

Der Schmerz

Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, der Österreichischen Schmerzgesellschaft, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie und der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

Elektronischer Sonderdruck für

P. Nilges

Ein Service von Springer Medizin

Schmerz 2010 · 24:209–212 · DOI 10.1007/s00482-010-0908-0

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der privaten Homepage und Institutssite des Autors

© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Published by Springer Medizin Verlag - all rights reserved 2010

P. Nilges · W. Rief

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Eine Kodierhilfe

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Eine Kodierhilfe

Beschreibung der Diagnose

Die *chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren* bezieht sich auf Schmerzen, die durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst und in der Regel auch aufrechterhalten werden oder bei denen ein somatischer Auslösefaktor und eine ebensolche Aufrechterhaltung sehr wahrscheinlich sind. Zusätzlich liegen jedoch auch psychologische Faktoren vor, die für das Krankheitsverständnis und/oder die Behandlung von Relevanz sind. Diese Diagnose kann für alle chronischen Schmerzformen zutreffen; die beteiligten psychischen Faktoren sind durch syndromspezifische Besonderheiten geprägt. Beispiele für somatische Auslösefaktoren sind: Erkrankungen oder Funktionsstörungen des muskuloskelettalen Systems (Muskeln, Sehnen, Bänder und Gelenke) sowie pathologische Veränderungen des Nervensystems (periphere Prozesse, z. B. Polyneuropathie; zentrale Veränderungen, z. B. nach Apoplexie). Mischformen und somatische Veränderungen unklarer Genese (z. B. CRPS – früher M. Sudeck) zählen ebenfalls zu den typischen Auslösern.

Pathologische somatische Befunde, die mit den Schmerzen zusammenhängen, sind durch geeignete diagnostische Verfahren (z. B. Labortests, QST oder bildgebende Verfahren) zu erheben. Somatische Faktoren können auch durch körperliche Untersuchung und/oder Anamnese bestätigt werden, wenn keine objektiven Befunde vorliegen.

Hinsichtlich Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung haben psychische Faktoren eine wesentliche Bedeutung, die positiv identifiziert werden müssen (s. unten).

Der ursprünglich *auslösende somatische Faktor*

- wurde diagnostiziert (z. B. Herpes zoster, Bandscheibenvorfall mit passender Schmerzlokalisation),
- wurde aufgrund von Anamnese und Untersuchungen identifiziert (z. B. Muskelhartspann bei Lumbago) oder
- entspricht einem bekannten Krankheitsbild, bei dem positive Befunde nicht bekannt sind (z. B. Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp).

Aufrechterhaltende *psychische Faktoren* sind ebenfalls genau zu identifizieren. Mindestens zwei der nachfolgenden psychischen Faktoren müssen vorliegen:

- „Stress“ und Belastungssituationen, ggf. in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, führen zu einer Beeinflussung des Schmerzerlebens.
- Auf Verhaltensebene haben sich auf der Grundlage *schmerzbezogener Angst* (in der Regel ohne den Kriterien einer Angststörung zu entsprechen) zunehmende *Passivität, Schon- und Fehlhaltungen* und daraus resultierende körperliche Dekonditionierung entwickelt. Auch Durchhaltestrategien als dysfunktionale Verhaltensmuster können zur Aufrechterhaltung beitragen.

- Es bestehen *maladaptive Kognitionen* in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen, Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte und rigide Attribution der Ursachen auf organische Faktoren.
- Ausgeprägte *emotionale Belastungen* sind nachweisbar, zum Beispiel Verzweiflung oder Demoralisierung. Wenn die Kriterien einer Depression oder Angststörung erfüllt sind, so ist dies zusätzlich zur Diagnose F45.41 zu kodieren. Ausschließlich im Rahmen von Depression oder Angststörungen auftretende Schmerzen dürfen nicht als F45.41 kodiert werden.
- Familiäre, soziale und existenzielle Konsequenzen: Die Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, hat zu veränderten Rollen in der Familie geführt, ist mit reduzierten Kontakten im Freundeskreis (sozialer Rückzug) und zunehmenden Problemen im Beruf (Krankschreibung, Kündigung, vorzeitige Berentung) verbunden.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

- a) *Schmerzsyndrome ohne Krankheitswert*: Viele Schmerzsyndrome sind zwar unangenehm, erreichen jedoch nicht einen Beeinträchtigungsgrad, der eine medizinische Diagnose mit Krankheitswert rechtfertigen würde.

- b) *Akute Schmerzsyndrome*: Obwohl es wissenschaftlich nicht unumstritten ist, die Chronizität ausschließlich am Zeitkriterium festzumachen, muss aus Praktikabilitätsgründen Chronifizierung über eine Erkrankungsdauer ≥ 6 Monate quantifiziert werden.
- c) *Chronische, rein körperlich bedingte Schmerzsyndrome*: Es liegt zwar ein chronisches Schmerzsyndrom mit körperlicher Ursache vor, jedoch sind keine der oben genannten psychischen Faktoren feststellbar. In diesem Fall ist das Schmerzsyndrom unter der entsprechenden organischen Erkrankung einzuordnen.
- d) *Somatoforme Schmerzstörung*: Hierbei liegt ein primärer psychischer Faktor vor, der für die Auslösung der Schmerzsymptomatik identifiziert werden kann. Sind an der Auslösung auch körperliche Faktoren substantiell beteiligt, so ist die Diagnose F45.41 zu verwenden.
- e) *Somatisierungsstörung/undifferenzierte Somatisierungsstörung*: Auch bei diesen Störungen (F45.0 bzw. F45.1) treten häufig Schmerzen auf. Sie stellen jedoch ein Symptom unter mehreren dar und stehen in der Regel nicht im Vordergrund. Auch bei bestehender Somatisierungsstörung kann zusätzlich noch eine chronische Schmerzstörung (F45.41) bestehen und muss dann auch kodiert werden.
- f) *Depression*: Liegt zusätzlich zur Schmerzsymptomatik das Vollbild einer depressiven Erkrankung (s. F31–F34) vor, so ist die Depression bzw. affektive Störung zusätzlich zu klassifizieren. Es gibt Hinweise, dass 10–30% der Personen mit chronischen Schmerzen zusätzlich die Kriterien einer komorbiden Depression erfüllen. Treten Schmerzsymptome (z. B. Kopf- oder Bauchschmerzen) ausschließlich während depressiver Phasen auf, kann dies auch ausschließlich als Depression diagnostiziert werden.
- g) *Angststörungen*: Sind die Ängste von Patienten mit Schmerzsyndromen ausschließlich auf Schmerzsituationen bezogen, so ist dies durch die Diagnose F45.41 ausreichend abgedeckt (vgl. „Fear-avoidance-Konzept“ zum chronischen Schmerz). Sind je-

doch die Kriterien einer Angststörung oder Hypochondrie erfüllt, so ist auch diese Störung zu diagnostizieren. So finden sich bei Personen mit chronischen Schmerzen auch häufiger generalisierte Angststörungen (F41.1), Panikstörungen (F41.0), soziale Phobie (F40.1). Auch das Erleben traumatischer Erfahrungen kann mit dem Schmerzerleben interagieren; liegt eine posttraumatische Belastungsstörung vor, so ist auch diese zusätzlich zu diagnostizieren. Liegen die Schmerzsymptome ausschließlich während Angstphasen vor (z. B. Brustschmerz während Panikattacken), so ist die Angstdiagnose ausreichend.

- h) *Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom* (F62.80): Für diese Störung muss nachvollziehbar sein, dass durch das chronische Schmerzsyndrom eine grundsätzliche Veränderung von Persönlichkeitszügen auftrat. In der Wahrnehmung sowie im Verhalten und der eigenen Person müssen vor der chronischen Schmerzerkrankung deutlich andere Persönlichkeitsmerkmale vorgelegen haben.
- i) *Psychische Faktoren oder Verhaltensinflüsse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten* (F54): Viele medizinische Erkrankungen werden durch psychische Faktoren beeinflusst. Bei der Diagnose F54 sind die psychischen Störungen meist leicht bis mittelstark ausgeprägt und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V. Im Unterschied zu solchen Einflussfaktoren kommt den psychischen Faktoren bei der F45.41 eine zentrale Stellung für die Chronifizierung zu. Dazu zählen Verhaltensmuster (Inaktivität und exzessive Schonung), mal-adaptive Kognitionen (Katastrophisieren) und emotionale Belastungen (Ängste, depressive Verstimmung) mit direktem und ausreichend anhaltendem Bezug zu den Schmerzen, sodass von einer wesentlichen Bedeutung für die Chronifizierung auszugehen ist. Wenn psychische Faktoren lediglich als Schmerzverstärkung bei Belastun-

gen (z. B. Kopfschmerzzunahme unter Stress) vorliegen, ist die Diagnose F54 zu kodieren.

Kontext der Diagnose: Deutsche Kodierrichtlinien (DKR), OPS, DRGs

Mit der F45.41 ist erstmals eine angemessene Diagnose von Schmerzen mit gleichzeitig sensorischen, kognitiv-emotionalen und Verhaltensaspekten und damit von chronischen Schmerzen als komplexer biopsychosozialer Störung möglich. Der medizinische Kontext, in dem diese Diagnose gestellt wird, ist jedoch traditionell geprägt von einem monokausalen und somatischen Krankheitsverständnis. In den deutschen Kodierrichtlinien wird die Verschlüsselung von Prozeduren geregelt, die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) enthalten sind. Die multimodale Schmerztherapie als Prozedur ist in diesem Teil des DRG-Systems differenziert abgebildet.

Die Kodierrichtlinien regeln ebenfalls die Kodierung von Krankheiten, wie sie im jeweils aktuellen systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM enthalten sind. Die 2009 neu eingeführte Diagnose F45.41 ist in den Kodierrichtlinien noch nicht berücksichtigt worden.

Die Konsequenzen dieser Diagnose im Rahmen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und des DRG-Systems sind derzeit nicht eindeutig absehbar.

Im Folgenden werden Aspekte aufgegriffen, die im bestehenden Diagnose- und Berechnungssystem widersprüchlich, unklar oder ergänzungsbedürftig sind und die bei der Verwendung der Diagnose beachtet werden sollten.

Deutsche Kodierrichtlinien – spezielle Kodierrichtlinien

Schmerz als häufigster Behandlungsanlass findet sich unter den speziellen Kodierrichtlinien (Kapitel 18, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind). Die Anleitungen zur Kodierung von Schmerz sind widersprüchlich und bedürfen einer Überarbeitung.

Derzeit findet sich folgende Anweisung:


„Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird ausschließlich der Schmerz behandelt, ist der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben.“

Bei einer Schmerztherapie ist Schmerz der Aufnahmearbeit. Die Schmerzlokalisierung als Hauptdiagnose zu kodieren ist aus mehreren Gründen problematisch.

Üblicherweise wird tatsächlich ausschließlich „der Schmerz“ therapiert – in multimodalen Programmen wird der Patient allerdings in seiner gesamten Komplexität behandelt. Dazu zählen nicht nur psychische Faktoren, sondern auch die überwiegend umfangreichen Schmerzbilder, mit denen chronifizierte Patienten zur Therapie kommen: Etwa 75% der Patienten geben mehr als eine Lokalisation an. Nach den DKR wäre es somit nur für 25% der Patienten möglich, eine korrekte Hauptdiagnose anzugeben. Die F45.41 wäre nach der bisherigen Kodierlogik in diesen Fällen als Nebendiagnose zu vergeben. Unklar ist, wie die übrigen 75% korrekt kodiert werden.

Die DKR sollen dahingehend geändert werden, dass die F45.41 – bei Zutreffen der definierten Kriterien – als Hauptdiagnose anstelle der Lokalisation tritt. Dies würde auch der Intention der Autoren der DKR entsprechen, die an anderer Stelle ausführen:

„Die Hauptdiagnose wird definiert als: ‚Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.‘“

Weiterhin sind für die in den DKR enthaltenen Fallbeispiele Ergänzungen erforderlich ( **Infobox 1**).

Als alternative Verschlüsselungsmöglichkeiten wird bisher die folgende Option vorgeschlagen:

„Die Codes R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz oder R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz sind nur dann als Haupt-

Schmerz 2010 · 24:209–212 DOI 10.1007/s00482-010-0908-0
© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes.
Published by Springer Medizin Verlag - all rights reserved 2010

P. Nilges · W. Rief

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Kodierhilfe

Zusammenfassung

Die Genese und Aufrechterhaltung der meisten chronischen Schmerzsyndrome ist weder monokausal somatisch noch monokausal psychologisch, sondern multifaktoriell. Die ICD-10-GM Version 2009 wurde um die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ erweitert, weil die bisherige diagnostische Klassifikation den biopsychosozialen Charakter chronischer Schmerzen nicht wiedergegeben hat. Für die Mehrzahl der Patienten ist eine Dichotomisierung in psychisch vs. organisch bedingte Schmerzen unzutreffend und mit dem gültigen Wissensstand nicht vereinbar. Mit der Erweiterung der Klassifikation wird in angemessener Weise zum Ausdruck gebracht, dass psychischen Faktoren oftmals eine wichtige Bedeutung im Chronifizierungsprozess und bei der Behandlung zukommt.

In der vorliegenden Kodierhilfe werden verschiedene Aspekte der neu eingeführten Diagnose präzisiert und mögliche differenzialdiagnostische Probleme diskutiert. Dazu gehört v. a. die Abgrenzung von Diagnosen, die im Zusammenhang mit Schmerz häufig gestellt werden, und Empfehlungen, wie und ob Komorbiditäten kodiert werden können und sollen. Gleichzeitig werden klinisch relevante Schmerzsyndrome von Schmerz als Alltagsphänomen abgegrenzt. Abschließend werden der Kontext, in dem diese Diagnose gestellt wird, und spezifische Probleme im Zusammenhang mit dem DRG-System diskutiert.

Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz · Diagnose · Klassifikation · ICD-10

F45.41: chronic pain disorder with somatic and psychological factors. A coding aid

Abstract

In 2009, the German version of ICD-10 (ICD-10 GM version 2009) introduced the diagnosis of “chronic pain disorder with somatic and psychological factors”, because current ICD-10 diagnoses did not address the biopsychosocial character of chronic pain adequately. For most patients, a dichotomous classification into psychologically versus biomedically caused pain is inappropriate and does not reflect current knowledge on pain. The new code F45.41 addresses the relevance of psychological factors for chronic pain persistence and chronic pain treatment, even in those conditions with a clear biomedical cause at the beginning. This guideline describes how to use this new diagnosis, which boundar-

ies have to be considered, and how comorbid and associated conditions can be classified. The distinction of this new diagnosis from other pain-associated diagnoses and recommendations for the coding of comorbid conditions are presented. The differentiation of everyday pain symptoms from pain disorders is outlined. Finally, contextual factors of the classification process, as well as problems in integrating this new diagnosis into diagnosis-related group (DRG) systems of financial reimbursement are discussed.

Keywords

Chronic pain · Diagnosis · Classification · ICD-10

Infobox 1 Vorschlag für ein Fallbeispiel

Der Patient wird wegen seit Jahren bestehender und zu weitgehender Beeinträchtigung bei Stimmung, Beruf und Mobilität führender Rückenschmerzen zur stationären multimodalen Schmerztherapie aufgenommen.

Bei Berücksichtigung der F45.41 könnte eine angemessene Verschlüsselung dementsprechend erfolgen:

- Hauptdiagnose F45.41
- Nebendiagnose M54.5
- Prozedur 8-918.14

diagnose anzugeben, wenn die Lokalisation der Schmerzen nicht näher bestimmt ist (siehe Ausschlusshinweise bei Kategorie R52) und die Definition der Hauptdiagnose zutrifft.“

Dieses Vorgehen scheint wenig sinnvoll zu sein, da die Lokalisation in nahezu allen Fällen bestimmbar ist und dokumentiert wird, auch wenn es sich in der Regel um mehrere Lokalisationen handelt.

Die Kodierrichtlinien führen weiter aus:

„In allen anderen Fällen von chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, als Hauptdiagnose angegeben werden, soweit diese für die stationäre Behandlung verantwortlich war.“

Damit ist die Vergabe der F45.41 als Hauptdiagnose gerechtfertigt. Im Zusammenhang mit dem DRG-System bedeutet das Folgendes: Wenn die F45.41 als Hauptdiagnose gestellt wird, dann ist die U42Z die zutreffende DRG.

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass aufgrund der Komplexität des Schmerzbildes die Therapieintensität hoch sein sollte, d. h., die U42Z aufgrund der F45.41 würde erwarten lassen, dass eine intensive multimodale Therapie durchgeführt wurde, d. h. im derzeit geltenden OPS mindestens 8-918.12.

Die F45.41 wird nach ersten Erfahrungen derzeit überwiegend korrekt eingesetzt für diejenigen Patienten, deren chronische Schmerzstörung auf der Wechselwirkung von somatischen und psychischen Faktoren beruht. Möglicherweise wird die F45.41 manchmal aber noch zu schnell vergeben und scheint dann die F54 (Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderen-

orts klassifizierten Krankheiten) zu „ersetzen“. Es müssen aber relevante Wechselwirkungen von somatischen und psychischen Faktoren vorhanden sein, die zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Schmerz führen. Stressreagibilität allein ist keinesfalls ausreichend.

Fazit für die Praxis

- Mit dem 2009 in die ICD-10GM eingeführten Kode F45.41 können chronische Schmerzen als biopsychosoziale Störung angemessen diagnostiziert werden.
- Mit dieser Diagnose ist eine Voraussetzung für die Indikationsstellung zur interdisziplinären Therapie geschaffen worden.
- Die diagnostische Abgrenzung von ähnlichen Störungen und die Kodierung von Komorbiditäten sind unentbehrlich und werden in diesem Beitrag erläutert.
- Dringend notwendig ist eine Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien.

Quellenangaben und Downloads:

ICD 10 GM Kapitel F 2010. <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f40-f48.htm>

Deutsche Kodierrichtlinien 2010. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/content/view/full/2347

Korrespondenzadresse

Dr. P. Nilges
 DRK Schmerz-Zentrum Mainz
 Auf der Steig 16, 55131 Mainz
 nilges@uni-mainz.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Neue preisgekrönte Rückenschule bringt Vorteile

Für die Evaluierung eines innovativen und vorteilhaften Schulungsprogrammes für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen hat Dr. Karin Meng vom Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg den Förderpreis 2009 der Karlsruher-Sanatorium-AG verliehen bekommen. Der mit 7.500 Euro dotierte, und für herausragende wissenschaftliche Arbeiten zur medizinischen Rehabilitation vorgesehene Preis wurde Karin Meng am 10. März auf dem 19. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Leipzig verliehen. In Ihrer prämierten Studie zum „Curriculum Rückenschule“ weist die Wissenschaftlerin nach, dass das neue Programm im Vergleich zu einer nicht-standardisierten Rückenschule deutliche Vorteile hat: Die Patienten wussten mehr über ihre Krankheit und die Behandlung, ihre Motivation für körperliche Aktivität war höher und sie setzten diese Motivation auch verstärkt in die Tat um. Auch der Umgang mit den Schmerzen gelang ihnen besser. Aufgrund seiner hohe Akzeptanz bei den Patienten und einer sehr guten Praxistauglichkeit könne das Programm auch für die routinemäßige Anwendung in Rehabilitationseinrichtungen empfohlen werden, so die Preisträgerin. Entwickelt und evaluiert wurde das „Curriculum Rückenschule“ im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund seit Mitte 2007 auf der Grundlage aktueller klinischer und sportwissenschaftlicher Forschungsergebnisse. Auch Modelle aus der Gesundheitspsychologie und Qualitätskriterien für Schulungen wurden dafür berücksichtigt.

Quelle:

Julius-Maximilians-Universität Würzburg,
www.uni-wuerzburg.de