

Abteilung für Psychosoziale Medizin, UniversitätsSpital Zürich², Abteilung für Psychosomatische Medizin, Zürcher Höhenklinik Davos¹, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz³

^{1,2}R. von Känel, ¹M.-L. Gander, ³U.T. Egle,
²C. Buddeberg

Differenzielle Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat – Codierung nach der ICD-10

The Differential Diagnosis of Non-Malignant Chronic Musculoskeletal Pain Syndromes – Coding with the ICD-10

Zusammenfassung

Patienten mit chronischen Schmerzen am Bewegungsapparat werden in den meisten Fällen durch einen Allgemeinarzt oder auf einer internistisch/ rheumatologischen Spitalabteilung behandelt. Eine verzögerte Einleitung einer spezifischen Therapie chronischer Schmerzsyndrome ist mit einem schlechteren Krankheitsverlauf hinsichtlich Schmerzintensität, Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität verbunden. Es wird eine Differenzialdiagnose chronischer Schmerzsyndrome nach biopsychosozialen Gesichtspunkten vorgestellt, welche den Grundversorger befähigen soll, frühzeitig multimodale Therapieschritte einzuleiten bzw. eine Überweisung an eine ambulante oder stationäre psychosomatische Spezialeinrichtung zu veranlassen. Angesichts der laufenden Diskussionen zur Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen und zur Festlegung von Fallkostenpauschalen durch die Krankenversicherer, empfehlen wir eine differenzierte diagnostische Codierung chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat nach der ICD-10. Diese Codierung soll dem behandelnden Arzt dazu dienen, das therapeutische Management von Patienten mit chronischen Schmerzen transparenter auszuweisen.

Schlüsselwörter: chronische Schmerzsyndrome – Bewegungsapparat – biopsychosoziales Krankheitskonzept – differenzielle Diagnostik – ICD-10

Einleitung

Chronische, nicht-maligne Schmerzen werden am weitaus häufigsten (zu ca. 70%) im Bereiche des Bewegungsapparates lokalisiert [1]. Per definitionem bestehen chronische Schmerzen länger als sechs Monate und haben zu einer erheblichen Beeinträchtigung auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene geführt. Erfolgreiche ambulante Therapieversuche sind die Regel [2]. In einer grossen amerikanischen Studie gaben ca. 10% der Bevölkerung Schmerzen an, die an mehr als der Hälfte der Tage der letzten sechs Monate aufgetreten waren [3].

Im Gegensatz zum akuten Schmerz (Warnsignal bei Gewebsschädigung), spielen in der Genese und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen neben somatischen, vielfältige psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle [1,2,4]. Mit zunehmender Schmerzdauer lassen sich oftmals die Zeichen einer Depression oder Angsterkrankung sowie ein charakteristisches Schmerzverhalten mit Fixierung auf den Schmerz, Medikamentenmissbrauch, körperlicher Schonung und Dekonditionierung, sozialem Rückzug und vermehrter Inan-

spruchnahme medizinischer Leistungen beobachten. Zwischenmenschliche Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit und Berentung sowie finanzielle und Wohnprobleme sind weitere psychosoziale Stressoren, mit denen sich Patienten mit chronischen Schmerzen häufig konfrontiert sehen. Durch die im Verlauf aufgetretenen vielfältigen biopsychosozialen Beeinträchtigungen ist das subjektive Symptom «Schmerz» zum objektivierbaren Syndrom «Schmerzkrankung» geworden.

Der hektische Praxis- und Klinikalltag lässt bei chronischen Schmerzen und Exazerbationen, welche den Patienten zu einer Arztkonsultation veranlassen, allzu häufig nicht mehr als eine Ausschlussdiagnostik organischer Ursachen zu. Dem Patienten wird versichert, dass keine ernsthafte Erkrankung vorliege

und er sich nicht zu sorgen brauche. In vielen Fällen lassen sich der Patient wie auch der Arzt durch eine derartige Feststellung tatsächlich «beruhigen» – spätestens bis zur nächsten Konsultation. Nach mehrjähriger Schmerzdauer, mehrfachen unergiebigem Abklärungen und mitunter erfolglosen Operationen wird der Schmerzkranken einem Kollegen und/oder einer Institution zugewiesen, welche chronische Schmerzen in einem biopsychosozialen Kontext zu verstehen und zu behandeln versuchen. Die Überweisungsdiagnose lautet dann sinngemäss «chronisches Schmerzsyndrom mit/bei psychosozialer Belastungssituation», welche den bedauernden Zustand des Patienten zwar anschaulich beschreibt, jedoch wenig hilfreiche Informationen für mögliche Therapieansätze liefert. Leider ist die Schmerzkrankheit mit ihren vielfältigen

biopsychosozialen Beeinträchtigungen zu diesem Zeitpunkt oftmals derart weit fortgeschritten, dass vollständige Schmerzfreiheit nurmehr selten ein realistisches Therapieziel darstellt. Dieser bis dato eher pessimistischen Einschätzung über den Therapieerfolg chronifizierter Schmerzsyndrome stehen die eindrücklichen Ergebnisse jüngster Untersuchungen aus Deutschland an tertiären Behandlungszentren für Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung gegenüber. Es zeigt sich nämlich, dass mit Hilfe einer differenziellen Schmerzdiagnostik nach biopsychosozialen Gesichtspunkten in bis zur Hälfte der Fälle Patienten mit somatoformer Schmerzstörung erfolgreich therapiert, d.h. Schmerzfreiheit oder eine erhebliche Schmerzreduktion erzielt werden können [5]. Diese Resultate weisen darauf hin, dass bei entsprechender Schulung, eine rechtzeitig durchgeführte differenzielle Schmerzdiagnostik [1] auch im Praxisalltag bzw. auf einer somatischen Station erfolgreich eingesetzt werden kann.

Summary

Primary care for patients suffering from chronic pain is regularly provided by either family physicians or inpatient medical wards. A delay in initiating specific pain treatment is associated with poor outcome in terms of pain intensity, work disability and diminished quality of life. We present a diagnostic classification scheme for chronic pain disorders following the biopsychosocial disease model. This classification may help primary care providers initiate appropriate treatment early in the course of chronic pain, and aid in referral of their patients to services familiar with the treatment of chronic pain. Given increasing requests for quality control in health care and for transparency in disease management by health insurance companies, we propose a coding system of chronic non-malignant pain syndromes with the ICD-10.

Key words: chronic pain – musculoskeletal system – biopsychosocial model – ICD-10

Ziele dieser Arbeit

Die vorliegende Arbeit will dem Grundversorger den nötigen Hintergrund für eine differenzielle Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome an die Hand geben, damit er Schmerzpatienten in seiner Praxis gezielter, damit erfolgreicher und letztlich befriedigender beraten, behandeln und gegebenenfalls einer Spezialeinrichtung zuweisen kann. Die Arbeit will im weiteren eine Codierung chronischer Schmerzsyndrome nach der zehnten Ausgabe der «International Classification of Diseases» (ICD-10) vorstellen [6]. Eine derartige Einteilung soll es dem Grundversorger erleichtern, seine ärztliche Tätigkeit mit chronischen Schmerzpatienten transparenter auszuweisen. Angesichts der zunehmenden Forderungen von Seiten der Krankenversicherer nach mehr Qualitätssicherung in der Grundversorgung und nach Gebrauch der ICD-10 zur Festlegung von Fallpauschalen [7,8], besteht Handlungsbedarf in der struktu-

rierten Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome.

Differenzialdiagnose chronischer Schmerzsyndrome

Entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis [9] werden bei der Einteilung chronischer Schmerzsyndrome die den Schmerz verursachenden und/oder aufrechterhaltenden Faktoren nach biologischen, psychologischen und sozialen Gesichtspunkten gewichtet. Angesichts der vielfältigen Interaktionen dieser Faktoren untereinander mag eine derartige Aufteilung arbiträr erscheinen. Sie liefert jedoch eine hilfreiche Struktur für die differenzielle Diagnostik und die darauf aufbauende Therapie.

Zu didaktischen Zwecken werden gemäss Abbildung 1 fünf Entitäten chronischer Schmerzsyndrome entlang einem Kontinuum von «biogen» nach «psychogen» unterschieden. Den sozialen Auswirkungen chronischer Schmerzen trägt die Abbildung mit einer dritten Achse Rechnung [1]. Die fünf Formen chronischer Schmerzsyndrome sollen nachfolgend dargestellt und ihre Codierung gemäss der ICD-10 vorgestellt werden.

Gruppe 1: Nozizeptive und neuropathische Schmerzen

Hierbei handelt es sich um chronische Schmerzsyndrome, denen ein klares organisches Korrelat im Sinne einer Gewebsläsion («nozizeptiv») oder einer Nervenläsion («neuropathisch») zugrunde liegt. Die ICD-10 Codierung erfolgt somatisch und wird durch sekundäre Problembereiche ergänzt, die sich durch die biopsychosozialen Beeinträchtigungen aufgrund der Schmerzkrankheit ergeben können.

Tabelle 1 zeigt Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z00-Z99), welche im Zusammenhang mit chronifizierten Schmerzsyndromen bedeutsam sind.

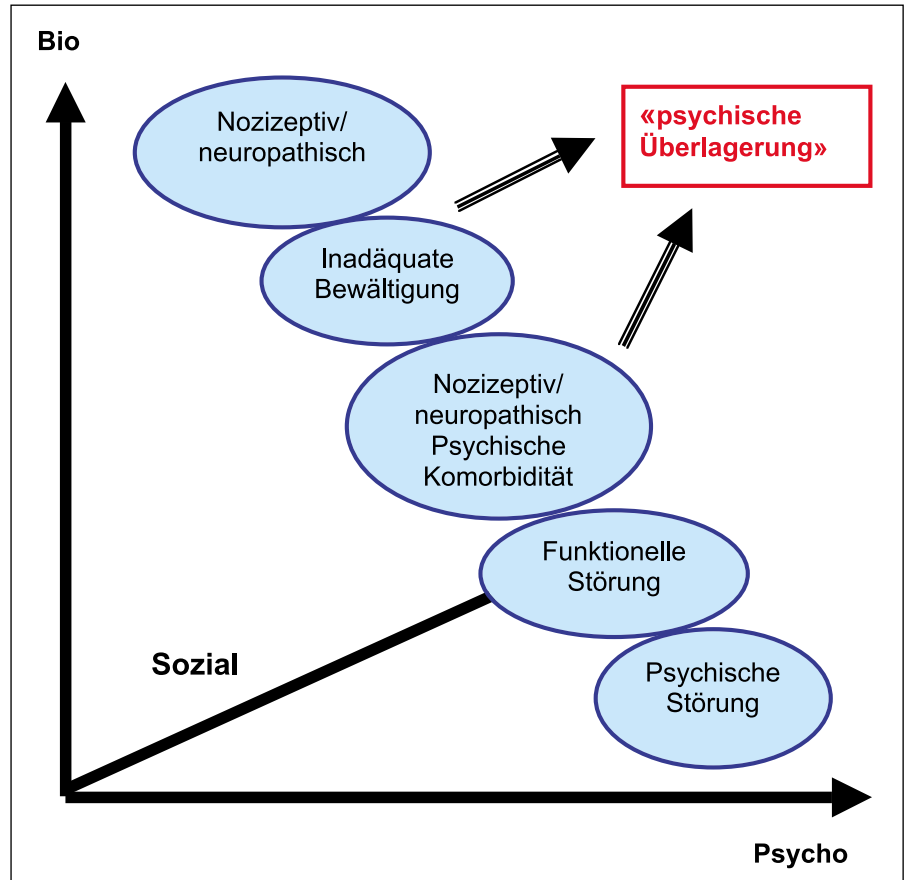


Abb. 1.: Differenzialdiagnostische Untergruppen von chronischen Schmerzsyndromen [1].

Fallbeispiel 1:

Die 60-jährige Journalistin leidet seit fünf Jahren an zunehmender Lumbago mit spondylogener Ausstrahlung in den Beckenkamm beidseits. Die Schmerzen sind im Sitzen bei der Arbeit am Bildschirm am heftigsten und erfordern während der Arbeit häufige Lagewechsel vom Sitzen zum Stehen. Radiologisch besteht eine schwere Osteoporose mit Deckplatteneinbrüchen und einem lumbalen Keilwirbel. Die Schmerzen lassen sich mit physikalischen Massnahmen und einem Morphin Retardpräparat teilweise mindern. Schmerzbedingt und aufgrund der Müdigkeit in Folge der Morphintherapie ist eine Arbeitsfähigkeit jedoch nur noch zu 50% möglich. Mit dem Einkommensverlust ergeben sich für die Patientin zunehmend finanzielle Einschränkungen.

Diagnosen:

1. Chronische Lumbago bei Osteoporose (M80.9)
2. Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit (Z56)
3. Probleme in Verbindung mit schlechten ökonomischen Verhältnissen (Z59)

Kommentar:

Die organische Hauptdiagnose führt aufgrund der Chronifizierung zu einer komplexen sozialen Beeinträchtigung hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Lebensstandard.

Gruppe 2: Organische Schmerzen mit inadäquater Krankheitsbewältigung

Hierbei handelt es sich um somatopsychische Einflüsse und Krankheitsverhalten sowie Erwartungsängste und emotionale Konflikte, welche nicht einer psychischen Störung zugeordnet

werden können, und welche vor allem den Verlauf eines nozizeptiven oder neuropathischen Schmerzes ungünstig beeinflussen können. Die subjektiven Vorstellungen der Patienten über die Krankheitsursache, den potenziellen Krankheitsverlauf, die Prognose und die individuellen Einflussmöglichkeiten auf die Schmerzen sind inadäquat (die Verhaltenspsychologie spricht von dysfunktionalen Kognitionen). Es bestehen katastrophisierende Gedanken wie «ich werde nie mehr gesund» und «niemand kann mir jetzt noch helfen». Der vielzitierte sekundäre Krankheitsgewinn im Sinne eines Rentenanspruchs und die falsch verstandene Zuwendung durch das Umfeld («du musst dich schonen, wenn du Schmerzen hast») sind wichtige Risikofaktoren für ein inadäquates Coping im Umgang mit chronischem Schmerz. Die ICD-10 Codierung erfolgt somatisch in Kombination mit *Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54)*.

Fallbeispiel 2:

Die 85-jährige Patientin klagt über invalidisierende, thorakolumbale Schmerzen, welche nach einem «Hexenschuss» beim Hochheben einer Einkaufstasche vor zwei Jahren nie mehr ganz abgeklungen sind. Anamnestisch ist ein M. Scheuermann bekannt mit «immer wieder etwas Rückenschmerzen bei der Garten- und Hausarbeit» seit dem 40. Lebensjahr. Als sich die Patientin kurz nach dem «Hexenschuss» einer radiologischen Kontrolle unterzog, habe ihr «der Doktor» gesagt, dass sie mit ihrem Rücken in fünf Jahren nicht mehr werde gehen können. Vor dem Einschlafen müsse sie immer wieder über diese Worte nachdenken und sehe sich bereits im Rollstuhl wie ihre Mutter, die wegen eines Knochentumors vor ihrem Tode nicht mehr habe gehen können und unter «fürchterlichen» Schmerzen habe leiden müssen. Habe sie diese Gedanken, dann könne sie erst nach über einer Stunde einschlafen und sei dann am Morgen «völlig verspannt». Auch getraue sie sich nicht mehr, ins Altersturnen zu gehen aus Angst, der Rücken

Tab. 1: Psychosoziale Problembereiche und «life-events» gemäss ICD-10, die ursächlich zu chronischen Schmerzen beitragen können und/oder diese aufrechterhalten

• Ausbildung und Bildung (Z55)
• Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Z56)
• Wohnbedingungen und ökonomische Verhältnisse (Z59)
• Soziale Umgebung (Z60) <ul style="list-style-type: none"> – Veränderte Lebensumstände (Z60.0) – Atypische familiäre Situation (Z60.1) – Allein leben (Z60.2) – Kulturelle Integration (Z60.3)
• Negative Kindheitserlebnisse (Z61) <ul style="list-style-type: none"> – Verlust naher Angehöriger (Z61.0) – Sexueller Missbrauch in der Familie (Z61.4) – Sexueller Missbrauch ausserhalb Familie (Z61.5) – Physische Gewalt (Z61.6)
• Erziehung (Z62) <ul style="list-style-type: none"> – Elterliche Überfürsorglichkeit (Z62.1) – Heimerziehung (Z62.2) – Feindseligkeit (Z62.3) – Emotionale Vernachlässigung (Z62.4) – Leistungsansprüche (Z62.6)
• Primär Bezugsgruppe und Familie (Z63) <ul style="list-style-type: none"> – Paarkonflikt (Z63.0) – Konflikt mit Eltern od. Verwandten (Z63.1) – Ungenügende familiäre Unterstützung (Z63.2) – Abwesenheit eines Familienmitglieds (Z63.3) – Tod oder Verschwinden eines Familienmitglieds (Z63.4) – Zerrüttung durch Trennung od. Scheidung (Z63.5) – Häusliche Betreuung eines Verwandten (Z63.6)
• Sonstige psychosoziale Umstände (Z65) <ul style="list-style-type: none"> – Gerichtliche Verurteilung ohne Haftstrafe (Z65.0) – Haftstrafe od. Inhaftierung (Z65.1) – Sonstige gesetzliche Massnahmen (Z65.3)
• Lebensbewältigung (Z73) <ul style="list-style-type: none"> – Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) – Mangel an Entspannung od. Freizeit (Z73.2) – Ungenügende soziale Fertigkeiten (Z73.4) – Sozialer Rollenkonflikt (Z73.5)

könne «auseinanderbrechen». Ihre körperlichen Kräfte hätten entsprechend nachgelassen. Aus Angst, bei einem Sturz den Rücken «zu brechen», gehe sie auch nicht mehr so häufig aus dem Haus und vermisse, dass sie dadurch weniger soziale Kontakte habe.

Diagnose:

1. Chronische Rückenschmerzen bei M. Scheuermann mit inadäquater Krankheitsbewältigung (M42.0 und F54)

Kommentar:

Das somatische Leiden erklärt die Schmerzen. Die Intensität der Schmerzen wird durch die inadäquate Verarbeitung verstärkt.

Gruppe 3: Organische Schmerzen mit psychiatrischer Komorbidität

Dieser Gruppe werden chronische Schmerzsyndrome mit nozizeptiver oder neuropathischer Grundlage zugeordnet, deren Verlauf und Behandlung

durch eine gleichzeitig vorhandene (komorbide) psychische Störung kompliziert wird. Am häufigsten handelt es sich um eine depressive Störung oder eine Angststörung. Eine Depression senkt die Schmerzschwelle und lenkt die Wahrnehmung auf den *locus dolendi*. Eine Angststörung kann über einen erhöhten Aktivierungszustand («arousal») des vegetativen Nervensystems den Muskeltonus sowie den intraartikulären Druck erhöhen und dadurch muskuloskeletale Schmerzen verstärken. Tabelle 2 zeigt psychische Störungen, an die im Zusammenhang mit chronischen Schmerzsyndromen gedacht werden sollte.

Fallbeispiel 3:

Der 48-jährige Liftmonteur hat arthrotische Schmerzen in beiden Hüft- und Kniegelenken. Die Schmerzen schränken ihn am Arbeitsplatz und beim Joggen derart ein, dass er immer wieder einen Tag arbeitsunfähig ist und nicht mehr regelmässig in den Sportverein gehen kann. Bereits früher habe er Stimmungstiefs gehabt, sich mit der Arbeit aber gut ablenken können. Das Laufen habe ihm psychisch auch gut getan. Er bejaht Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen, Inappetenz und einen Gewichtsverlust von sechs Kilogramm im letzten halben Jahr. Auch wenn er weniger Schmerzen hätte, würde er derzeit wohl kaum die Energie aufbringen, in den Verein zu gehen oder sich mit seinen Arbeitskollegen zum Feierabendbier zu treffen. Er merke, dass er sich noch mehr verspanne und die Gelenkschmerzen auch in Ruhe stärker würden, wenn er «psychisch in ein Loch falle» und nachts die Gedanken darum kreisen, wie «alles» weitergehen solle.

Diagnosen:

1. Chronische Arthroseschmerzen in beiden Knien (M17.9) und Hüften (M16.9)
2. Mittelgradige depressive Episode (F32.1)
3. Probleme mit der Berufstätigkeit (Z56)

Tab. 2: Komorbide psychische Störungen gemäss ICD-10 bei chronifizierten organischen Schmerzsyndromen

• Depressive Störungen (F32, F33)
• Phobische Störungen (F40)
• Sonstige Angststörungen (F41)
• Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung (F43)
• Persönlichkeitsstörungen (F60)
• Alkoholabhängigkeit (F10)

Kommentar:

Komorbide psychische Störungen werden häufig nicht diagnostiziert und nicht behandelt.

Gruppe 4: Chronische Schmerzen aufgrund einer funktionellen Störung

Dabei handelt es sich um schmerzinduzierende reversible Funktionsstörungen eines vegetativ innervierten Organs, ohne dass, im Gegensatz zu den Gruppen 1-3, eine strukturelle Organläsion vorliegt. Der Patient zeigt objektivierbare Symptome erhöhter vegetativer Beteiligung wie feuchte, kalte Hände, Erröten und Tremor und berichtet über subjektive, unspezifische Beschwerden wie ein Schwere- und Engegefühl, ein innerliches Brennen, ein Jucken und diffuse Schmerzen. Man stellt sich dabei vor, dass psychosoziale Belastungsfaktoren (sog. Life-events) über eine vegetative Hyperreagibilität somatisiert werden, sobald es zu einem Missverhältnis zwischen dem Ausmass eines Stressors und den individuell zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Stressbewältigung gekommen ist. Dementsprechend handelt es sich bei dieser Gruppe auch um eigentliche «Stresserkrankungen» bzw. psychophysiologische Störungen, die als *somatoforme autonome Funktionsstörungen (ICD-10 F43.3)* codiert werden.

Fallbeispiel 4:

Bei der Begrüssung fallen beim 27-jährigen Elektroingenieur die kalten und feuchten Hände sowie eine zittrige, leise Stimme auf. Seit drei Monaten leidet er an schmerzhaften, muskulären Verspan-

nungen im Nacken- und Schulterbereich. Die bildgebenden Verfahren und Laboruntersuchungen waren unauffällig. Ein warmes Bad «bis zum Hals» und eine Massage durch die Physiotherapeutin lindern die Schmerzen für zwei Stunden. Zusätzlich verspüre er eine innere Nervosität, schlafe nicht mehr so tief und habe das Gefühl, sich nicht mehr richtig entspannen zu können. Beruflich sei er vor zwei Jahren aus der Westschweiz nach Bern umgezogen. Der eigentliche Grund für den Umzug sei jedoch die Trennung von der damaligen Freundin gewesen; sie habe ihn «schrecklich im Stich» gelassen. «Um zu vergessen», habe er möglichst weit von ihr wegziehen wollen. Seither habe er nicht mehr das Bedürfnis gehabt, eine Beziehung einzugehen, obwohl er Mühe habe, alleine zu sein. Wegen der Sprachschwierigkeiten habe er den Anschluss an den neuen Kollegenkreis in Bern nicht recht geschafft. Letztes Jahr sei sein Vater rasch an einem Lungenkrebs verstorben, so dass er sich innerlich nicht richtig von ihm habe verabschieden können. Vor vier Monaten sei bei seinem Bruder eine seltene Blutkrankheit diagnostiziert worden. Man habe ihn gefragt, ob er bereit wäre, für den Bruder Knochenmark zu spenden. Dies sei für ihn keine Frage. Allerdings habe er gehört, dass die Entnahme des Knochenmarks sehr schmerzhaft sei.

Diagnosen:

1. Somatoforme autonome Funktionsstörung des muskuloskelettalen Systems (F45.38)

2. Probleme im Zusammenhang mit alleine leben (Z60.2)
3. Tod eines Familienangehörigen (Z63.4)

Kommentar

Stress als Ausdruck eines Missverhältnisses zwischen Anforderungen/Belastungen und Regulierbarkeit sowie sozialer Unterstützung [10].

Gruppe 5: Chronische Schmerzen mit weitgehend psychogener Ursache

Bei dieser Gruppe von chronischen Schmerzen darf kein organisches Korrelat im Sinne einer körperlichen Störung oder eines physiologischen Prozesses vorhanden sein; d.h., es finden sich weder strukturelle noch funktionelle Organveränderungen. Die häufig angetroffenen Normvarianten und Zufallsbefunde schliessen die Diagnose nicht aus. Am weitaus häufigsten diagnostiziert man in dieser Gruppe eine *anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)*. Etwas unglücklich verlangt die ICD-10, dass emotionale Konflikte, psychosoziale Probleme oder kritische Lebensereignisse einen ursächlichen Einfluss auf die somatoformen Schmerzen haben sollen. In diesem Punkt ist das «Diagnostic Statistical Manual IV (DSM-IV)» der «American Psychiatric Association» weniger ausschliessend, da es die Diagnose einer *Schmerzstörung in Verbindung mit einem psychischen Faktor (DSM-IV 307.80)* zulässt, dem die Hauptrolle (nicht aber die Ursache) für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zugestanden wird [11]. Neben der somatoformen Schmerzstörung gibt es weitere Formen psychischer Störungen, bei denen Schmerz ohne ein organisches Korrelat das Leitsymptom sein kann (Tab. 3). Obwohl das Konstrukt der sogenannten «larvierten Depression» weitgehend verlassen wurde, beobachtet man im klinischen Alltag doch immer wieder Schmerzen am Bewegungsapparat, die im Gefolge einer depressiven Episode aufgetreten sind. Bei Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung können

Tab. 3: Schmerzen am Bewegungsapparat als Haupt- oder Begleitsymptom psychischer Störungen gemäss ICD-10

- Anhaltend somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- Sonstige depressive Episode (F32.8)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Hypochondrische Störung (F45.2)
- Neurasthenie (F48.0)
- Burn-out Syndrom (Z73.0)
- Zönaesthetische Psychose (F20.8)

Schmerzen nach körperlichen Verletzungen anhalten oder wieder auftreten, lange nachdem die strukturellen Läsionen verheilt sind. Es gibt Hinweise dafür, dass die mit einer traumatischen, körperlichen Verletzung assoziierte Schmerzerfahrung in einem «Schmerzgedächtnis» [12] abgespeichert wird, um dann zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund traumaassoziierter Stimuli zentral wieder abgerufen zu werden. Bei der Hypochondrie glaubt und fürchtet der Patient, dass seine physiologischen Körpersensationen einen bedrohlichen Schmerzzustand anzeigen. Bei der Neurasthenie bzw. dem nahe verwandten, in der ICD-10 allerdings nicht als eigenständiges Krankheitsbild beschriebenen «Chronic Fatigue Syndrom» sowie beim «Burn-Out Syndrom» können diffuse Schmerzen am Bewegungsapparat das Hauptsymptom sein. Schliesslich kann auch einmal ein Patient mit einer psychotischen Erkrankung über Schmerzen im Rahmen eines halluzinatorischen Erlebens berichten.

Fallbeispiel 5

Die 46-jährige Raumpflegerin leidet seit sieben Jahren an Schmerzen im Rücken und an beiden Armen und Beinen. Angefangen hätten die Schmerzen beim Aufheben eines Papierschnittzels vom Boden bei der Arbeit mit einem «wahnsinnigen Hexenschuss». Seither sei sie nie mehr schmerzfrei gewesen. Die «glühenden» («wie in der Hölle») Schmerzen in den Extremitäten kamen im Verlauf dazu. Sämtliche radiologischen und serologischen Abklärungen

fielen unauffällig aus. Sie habe «alle Medikamente» ausprobiert und Physiotherapie habe auch nicht geholfen. Wegen Arbeitsunfähigkeit erhält die Patientin seit zwei Jahren eine 100%-Invalidenrente. Seit einem Jahr gehe sie nur mehr zum Einkaufen aus dem Haus. Sei sie im Laden, dann gehe sie «ganz rasch hinein und wieder hinaus», da sie Herzklopfen und Schwindel kriege und Angst habe, ohnmächtig zu werden. Aufgewachsen ist die Patientin in Ex-Jugoslawien. Der Vater sei streng gewesen und habe sie und ihre zwei Brüder immer wieder geschlagen, wenn er betrunken gewesen sei. 1991 sei sie mit ihrem Ehemann in die Schweiz gezogen. Der Ehemann hätte sonst in den Bosnienkrieg ziehen müssen. Ihr Haus sei bombardiert worden. Einer ihrer Brüder sei in den Anfangstagen des Krieges verschwunden und die Familie habe seither nichts mehr von ihm gehört. Traurig sei sie darüber aber nicht mehr, das Leben müsse weitergehen; wenn sie nur weniger Schmerzen hätte...

Diagnosen

1. Anhaltend somatoforme Schmerzstörung (F45.4) unter ursächlichem und/oder aufrechterhaltendem Beitrag von:
 - Körperlicher Misshandlung in der Kindheit (Z61.6)
 - Verschwinden des Bruders (Z63.4)
 - Betroffensein von Krieg (Z65.5)
2. Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

Bibliographie

1. Egle UT, Derra C, Nix WA, Schwab R: *Spezielle Schmerztherapie. Leitfaden für Weiterbildung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer, 1999.
2. Kröner-Herwig B: *Rückenschmerz. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2000.
3. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L: *Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation*. *Pain* 1990;40:279-291.
4. Egle UT, Hoffmann SO: *Der Schmerzkranker. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*. Stuttgart: Schattauer, 1993.
5. Nickel R, Egle UT: *Manualisierte psychodynamisch-interaktionelle Gruppentherapie. Therapiemanual zur Behandlung somatoformer Schmerzstörungen*. *Psychotherapeut* 2001;46:11-19.
6. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. 2. Korrigierte Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber, 1993.
7. Eschmann E, Mauron T, Blaser J: *Aufwand und Ertrag bei den Codierungen von Behandlungen für Fallpauschalen von stationären internistischen Patienten*. *Schweizerische Ärztezeitung* 2000;81:1049-1055.
8. Egli N: *Qualitätssicherung in der schweizerischen Hausarztmedizin: Erfahrungen der letzten 23 Jahre*. *Primary Care* 2001;1:701-702.
9. Adler RH, Hemmeler W: *Anamnese und Körperuntersuchung*. 3. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1992.
10. Buddeberg C, Willi J: *Psychosoziale Medizin*. 2. Auflage. Berlin: Springer, 1998.
11. *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe, 1998.
12. Sandkühler J: *Schmerzgedächtnis. Entstehung, Vermeidung, Löschung*. *Deutsches Ärzteblatt* 2001;98:C2172-C2176.
13. Kendall NA: *Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm*. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 1999;13:545-554.

Kommentar

Schmerzen halten sich nicht an die Anatomie. Diskrepanz von Inhalt und Stil der Schmerzschilderung: starker Dauerschmerz, der »farbig« (affektiv getönt) geschildert wird und eine davon wenig betroffen wirkende Patientin, die wie über eine Dritte redet.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, eine differenzielle Diagnostik chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat darzustellen und mit Hilfe der ICD-10 ebenso differenziell zu codieren. Eine differenzielle Diagnosestellung wird aufgezeigt, um unter dem Aspekt der Qualitätssicherung mehr Transparenz hinsichtlich Diagnostik und Therapie der nicht malignen Schmerzerkrankungen nicht zuletzt gegenüber den Versicherungsträgern zu schaffen. Im Praxisalltag und am Krankenbett auf einer internistischen oder rheumatologischen Spitalabteilung sind chronische Schmerzsyndrome, mit oder ohne organische Befunde, sprichwörtlich «Alltag». Mit Hilfe der vorliegenden Einteilung [1] und daraus abgeleiteter differenzieller Therapiemassnahmen hat sich gezeigt, dass in bis zur Hälfte der Patienten mit somatoformer Schmerzstörung Schmerzfreiheit erzielt werden kann [5]. Wir wollten den Ärzten der Grundversorgung ohne psychosomatische bzw. psychotherapeutische Zusatzausbildung eine Hilfe zur Diagnose chronischer Schmerzsyndrome am Bewegungsapparat an die Hand geben. Die Grundversorger sind es, welche lange vor dem Psychosomatiker und Psychotherapeuten den an Schmerz Erkrankten sehen. Die frühzeitige Zuordnung einer Schmerzkrankheit zu einer der vorgestellten fünf Entitäten ermöglicht den frühzeitigen Einsatz einer individuell auf den Schmerzkranken zugeschnittenen Therapie. Ebenso kann der Patient bei Bedarf früher als heute üblich, an einen mit der Therapie von nicht-malignen chronischen Schmerzen vertrauten Kollegen überwiesen bzw. eine Zuweisung in eine Schmerzambu-

lanz oder eine Rehabilitationsklinik mit entsprechendem therapeutischen Angebot¹ veranlasst werden. Studien belegen, dass der rechtzeitige Einsatz einer interdisziplinären, multimodalen Therapie bei chronischen Schmerzen für einen günstigen Verlauf der Schmerzkrankheit hinsichtlich Schmerzintensität, Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität entscheidend ist [13]. In der nachfolgenden Arbeit sollen die Grundsätze einer multimodalen Therapie chronischer Schmerzsyndrome [1] im Praxis- und Klinikalltag vorgestellt werden.

Résumé

Les patients souffrant des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur sont traités en premier lieu par le médecin généraliste ou la polyclinique en rhumatologie ou médecine interne. Le syndrome de douleur chronique non pris en charge de manière spécialisée dès le début a un pronostic moins favorable en ce qui concerne l'intensité de la douleur, l'incapacité du travail et la qualité de vie. Nous présentons un diagnostic différentiel des syndromes de douleur chronique sous l'aspect bio-psycho-social. Ceci permet au médecin de premier recours de commencer précocement par une thérapie multimodale ou d'adresser le patient à un service spécialisé en psychosomatique. Vu les débats en cours sur les contrôles de qualité et les recommandations thérapeutiques demandés par les assurances, nous proposons un codage des syndromes de douleur chronique selon ICD-10. **Mots-clés:** douleur chronique – système musculo-squelettique – biopsychosociale – ICD-10

Korrespondenzadresse

Dr. R. von Känel
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Zürcher Höhenklinik Davos
7272 Davos Clavadel

E-Mail: roland.vonkaenel@psy.usz.ch

¹ Bspw. Ambulantes Interdisziplinäres Schmerzprogramm (AISP), Rheumaklinik/Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich und Abteilung für Psychosomatische Medizin, Zürcher Höhenklinik Davos