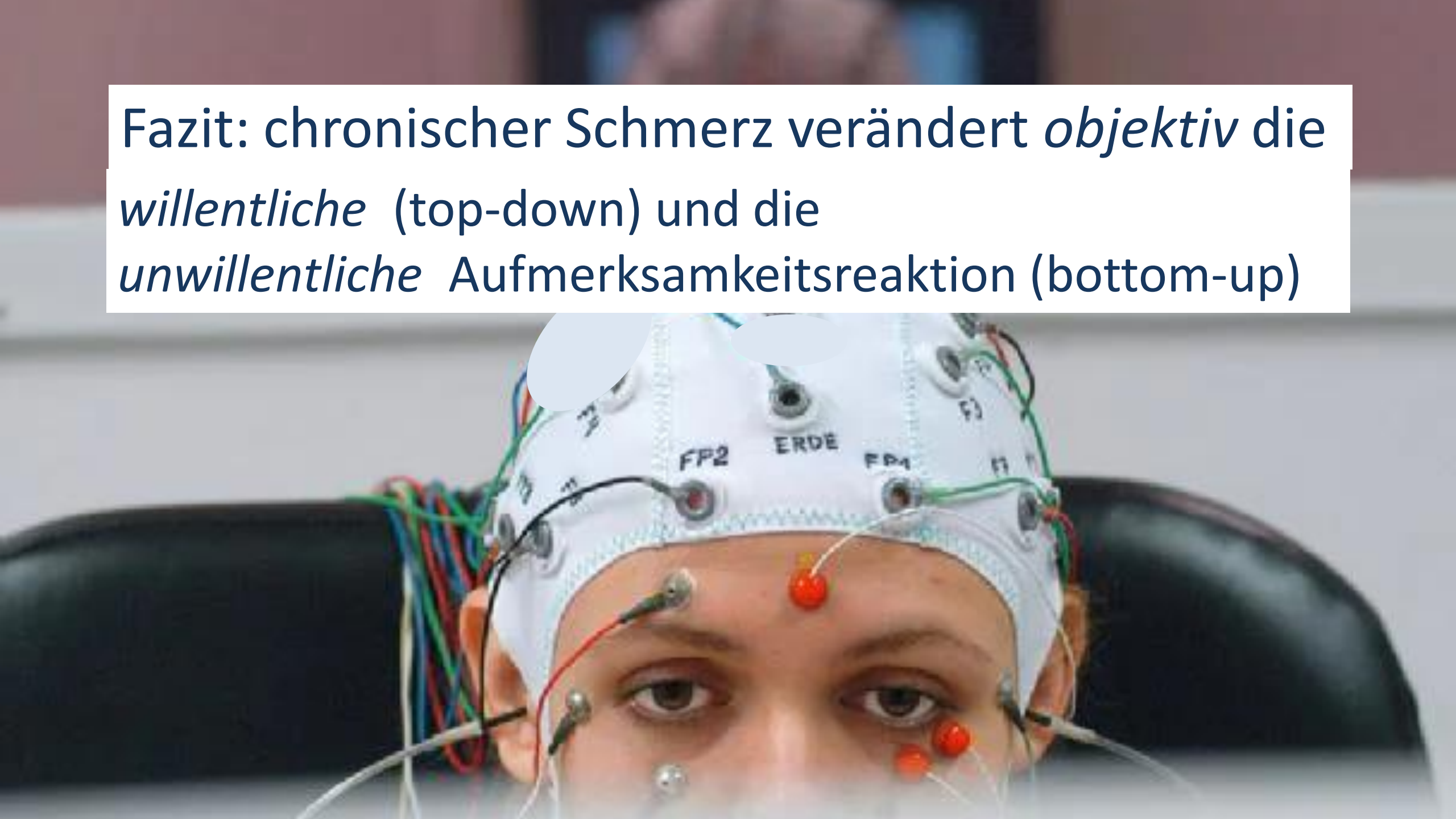


Gubler DA et al 2021, Behav Neurosci

Fazit: chronischer Schmerz verändert *objektiv* die

willentliche (top-down) und die

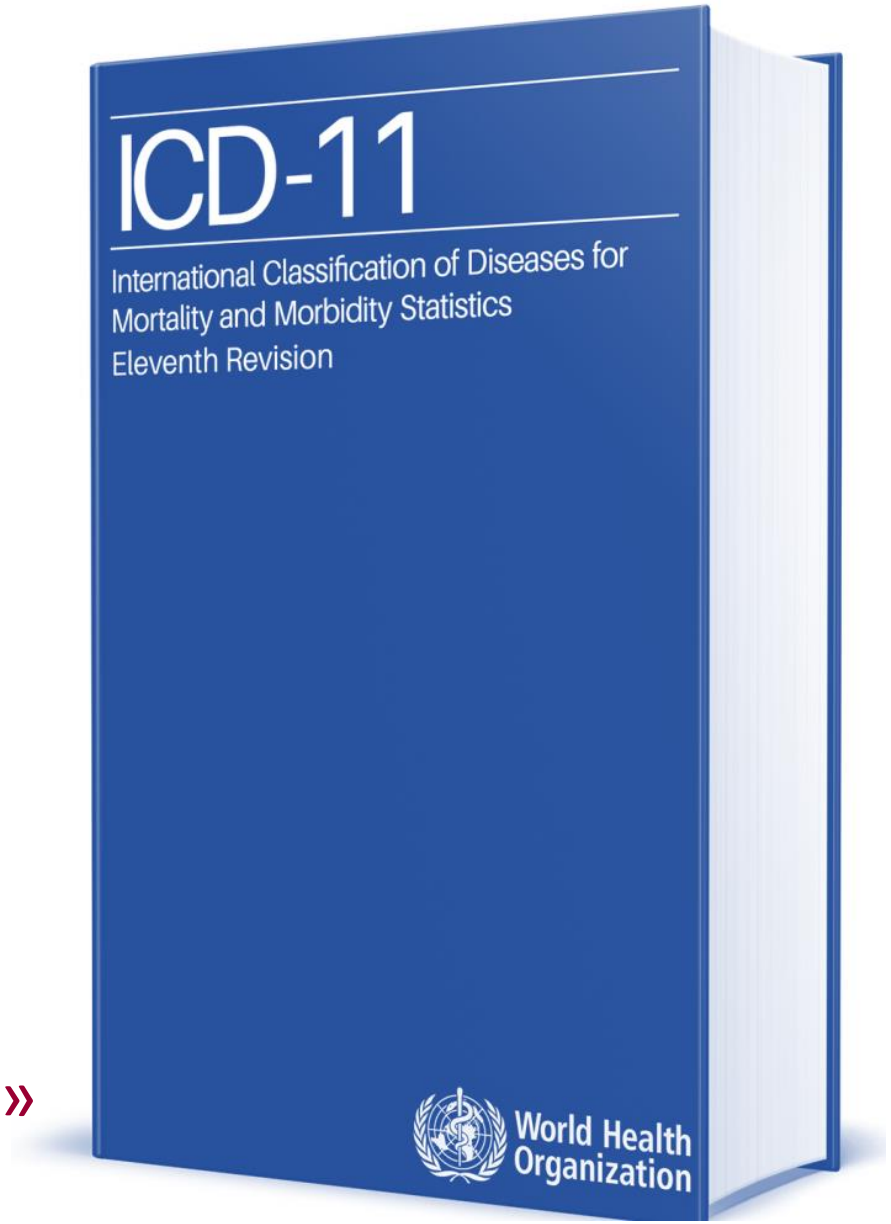
unwillentliche Aufmerksamkeitsreaktion (bottom-up)



?

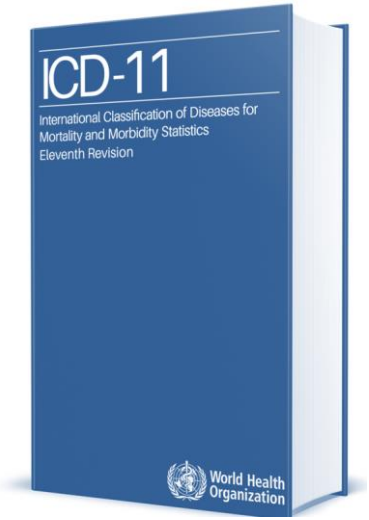
Wo hat die neue ICD-11-Diagnose *«Bodely distress disorder (dt. körperliche Belastungsstörung)* *mit Leitsymptom Schmerz»* ihren Platz?

8-tung: Psychiatrische Diagnose ohne Bezug zu ICD-11-Kapitel «Chron. Schmerz» (MG30)!



Bodely distress disorder in ICD-11

dtsch. somatische Belastungsstörung, ≈ DSM 5 : somatic symptom disorder



Allenfalls additiv zur Diagnose des chronischen Primärschmerzes, bei jenen Fällen, wo auch die Informationstherapie nicht zu einer Verhaltensberuhigung führt.

Kommentar:

- Schwierige Diagnose-Akzeptanz von Patientenseite,
- da medizinisch völlige Indifferenz herrscht hinsichtlich der *Ätiologie* des Symptoms!
- «Ersetzt» die bisherigen F45-Diagnosen inhaltlich nicht.
- **Fokus einzig auf «Fehlverhalten» des Patienten.**

Bodely distress disorder in ICD-11

	Problematik	Ressource	Intervention
Kontextfaktoren			
Intrapsychische Stressoren			
Kommunikative Aspekte			
Kognitive Funktionen			
Affektive Funktionen			
Mnestisch bedingte Anteile			
(Hyper)-perzeptive Anteile			
Vegetative Anteile			
Muskuläre Beteiligung			
(Neuro-)Inflammation			
Läsionale Anteile			
Genetische Disposition			

Limitation auf Verhaltensebene

ohne jede Rechenschaft hinsichtlich Vorhandensein und Art der schmerzphysiologischen Anteile .

Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)

Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS)

Leitlinien Psychosomatische Medizin

Begutachtung somatoform-funktioneller Schmerzstörungen (ICD-10), respektive chronischer Primärschmerzen (ICD-11 draft) sowie analoger funktioneller Körpersymptomstörungen

Medizinisches Wording bei chronischem Primärschmerz

- «Es gibt unterschiedliche Formen chronischer Schmerzen:
solche die in Verbindung stehen mit einer Gewebeschädigung (z.B. Arthrose), solche ohne erklärende Gewebeschädigung (z.B. Reizdarm), und Mischformen, bei denen eine Gewebeschädigung zwar vorhanden ist, diese Schädigung aber das Schmerzausmass nicht genügend erklärt.»
- «Schmerzen ohne erklärende Schädigung sind sehr häufig: Sie machen bei Rückenschmerzen mehr als 80% und bei Kopfschmerzen mehr als 90 der Fälle aus.»
- «Diese Schmerzen entstehen hier *primär* innerhalb des Schmerz-wahrnehmungssystems des Körpers selber und heissen *Primärschmerzen*.»
- «Primärschmerzen sind oft verbunden mit schmerzhaften Muskelverspannungen, gesteigerter Reizempfindlichkeit, unerholsamem Schlaf, verminderter Konzentrationsfähigkeit und manchmal verminderter Stressbelastbarkeit.»
- «Typischerweise wirken gewöhnliche Schmerzmittel hier ungenügend und können die Schmerzen längerfristig sogar noch verstärken.»
- «Chronischen Schmerzformen haben Auswirkungen auf das Gemüt und können zu zusätzlichen Problemen im Alltag führen.»
- «Die besten Erfahrung hat man mit einer mehrgleisigen Therapie unter Einbezug von physiotherapeutischen und psychologischen Verfahren.»

Umsetzung der multimodalen Schmerztherapie in der Praxis

Medizin (Hauptverantwortung)

a) Diagnosestellung unterstützt u.a. durch Algometrie, Schmerzzeichnung, Begleitsymtomerfassung, Erfassung der psychosozialen Realität

b) Vermittlung eines multifaktoriellen Krankheitsmodells (sog. Informationstherapie),

c) Überwachung und Verantwortungsübernahme für die multimodale Schmerztherapie

Physiotherapie

a) Muskuläre Entspannungsverfahren

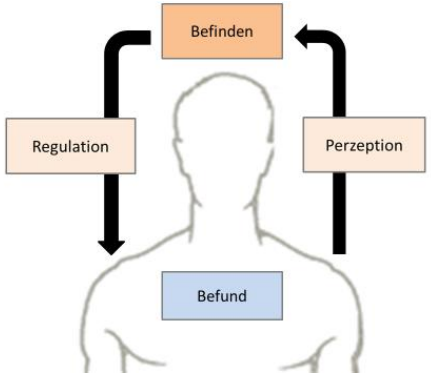
b) Dosierte, langsam steigernde Aktivierung (Pacing), Rekonditionierung, ggf. in Gruppen

Schmerzpsychotherapie

Stressassessment, mentale Entlastungsverfahren, Ausbau Copingstrategien, ggf. Behandlung psychischer Komorbiditäten (oft begleitende anxiodepressive Entwicklungen)

Peripheres biomorphologisches Niveau

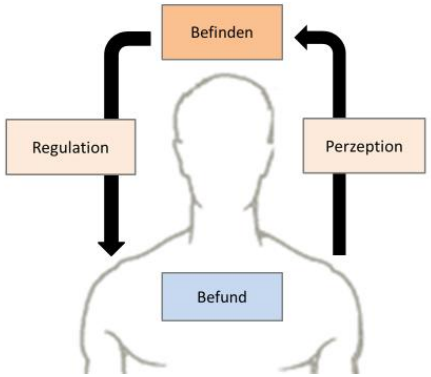
Grolimund J, Grolimund S, Grosse Holtforth M, Egloff N. Wegleitung zur Planung einer personalisierten, interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, Der Schmerz 2019



Bsp. Störungsmechanismen und Probleme	Bsp. Interventionsmöglichkeiten
Läsionaler Schmerzanteil z.B. im Rahmen neuropathischer, inflammatorischer oder degenerativ-arthrotischer Strukturschädigungen;	Klärung der Bedeutung der Strukturschädigung im Gesamtkontext; ggf. ergänzende medizinische Diagnostik und/oder Intervention (z.B. Infiltration); Konventionelle Analgetikatherapie sollte massgeblichen Effekt haben.
Medikamentöse Begleitprobleme oftmals Polypharmarmazie mit unerwünschten Nebeneffekten, Gewöhnung, Abhängigkeit, Sucht; Cave NSAR- oder Opioidassoziierte Schmerzen (z.B. analgetikainduzierte Kopfschmerzen); Probleme mit Compliance, Adherence.	Kein Medikament ohne Erklärung; Probleme der Wirkung / Gefahren thematisieren; Schrittweises Vorgehen bei medikamentöse Anpassungen, Reduktionen, Rochaden oder Entzugsmassnahmen; Training nicht-medikamentöser Schmerzbewältigungsmassnahmen (siehe unten); Massnahmen zur Förderung der Selbstverantwortung.
Physische Dekonditionierung im Rahmen schmerzbedingtem Rückzugsverhalten, Kinesiophobie.	Rekonditionierung nach individuellem, stufenweisen Therapieplan; Dann nachhaltiges körperliches Training für Alltag planen; natürliche Bewegungsmöglichkeiten erkennen und nutzen.

Perzeptorisch-regulatives Niveau

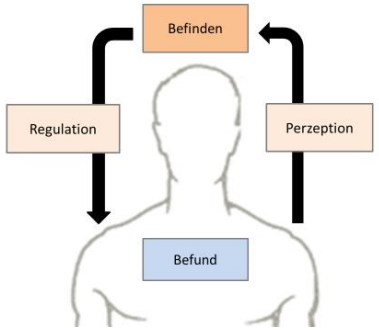
Grolimund J, Grolimund S, Grosse Holtforth M, Egloff N. Wegleitung zur Planung einer personalisierten, interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, Der Schmerz 2019



Bsp. Störungsmechanismen und Probleme	Bsp. Interventionsmöglichkeiten
Hyperperzeptiver Schmerzanteil im Rahmen lokaler oder generalisierter Hyperalgesie, resp. Hypersensitivität (sog. Central Sensitivity), diagnostiziert mittels standardisierter Schmerzempfindlichkeitstestung (Algometrie)	Patientenedukation zu Hypersensitivität und stressassoziierter Hyperalgesie (= Erklärungsmodell für Schmerz ohne Läsion); Umgang mit Grenzen und Abgrenzung, Bedürfniswahrnehmung, Einhalten von Ruhezeiten, Pacing von Aktivitäten; „Hypersensibilität“ generell auch als Ressource erkennen (z.B. bei Umgang mit andern, bei Genuss oder bei musischen Aktivitäten)
Reaktiv-muskulärer Schmerzanteil Häufig begleitende Verspannungen, Myogelosen oder myofasziale Schmerzausweitungsmuster; Konsekutiv Schon- und Fehlhaltungen, Schon- und Fehlbewegungen; schonungsbedingter Muskelabbau	Haltungs- und Bewegungsschulung in der Physiotherapie, passive Entspannungsmassnahmen (Wärmeapplikation, Massage); aktive Entspannungsmassnahmen (PMR, Basic Body Awareness, Yoga, Autogenese Training, Biofeedback, etc.) ggf. Triggerpunktbehandlung bei myofaszialem Befund
Vegetative Dysregulation regelhaft bei Schmerzerkrankungen (z.B. kalte Akren, Tachykardie, trockener Mund, Verdauungsstörungen, Dermographismus, Schlafstörungen, Stressintoleranz)	Patientenedukation zu Stressentstehung und Stressregulation, Analyse der Belastbarkeitsgrenzen; sorgfältige Aktivitätserhöhung; Pausenmanagement; Stressorenanalyse; Stressbewältigungstraining; Problemlösetraining.

Zentralnervöses Niveau

Grolimund J, Grolimund S, Grosse Holtforth M, Egloff N. Wegleitung zur Planung einer personalisierten, interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, Der Schmerz 2019



Bsp. Störungsmechanismen und Probleme	Bsp. Interventionsmöglichkeiten
Schlafprobleme Regelhafte Problematik bei Schmerz- und Stresserkrankungen; häufig begleitet von Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit, Gefühl unerholten Erwachens.	Patientenedukation zu Schlafhygiene; Entspannungstrainig zur Einschlafförderung; Schlaffördernde Massnahmen (z.B. Bad, Wärmeapplikation, Tee, Ritual); Vermeidung von schlafhemmenden Substanzen; Bearbeitung der schlafunterbrechenden psychischen Stressoren; Evaluation von Hypnotika oder schlafbegünstigenden Antidepressiva.
Energielosigkeit Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Leistungsintoleranz als regelhafte Symptome bei Schmerz- und Stresserkrankungen; Cave: medikamentöse Nebenwirkung.	Internistischer Fatigue-Screen und psychologischer Fatigue-Screen, Depressions-Screen mit entsprechenden ursachenbezogenen Massnahmen; Evaluation einer antidepressiven Therapie. Ressourcenunterstützung. -aktivierung
Mnestisch bedingte Schmerzanteile Fixation und Wiedererleben von Körpersymptomen durch Prägungsprozesse, insbesondere (aber nicht nur) bei Traumafolgestörungen.	Sorgfältige Exploration hinsichtlich prägender Schmerzvorerfahrungen (Unfälle, Operationen, Gewalterfahrungen); Patientenedukation zu Schmerzprägung, Traumatisierung (oft kombiniert mit Hypersensibilität und dissoziativen Phänomenen). ggf traumaspezifische Therapie.
Kognitive und emotionale Schmerzanteile „Maschinendefektmodell“, Katastrophisieren, Fear-Avoidance Beliefs; generalisierte Krankheitssorgen, Komorbide Angsterkrankung (oft Panikstörung); Gefühl des Kontrollverlustes, Ohnmacht, Aussichtslosigkeit; Ungenügende Introspektions- und Ausdrucksfähigkeit mit konsekutiver Tendenz zu Somatisierung. Psycho-dynamische Anteile.	Patientenedukation zu Differenzierung chronischer versus akuter Schmerzen; Erarbeitung von Zusammenhängen zw. Schmerz, Emotion und Stresserfahrung; Spezifische psychotherapeutische Verfahren (z.B. Focussing, emotionsfokussierte Psychotherapie, störungsspezifische Angsttherapie). Selbstwirksamkeitserfahrungen (z.B. durch Aufmerksamkeitslenkung) Training der Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung; soziales Kompetenztraining, ev. Kunst- und Ausdruckstherapie