

Neue Klassifikation chronischer Schmerzen

Schmerz als biopsychosoziales Krankheitsgeschehen ist ICD-salonfähig

Alle kennen die Problematik: In den IV-Zeugnissen werden ICD-kodierte Diagnosen verlangt, aber vor dem Arzt sitzt ein komplexer Schmerzpatient, der weder eine somatoforme Schmerzkrankheit noch eine schwere psychische Erkrankung noch eine «strukturelle», somatische, schmerzverursachende Pathologie hat. In der neuen ICD-10-Klassifikation wird Schmerz als biopsychosoziales Krankheitsgeschehen nun auch offiziell anerkannt.

Ueli Böhni

Die bisherige Diagnostik zelebriert, was auch in vielen Köpfen Realität ist: Entweder hat der Patient einen strukturell erklärbaren Schmerz (oder vermeintlich, weil das MRI der Lendenwirbelsäule viele Veränderungen zeigt!), oder er hat eine somatoforme Schmerzkrankheit, oder, noch schlimmer, er hat chronischen Schmerz als Fibromyalgie-Analogon, was ja alles die Ausübung einer Tätigkeit eo ipso als zumutbar erscheinen lässt, wie uns Bundesämter und Gutachtenmaschinerie im Chor beibringen wollen. Mit Glück für den Patienten findet sich vielleicht ein Psychiater, der dem Patienten eine zumindest mittelgradige Depression attestiert.

Die neue Klassifikation im ICD-10

Auf Betreiben der deutschen Schmerzgesellschaften ist jetzt in den Katalog der ICD-10 (International Classification of Diseases) in der Version Deutschlands per 1. Januar 2009 die Diagnose «Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» aufgenommen worden (1). Die bisherige Ziffer F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) erhält den neuen Titel «Anhaltende Schmerzstörung». Es erfolgt eine

Unterteilung in die bisherige «Anhaltende somatoforme Schmerzstörung» (F45.40), und neu eingeführt wird die «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (F45.42). Die Kriterien sind:

- Klinisch vordergründig seit mindestens sechs Monaten Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen.
- Diese Schmerzen haben ihren Ausgangspunkt primär in einem physiologischen Prozess beziehungsweise einer körperlichen Störung.
- Psychischen Faktoren wird eine wesentliche Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen.
- Diese psychischen Faktoren haben jedoch nicht die ursächliche Rolle zu Beginn.
- Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Die Schmerzen werden nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht.
- Schmerzstörungen im Zusammenhang mit einer affektiven Angst-, Somatisierungs- oder psychiatrischen Störung werden damit nicht kodiert.

Damit wird Schmerz als biopsychosoziales Krankheitsgeschehen auch offiziell anerkannt. Es wird erfasst, was wir alle kennen: Die grosse Mehrheit der Schmerzpatienten entwickeln im Laufe ihrer Erkrankung psychische Symptome und benötigen entsprechende multimodale Behandlungsansätze.

Eine für viele immer noch neue Sicht des Schmerzes

Es bleibt zu hoffen, dass sich nun auch der Beurteilungsansatz wandeln wird, wonach nur somatischer Schmerz «real» sei und die Arbeitsfähigkeit einschränke, während psychischer oder besser ein somatisch nicht erklärbarer Schmerz eine Zumutbarkeit eo ipso ableiten lasse. So wird bisher diagnostisch und beurteilungsmässig die mittlerweile obsoletere Dualisierung in Psyche und Soma (2) zelebriert.

Schmerzwahrnehmung ist aber die Folge eines zentralen komplexen Integrationsprozesses auf der Basis von biologischem Stress auf die peripheren Nozizeptoren UND auf der Basis von psychosozialen Stress (3). Die Innenwahrnehmung (Enterozeption) ist eine Mischung aus Schmerz, Gefühl, Depression, Angst und Persönlichkeit; eine Dualisierung des Phänomens Schmerz entspricht einer ethisch fragwürdigen Wertung von überdies kaum verlässlich messbaren Einzelkriterien. MRI-Untersuchungen belegen, dass unabhängig von der Kausalität der Schmerzempfindung die gleichen Hirnareale aktiviert werden (4, 5).

Integrativer Beurteilungsansatz

Die Definition einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren entspricht einem modernen integrativen Beurteilungsansatz - das sollte nicht nur die angesprochenen Wertmassstäbe in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung beeinflussen, sondern die Basis legen für eine Abkehr von monokausal-somatisch geprägten Vorgehensweisen bei chronischen Schmerzpatienten ohne überwiegend somatische Schmerzursache. Die neue, oben genannte Diagnose darf

durchaus positiv wertend gestellt werden, ohne vorgängigen Umweg über das klassische Ausschlussverfahren. Letzteres kommt beispielsweise via serielle operative Verfahren und anschliessende Schmerzinterventionen sekundär zum gleichen Schluss, aber mit dem Resultat eines mehrfach «traumatisierten» Patienten.

Die auch durch mich mit Erfolg angewendeten Verfahren der interventionellen Schmerztherapie oder seriöse Operationsindikationen sollen keineswegs in Frage gestellt werden. Es ergeht vielmehr der Aufruf, eine seriöse Schmerzdiagnose oder besser umfassende Schmerzanalyse des Patienten vorzunehmen: «Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gestellt.» ■

Dr. med. Ulrich Böhni
**Facharzt Innere Medizin/
Rheumatologie, Manuelle Medizin**
Praxiszentrum ZeniT
Schwertstrasse 7
8200 Schaffhausen
Tel. 052-630 00 89
E-Mail: uboehni@swissonline.ch

Literatur:

1. www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2009/aktualisierung/xlgap2009.zip
2. Winfield John B. et al.: Fibromyalgia and Related Central Sensitivity Syndromes: Twenty-five years of Progress. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36 (6): 335-338.
3. Melzack R. et al.: From the gate to the neuromatrix. *Pain* 1999; Suppl. 6: S121-S126.
4. Craig A.D. et al.: How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 2002; 2: 655-666.
5. Eisenberger N. et al.: Does rejection hurt? An fMRI Study of social Exclusion. *Science* 2003; 302: 290-292.