

Online-Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 1. Juni 2021

Termin: Dienstag, 1. Juni 2021, 11.00 bis 12.00 Uhr

Themen und Referenten:

**Perspektiven in der Schmerztherapie – bisherige Fortschritte noch nicht ausreichend –
Erwartungen an die Bundespolitik**

Apl. Professor Dr. med. Winfried Meißner

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.; Leiter Sektion Schmerztherapie,
Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Abt. Palliativmedizin

**Schmerzexperten im Fokus: wie pflegerische Schmerzexperten Patienten nach einer Operation
individuell betreuen**

Sascha Bülow

Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe Pflegeexpert/-innen Schmerz im Deutschen Berufsverband
für Pflegeberufe (DBfK) e.V., Berlin

Schmerzsymptomatik bei Post-COVID-Syndrom: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Berend Groeneveld

Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände e.V., Norden/Berlin

Moderation: Thomas Isenberg, Geschäftsführer Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2021

Katharina Weber

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-583/-309, Fax: 0711 8931-167

E-Mail: weber@medizinkommunikation.org

<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/bewusstsein-schaffen/aktionstag>

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1, Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: presse@schmerzgesellschaft.de

www.schmerzgesellschaft.de

Online-Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 1. Juni 2021

Termin: Dienstag, 1. Juni 2021, 11.00 bis 12.00 Uhr

Inhalt:

- Pressemitteilung „Länder müssen bei Stärkung der Schmerztherapie nachbessern“
- Perspektiven in der Schmerztherapie – Erwartungen an die Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode
- Pressemitteilung „Was tun bei chronischen Schmerzen? Beratung und Aufklärung beim Aktionstag“
- Statements der Referenten
- Lebensläufe der Referenten
- Über die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Flyer – Schmerzen verstehen
- Flyer – Kopfschmerzen verstehen
- Flyer – CRPS – Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen
- Flyer – Gesichtsschmerzen verstehen
- Flyer – Endometriose-Schmerzen verstehen
- Flyer – Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie
- Flyer – Restless Legs Syndrom verstehen
- Poster – Aktionstag gegen den Schmerz
- Postkarte – Schmerzen? Einfach dreifach informieren

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2021

Katharina Weber

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-583/-309, Fax: 0711 8931-167

E-Mail: weber@medizinkommunikation.org

<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/bewusstsein-schaffen/aktionstag>

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1, Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: presse@schmerzgesellschaft.de

www.schmerzgesellschaft.de

Länder müssen bei Stärkung der Schmerztherapie nachbessern

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. fordert mehr Schmerzbetten, bessere Nachwuchsförderung und Umsetzung eines strukturierten Akutschmerzmanagements nach Operationen

Berlin, 1. Juni 2021 – Mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland leidet an chronischen Schmerzen. Dies verursacht jährliche Kosten für das Gesundheitssystem in Höhe von schätzungsweise 38 Milliarden Euro, zwei Drittel davon für Arbeitsausfall und Frühberentung. Um die Schmerzversorgung und damit die Situation der Betroffenen maßgeblich zu verbessern, fordert die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern auf, auch im Lichte des Wahljahrs 2021 und für die Zeit danach konkrete Maßnahmen zu beschließen. Dazu gehören unter anderem die Finanzierung von Weiterbildungsstellen in Spezieller Schmerztherapie und die Sicherstellung von Schmerzversorgung bei Praxisnachfolge. Bei der heutigen Online-Pressekonferenz appellieren die Schmerzexpertinnen und -experten zudem an die Gesundheitsministerinnen/-minister von Bund und Ländern, auch auf Landesebene nachzubessern: Im Rahmen der Landeskrankenhausplanung sollten Schmerzbetten explizit ausgewiesen werden. Außerdem müsse sichergestellt sein, dass in mehr Kliniken eine interdisziplinäre, multimodale Versorgung stattfindet und diese mit der ambulanten Nachbehandlung verschränkt ist. Alle Krankenhäuser und ambulant operierenden Praxen seien zudem laut einem G-BA-Beschluss dazu verpflichtet, ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements vorzuweisen. Auch dies müsse umgesetzt werden.

In repräsentativen Erhebungen berichten etwa 23 Millionen Deutsche von chronischen Schmerzen, sechs Millionen davon fühlen sich durch ihren Schmerz im Alltag beeinträchtigt, bei 2,2 Millionen Patientinnen und Patienten stellt Schmerz ein eigenständiges, komplexes, psychosoziales Krankheitsbild dar, das bedeutet, die ursprünglich auslösende Ursache ist häufig nicht mehr nachweisbar. „Die Gesundheitspolitik darf diese Patientinnen und Patienten nicht aus dem Blick verlieren“, betont apl. Professor Dr. med. Winfried Meißner, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Vor sechs Jahren haben die Gesundheitsminister der Länder und des Bundes (GMK) Maßnahmen zur Verbesserung der Schmerztherapie und Stärkung der Versorgung beschlossen – die Schmerzgesellschaft hat den Stand der Umsetzung abgefragt (vgl. Link untenstehend zu Antworten), und muss feststellen, dass die Länder nachbessern müssen. „Wir fordern die Länder dringend auf, bereits im Rahmen der Landeskrankenhausplanung Schmerzbetten oder aber an schmerzspezifischen OPS-Prozeduren definierte Ressourcen der teilstationären und stationären

Versorgung explizit auszuweisen“, sagt Meißner. Im Weiteren müsse eine interdisziplinäre, multimodale Versorgung stattfinden und diese mit der ambulanten Nachbehandlung verschränkt sein.

Auch die ambulante Schmerzversorgung ist nach wie vor lückenhaft. „Ambulante Versorgung ließe sich im Rahmen der Bedarfsplanung über Kassenärztliche Vereinigungen sicherstellen, auch bei Nachbesetzung von Arztpraxen“, erklärt Meißner. Die Regelung der Praxisnachfolge sei dabei besonders wichtig, ansonsten fehle es sowohl an Therapeuten für die Patientenversorgung als auch an weiterbildungsbefugten Experten für die Nachwuchsarbeit. Ohnehin sei Nachwuchsförderung in der Schmerzmedizin die Grundlage zukünftiger Patientenversorgung. Deshalb müsse die Finanzierung von Weiterbildungsstellen in Spezieller Schmerztherapie in ambulanten Praxen sowie in Kliniken gestärkt werden, Beschlüsse hierzu analog dem Beispiel der Allgemeinmedizin wären nötig.

Auch die Akutschmerztherapie ist in deutschen Krankenhäusern nach wie vor unzureichend, dies kann zu gravierenden Folgeerscheinungen wie etwa Schmerzchronifizierung führen. „Laut dem HTA-Bericht 126 leiden 56 Prozent aller Patienten unter nicht akzeptablen Schmerzen nach einer OP, Schmerzpatienten auf konservativen Stationen werden unterversorgt, 41 Prozent der Patienten mit nicht akzeptablen Schmerzen erhalten keine schmerzstillende Behandlung“, berichtet Meißner. Erstmals hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Initiative der Patientenvertretung und mit Beratung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. daher am 17. September 2020 beschlossen, dass Krankenhäuser und ambulant operierende Praxen ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements etablieren müssen. „Der Beschluss muss aber auch umgesetzt werden“, sagt der Präsident der Schmerzgesellschaft. So sollen Krankenhäuser beispielsweise Akutschmerzdienste mit pflegerischen und ärztlichen Expertinnen und Experten vorhalten – derzeit ist das nur bei zwei Drittel der Kliniken der Fall. „Auch aus unserer Sicht ist das ein Meilenstein in der Anerkennung unserer fachlichen Expertise und ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach einer Operation“, erklärte Sascha Bülow von der Fachgruppe „Pflegeexpert/innen Schmerz“ des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) bei der Pressekonferenz. Es komme für das postoperative Schmerzmanagement darauf an, dass Schmerzpatientinnen und -patienten schon während der pflegerischen Aufnahme identifiziert werden. „Liegen chronische Schmerzen vor, können pflegerische Expertinnen oder Experten sofort – im besten Fall präoperativ – hinzugezogen werden“, so Bülow, „so lassen sich nach einer Bewertung der Schmerzsituation individuell angepasste Maßnahmen planen.“

➔ *Service: Antworten der Bundesländer (Selbstauskunft) auf Umfrage der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. zur Umsetzung des 88. GMK-Beschlusses, Download unter: <https://ncl.dgss.org/index.php/s/fmtn2Tft4tXkEGj>*

➔ *Das aktuelle Forderungspapier „Perspektiven in der Schmerztherapie – Erwartungen an die Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode“ finden Sie auf <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/bewusstsein-schaffen/aktionstag>*

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit über 3 500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 19 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Perspektive wird zudem erweitert durch die institutionelle korrespondierende Mitgliedschaft der Vereinigung aktiver Schmerzpatienten SchmerzLOS e.V. in der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Mitgliedschaft der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ist interdisziplinär und interprofessionell und besteht aus Schmerzexperten aus Praxis, Klinik, Psychologen, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2021
Katharina Weber
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-583/-309, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: weber@medizinkommunikation.org,
<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/bewusstsein-schaffen/aktionstag>

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Thomas Isenberg, Geschäftsführer
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Telefon: 030 39409689-1, Fax: 030 39409689-9
Mobil: 0171 7831155
E-Mail: presse@schmerzgesellschaft.de
www.schmerzgesellschaft.de



10. Aktionstag gegen den Schmerz Pressekonferenz, Berlin, 1. Juni 2021

Perspektiven in der Schmerztherapie – Erwartungen an die Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode

I. **Forderungen: Fortentwicklungsbedarf für die nächsten Jahre**

a) **Nachwuchsförderung in der Schmerzmedizin als Grundlage zukünftiger Patientenversorgung sichern!**

- ⇒ Finanzierung von Weiterbildungsstellen (Spezielle Schmerztherapie) in ambulanten Praxen sowie Kliniken analog zur Allgemeinmedizin.
- ⇒ Sicherstellung von Schmerzversorgung bei Praxisnachfolge. Ansonsten fehlt es sowohl an Therapeuten für die Patientenversorgung als auch an weiterbildungsbefugten Experten für die Nachwuchsarbeit.

b) **Stationäre und ambulante Schmerzversorgung gewährleisten – erneute Beschlussfassung durch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder und des Bundes (GMK) nötig!**

Rund sechs Jahre nach dem „Schmerz-Beschluss“ der 88. GMK sollte dieser von der GMK evaluiert werden und Taten folgen:

- ⇒ Im Rahmen der Landeskrankenhausplanung sollten Schmerzbetten oder aber an schmerzspezifischen OPS-Prozeduren definierte Ressourcen der teilstationären und stationären Versorgung explizit ausgewiesen und sichergestellt werden, dass in den Kliniken eine interdisziplinäre multimodale Versorgung stattfindet und diese mit der ambulanten Nachbehandlung verschränkt ist.
- ⇒ Kriterien für MDK-Prüfungen sollten weiter präzisiert, verlässlich ausgestaltet und vor allem einheitlich angewendet werden.
- ⇒ Ambulante Schmerzversorgung im Rahmen der Bedarfsplanung über Kassenärztliche Vereinigungen sicherstellen, auch bei Nachbesetzung von Arztpraxen.
- ⇒ Stärkung der abgestuften Versorgung: Die gemeinsamen Landesgremien nach § 90 a SGB V sollten sich systematisch in den Bundesländern zur Verbesserung der sektorübergreifenden Schmerztherapie beraten.

c) **Qualität verbessern, Umsetzung G-BA-Beschluss sicherstellen!**

Erstmals hat der G-BA auf Initiative der Patientenvertretung und mit Beratung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. am 17. September 2020 beschlossen, dass



Krankenhäuser und ambulant Operierende ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements etablieren müssen.

- ⇒ Nötig sind zügiges Umsetzen und Kontrolle der Umsetzung/Ergebnisse des Beschlusses des G-BA vom 17.09.2020.*
- ⇒ Mittelfristig müssen Qualitätsindikatoren auch für Schmerz eingeführt werden, die Patientenperspektive ist dabei zu berücksichtigen.*

Hintergrund

II. Ausgewählte Best Practices in den Bundesländern derzeit:

vergleiche Anlage Antworten der Bundesländerselbstauskunft auf Umfrage der Deutschen Schmerzgesellschaft zur Umsetzung des GMK-Beschlusses, Download der Antworten unter: <https://ncl.dgss.org/index.php/s/fmtn2Tft4tXkEGj>

- Baden-Württemberg: umfassende Antwort des Landesministeriums auf den Antrag Landtagsabgeordneter Hinderer (Drucksache 16/8946). Unter anderem Landesbeirat Schmerzversorgung gebildet. Landeskriterien und Zertifizierung überregionaler sowie regionaler Schmerzzentren Baden-Württemberg erarbeitet, durchgeführt und veröffentlicht. Drittes Bundesland mit Anerkennung Ausbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ als Zusatzweiterbildung für Psychologen. Vorschläge einer intermediären Qualifikation im Sinne einer „Fachkunde Schmerzmedizinische Grundversorgung“ zur Verbesserung der Qualifikationen im ambulanten Primärsektor beispielsweise für Hausärzte. Vorschlag für mehr Institutsambulanzen an regionalen Schmerzzentren mit auch der Möglichkeit verbesserter Weiterbildungsplätze. Hinweis auf besonderen Bedarf schmerzmedizinischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sowie: Beschluss des Gesundheitsausschusses des Landtages Baden-Württemberg für Evaluation und Neufassung GMK-Beschluss gefasst; neue schmerzbezogene GMK-Beschlussfassung seitens der Landesregierung eingeleitet.
- NRW: Schon der alte Krankenhausplan 2015 plant in einem Teilkapitel den Umgang mit Schmerzen, wengleich im Versorgungsauftrag auf Wirbelsäulenchirurgie fokussiert wird. Das neue Landeshaushaltsgestaltungsgesetz NRW bietet umfassendere Chancen für auch die interdisziplinäre multimodale Schmerzversorgung: Zukünftig wird die Landeskrankenhausplanung nicht mehr an bettenführenden Abteilungen erfolgen, sondern entlang der OPS-Prozeduren, also auch entlang der spezifischen Bedarfsfestlegungen (Leistungsgruppen), der IMST-OPS-Ziffern und deren Qualitätskriterien.
- Sachsen-Anhalt: Das gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V hat Beratungen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Schmerztherapie durchgeführt und eine eigene AG im Landesgremium gebildet.
- Saarland: Problem der zu geringen Anzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und unbefriedigenden finanziellen Anreize für multimodale Schmerzkonzepte im ambulanten Bereich, es wird eine Verschiebung in den stationären Bereich



- erwartet. Aufwuchs von elf Schmerzbetten im aktuell geltenden Krankenhausplan im Vergleich zum vorherigen.
- Hamburg: Erfolgt ist ein Aufbau von spezialisierten teilstationären schmerztherapeutischen Versorgungsangeboten in vier Hamburger Plankrankenhäusern ergänzend zur stationären Krankenbehandlung.
 - Sachsen: Unterstützung G-BA-Beschlussfassung Akutschmerzmanagement. Sowie: Im Rahmen der 12. Fortschreibung des Landeskrankenhausplans erfolgte eine Erhöhung von vier auf insgesamt zehn Tageskliniken Schmerztherapie.
 - Rheinland-Pfalz: Darstellung der planungsrechtlich komplexen Grundlagen; Betonung der wachsenden Bedeutung von Zentrenbildung. Leuchtturm Schmerzzentrum Mainz.
 - Bayern: Aufwuchs teilstationärer Schmerzkapazitäten um 46 Prozent seit 2015 und zugleich Errichtung entsprechender Angebote an fünf weiteren Krankenhäusern, drei davon abseits der großen Ballungszentren.
 - Mecklenburg-Vorpommern: Im Vergleich zu 2015 nahezu Verdopplung der Zahl der ausgewiesenen tagesklinischen Plätze für Schmerztherapie. Von damals 34 Plätzen sind im Krankenhausplan aktuell 61 schmerztherapeutische Plätze ausgewiesen.
 - Brandenburg: Bedeutungszuwachs der interdisziplinären und sektorübergreifenden Schmerzbehandlungs-Krankenhäuser des Landes; Sonderprojekte sowie Aufbau strukturierter Behandlungspfade; Aufführung Schmerzmedizin im Textteil des 4. Krankenhausplans als ein besonders fachgebietsübergreifendes Behandlungsangebot, gesondert im Textteil.
 - Bremen: Zusage, nach der aktuellen Phase des COVID-19-Infektionsgeschehens wird Bremer Gesundheitssenatorin schriftlich bei allen Bremer Krankenhäusern Sachstand der Umsetzung des neuen G-BA-Akutschmerz-Qualitätssicherungsbeschlusses abfragen.
 - Hessen: Thematisierung Prävention im Rahmen von Landespräventionsprojekten; Betonung der Notwendigkeit schmerzbezogener Qualitätssicherungsverfahren einerseits bei Akutschmerz, aber auch bei chronischen Schmerzen.
 - Thüringen: Uniklinikum Jena hat mit Kostenträgern einen teilstationären Pflegesatz für Schmerztherapie vereinbart.
 - Niedersachsen: Bedeutung des Themas erkannt, derzeit 40 Krankenhäuser mit multimodalen Therapieangeboten. Handlungsfeld Sicherstellung/Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1 a als Rahmen der Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten Schmerzpraxen skizziert sowie Mitberatungsrechte des Landes nach § 96 SGB V beziehungsweise § 103 SGB V erwähnt, Anwendung in Hinblick auf Schmerz offen.
 - Schleswig-Holstein: Ausweisung von stationären Betten in Kiel und Lübeck. Sowie: KV Schleswig-Holstein hat ambulante Bedarfsplanung 2015/2016 erstmalig sowie erneut ab 2020 Instrumente zur Weitergabe schmerztherapeutischer ambulanter Sitze im Zuge von Nachbesetzungsverfahren



verankert. Sowie: Projekte aus dem Versorgungssicherungsfonds gestartet („Schmerz STRANG Nordwest“).

III. Anlage: der „alte“ Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz:

Der inzwischen sechs Jahre alte GMK-Beschluss der 88. GMK sollte nunmehr seitens der GMK offiziell in Hinblick auf die Umsetzung und den Handlungsbedarf evaluiert und fortgeschrieben werden.

Folgenden einstimmigen Beschluss hat die 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 24./25. Juni 2015, TOP 9.1, „Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“, seinerzeit gefasst. Die GMK beschloss einstimmig:

1. Die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister, Senatorinnen und Senatoren (GMK) begrüßt, dass eine Reihe von Krankenhausträgern Strukturen geschaffen haben, eine interdisziplinäre und interprofessionelle Schmerztherapie in ihren Krankenhäusern zu etablieren, und dass im ambulanten Bereich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten zugenommen hat. Sie erkennt zugleich, dass die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.
2. Die GMK erwartet von den in den Krankenhäusern Verantwortlichen, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Begleitung schmerzkranker Menschen sowohl während eines stationären Aufenthaltes als auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und intersektoral gewährleisten.
3. Die GMK stellt fest, dass die die Qualität der stationären Versorgung bestimmenden Faktoren zunehmend in der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Sie begrüßt, dass der Koalitionsvertrag zwischen den die Bundesregierung tragenden Fraktionen vorsieht, „Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen“. Die GMK bittet den G-BA, für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.

IV. Zahlen, Daten, Fakten:

Chronische Schmerzen berichten etwa 23 Millionen Deutsche in repräsentativen Erhebungen. Legt man die „Messlatte“ der Beeinträchtigung durch die Schmerzen zugrunde, so erfüllen sechs Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes. Die Zahl chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen mit starker Beeinträchtigung und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen (Schmerzkrankheit) liegt bei 2,2 Millionen der Bevölkerung. Bei diesen Patientinnen und Patienten stellt Schmerz ein eigenständiges, komplexes, biopsychosoziales Krankheitsbild dar, bei dem die ursprünglich auslösende Ursache häufig nicht mehr nachweisbar ist.

Schmerz „rund um Operationen im Krankenhaus“: Der offizielle HTA-Bericht Nr. 126 „Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen“ des DIMDI im



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums zeigt auf: „Die Akutschmerztherapie ist in deutschen Krankenhäusern nach wie vor unzureichend, dies kann zu gravierenden Folgeerscheinungen, wie zum Beispiel Schmerzchronifizierung, führen. Die Anzahl der unzureichend therapierten Schmerzpatienten ist hoch: 56 Prozent aller Patienten leiden unter nicht akzeptablen Schmerzen, das heißt, entweder Ruhe-, Belastungs- und/oder Maximalschmerz liegen über den definierten Grenzwerten für ein akzeptables Erträglichkeitsniveau. Schmerzpatienten auf konservativen Stationen werden unterversorgt, 41 Prozent der Patienten (ohne Krebserkrankung) mit nicht akzeptablen Schmerzen erhalten keine analgetische Behandlung.“ Erstmals hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Initiative der Patientenvertretung und unter Bewertungsbeteiligung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. am 17. September 2020 beschlossen, dass Krankenhäuser und ambulant operierende Praxen nunmehr verpflichtet sind, ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements zu etablieren. Nunmehr ist es nötig, das zügige Umsetzen des Beschlusses und dessen Einführung zu kontrollieren beziehungsweise zu „benchmarken“.

Ansprechpartner:

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.,

Bundesgeschäftsstelle, Geschäftsführer: Thomas Isenberg

Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin, info@schmerzgesellschaft.de, www.schmerzgesellschaft.de

Telefon: 030-39409689-0, Fax: 030-39409689-9

Was tun bei chronischen Schmerzen? Beratung und Aufklärung beim Aktionstag

**+++ Service-Hotline am 1. Juni geschaltet, kostenlose Patientenflyer online+++
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. setzt sich für Stärkung der schmerztherapeutischen Versorgung ein**

Berlin, 1. Juni 2021 – Am heutigen Dienstag findet der 10. bundesweite „Aktionstag gegen den Schmerz“ statt. An diesem Tag machen die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und ihre Partnerorganisationen auf die immer noch lückenhafte Versorgung vieler Millionen Menschen aufmerksam, die an chronischen Schmerzen leiden. Bundesweit gibt es in etwa 150 Praxen und Kliniken, in Apotheken sowie Pflegeeinrichtungen Aktionen, Infotage und Vorträge – viele davon auch als Online-Veranstaltungen. Als Extra-Service ist von 9.00 bis 18.00 Uhr zudem die kostenlose Telefonhotline 0800 1818120 eingerichtet. Dort beantworten Schmerzexpertinnen und -experten Fragen von Betroffenen. Interessierten stehen auf der Website der Schmerzgesellschaft darüber hinaus sieben [Patientenflyer](#) zu unterschiedlichen Schmerzsymptomatiken zum Nachlesen zur Verfügung.

23 Millionen Deutsche leiden unter chronischen Schmerzen – durch Migräne, Gelenkerkrankungen, Rheuma oder infolge einer Operation. Sechs Millionen Menschen sind in ihrem Alltag durch diese Schmerzen beeinträchtigt; 2,2 Millionen Menschen leiden sogar so stark unter dem Dauerschmerz, dass sie mit psychischen Beeinträchtigungen zu kämpfen haben. Die Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland ist jedoch nach wie vor lückenhaft. Information, Beratung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten sind daher die Ziele des 10. bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“.

„Die Versorgung hat in den vergangenen Monaten auch durch COVID-19-bedingte Zugangshürden in spezialisierten Einrichtungen vielerorts gelitten. Nicht jedem stand die notwendige Schmerztherapie vollumfänglich zur Verfügung. Doch auch sonst irren Patientinnen und Patienten oftmals jahrelang durch den Dschungel des Gesundheitswesens bis sie gute Hilfe und Zugang zur speziellen Schmerztherapie erhalten. Uns ist es wichtig, mit dem Aktionstag eine Gelegenheit zu schaffen, bei der Betroffene und ihre Angehörigen niederschwellig mit Schmerzexpertinnen und -experten ins Gespräch kommen und mit Tipps weiterhelfen können“, sagt Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Eine Übersicht aller Veranstaltungen gibt es auf der [Webseite der Schmerzgesellschaft](#). Dutzende von Expertinnen und Experten stehen außerdem am Aktionstag von 9.00 bis 18.00 Uhr unter der kostenlosen telefonischen **Patientenhotline 0800 1818120** für Fragen zur

Verfügung. Sie geben Anruferinnen und Anrufern praktische Tipps zum Umgang mit Schmerzen und beraten, wo die Betroffenen die richtige Unterstützung und Therapie bekommen können.

Anlässlich des Aktionstages findet am 1. Juni von 11.00 bis 12.00 Uhr auch eine Online-Pressekonferenz statt. Auf der Agenda stehen Erwartungen der Schmerzgesellschaft an die Bundespolitik: „Das Leid von Millionen schmerzgeplagten Bürgerinnen und Bürgern muss Ansporn für die Gesundheitspolitik sein, die schmerztherapeutische Versorgung in Deutschland nach der Bundestagswahl zu stärken“, so die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Sie hat ihre Anliegen für die nächste Legislaturperiode bereits formuliert und fordert die Parteien im Deutschen Bundestag auf, diese in ihre Wahlprogramme und den Koalitionsvertrag aufzunehmen.

Patienten-Flyer:

- [„Schmerzen verstehen“](#)
- [„Kopfschmerzen verstehen“](#)
- [„CRPS – Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen“](#)
- [„Gesichtsschmerzen verstehen“](#)
- [„Endometriose-Schmerzen verstehen“](#)
- [„Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“](#)
- [„Restless Legs Syndrom verstehen“](#)

Weitere Informationen, Materialien und die Veranstaltungsorte zum „Aktionstag gegen den Schmerz“ unter www.aktionstag-gegen-den-schmerz.de

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit über 3 500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 19 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Perspektive wird zudem erweitert durch die institutionelle korrespondierende Mitgliedschaft der Vereinigung aktiver Schmerzpatienten SchmerzLOS e.V. in der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Mitgliedschaft der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ist interdisziplinär und interprofessionell und besteht aus Schmerzexperten aus Praxis, Klinik, Psychologen, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Pressekontakt:

Katharina Weber
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-583
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: weber@medizinkommunikation.org

Thomas Isenberg
Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
Telefon: 030 39409689-1
Mobil: 0171 7831155
Fax: 030 39409689-9
Bundesgeschäftsstelle
E-Mail: presse@schmerzgesellschaft.de
www.schmerzgesellschaft.de

STATEMENT

„Schmerzexperten im Fokus: wie pflegerische Schmerzexperten Patienten nach einer Operation individuell betreuen“

Sascha Bülow

Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe Pflegeexpert/innen Schmerz im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V., Berlin

Ende letzten Jahres ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Management von akuten Schmerzen nach Operationen in Kraft getreten.

Krankenhäuser und Praxen, in denen operiert wird, müssen für ihr Qualitätsmanagement auch ein Konzept zur Behandlung akuter Schmerzen nach Operationen erarbeiten. Das Konzept muss unter anderem zeigen, dass sowohl ärztliche als auch pflegerische Expertinnen und Experten vorgehalten werden. Aus unserer Sicht ist das ein Meilenstein in der Anerkennung unserer fachlichen Expertise und ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schmerzen.

Ich möchte heute mit Ihnen einen Blick auf die Rolle und die Möglichkeiten der Pflegeexpertinnen und -experten im Schmerzmanagement nach Operationen werfen.

Akuter Schmerz nach einem operativen Eingriff schränkt das Wohlbefinden und die Lebensqualität ein. Und er behindert den Heilungs- und Genesungsprozess, wenn er nicht behandelt wird.

In vielen Kliniken sind Akutschmerzdienste unter anderem mit Pflegeexpertinnen und -experten etabliert. Die Akutschmerzdienste konzentrieren sich meist auf die Versorgung und postoperative Betreuung von Patientinnen und Patienten mit invasiven Analgesieverfahren wie beispielsweise der patientenkontrollierten epiduralen Analgesie (PCEA).

Um eine bessere Versorgung nach Operationen auch von Patientinnen und Patienten ohne diese speziellen Schmerztherapieverfahren zu gewährleisten, besteht schon länger die Forderung, den Bereich der postoperativen Schmerztherapie auszubauen.

Die Pflegeexpertinnen und -experten werden optimalerweise bereits vor dem Eingriff einbezogen. Dies gilt besonders bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungssituationen wie beispielsweise chronischen Schmerzen. Die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte können schon im präoperativen Gespräch wichtige Informationen zur Pflegeanamnese bezogen auf das Phänomen Schmerz gemeinsam mit den Patientinnen oder Patienten erörtern. Dabei geht es um die Schmerzerfassung, die Analgetikatherapie mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen. Es wird besprochen, in welchen Intervallen die Analgetika eingenommen werden und ob die Patientin oder der Patient auch Möglichkeiten der nicht medikamentösen Schmerzlinderung nutzt. Die Anamnese erfasst unter anderem, welche Selbstmanagementkompetenzen die Patientin oder der Patient hat und wie diese im postoperativen Schmerzmanagement erhalten und genutzt werden können.

Nehmen wir als Beispiel den Fall einer älteren Patientin mit chronischen Rückenschmerzen. Sie kann kompetent mit ihren chronischen Schmerzen umgehen und durch das bestehende gute Management ist ihre Schmerzsituation in der häuslichen Situation stabil.

Die Patientin kommt nun zur stationären Aufnahme für eine geplante Hüft-TEP. Wir haben es durch die Kombination von chronischem und, nach dem operativen Eingriff, akutem Schmerz mit einer komplexen Versorgungssituation zu tun. Das Ziel des Schmerzmanagements ist nun, die Selbstpflegekompetenzen der Patientin – also die Situation, in der ihre chronischen Schmerzen akzeptabel für sie sind – trotz der akuten Schmerzen zu erhalten. Dazu muss das bestehende Schmerzmanagement des chronischen Schmerzes mit dem Management des akuten Schmerzgeschehens in Einklang gebracht werden. Das heißt, es muss versucht werden, die akzeptable chronische Schmerzsituation, stabil zu halten. Die Schmerzanamnese mit Fragen nach stabilisierenden und destabilisierenden Faktoren ist wichtig. Allein die Information, dass die Patientin ihr eigenes Kopfkissen mitbringen oder eine spezielle Matratze bekommen kann, kann für die Patientin schon wichtig sein.

Es kommt für das postoperative Schmerzmanagement also darauf an, dass Schmerzpatientinnen und -patienten schon während der pflegerischen Aufnahme identifiziert werden. Liegen chronische Schmerzen vor, können pflegerische Expertinnen oder Experten sofort – im besten Fall präoperativ – hinzugezogen werden. So lassen sich nach einer Bewertung der Schmerzsituation individuell angepasste Maßnahmen planen.

Diesen komplexen Herausforderungen des Schmerzmanagements trägt der im vergangenen Jahr aktualisierte „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege“ Rechnung, in dem die früheren Standards für akuten und chronischen Schmerz zusammengeführt wurden. Der Expertenstandard hat eine verbindliche Grundlage für das pflegerische Schmerzmanagement geschaffen. Die Pflegeexpertinnen und -experten verfügen durch ihre Weiterbildung über spezielle Kenntnisse, die sie im interprofessionellen Behandlungsteam einbringen. Dies kommt gerade Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungssituationen zugute.

Es gibt bereits eine Vielzahl fortgebildeter Pflegefachpersonen, die aktuell in unterschiedlichen Einsatzbereichen tätig sind. Sie übernehmen sowohl in operativen als auch konservativen Abteilungen verschiedene Aufgaben wie die pflegerische Anamnese, die Beurteilung der Schmerzsituation sowie die Konzeption und Koordination des Behandlungsplans im interprofessionellen Team. Außerdem schulen und informieren sie Patientinnen und Patienten, aber auch Pflegende oder andere Berufsgruppen. Sie sind dafür verantwortlich, dass der Expertenstandard implementiert wird, übernehmen die Qualitätskontrolle und interne Audits.

Für die Zukunft sollten wir uns zum Ziel setzen, die pflegerischen Schmerzexpertinnen und -experten weiter zu etablieren. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Weiterbildungsmöglichkeiten und die Anerkennung dieser wichtigen Fachexpertise weiter ausgebaut werden. Auch in Zeiten der Pandemie wird deutlich, Pflegefachkräfte müssen ganz oben auf der gesellschaftlichen Agenda stehen. Sie sind in all ihren Settings eine entscheidende Säule unseres Gesundheitssystems.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2021

STATEMENT

Schmerzbehandlung bei Long-COVID-Patienten aus der Sicht des Apothekers

Berend Groeneveld

Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V., Norden/Berlin

I. Symptomatik

- II. Therapie durch die Apotheke:
- a) Arzneimittel
 - b) Vitamine/Aminosäure
 - c) Mineralstoffe

III. Interdisziplinäre Vernetzung der Therapien/Therapeuten

- I. Symptome:
- körperliche Schwäche mit Verlust der Muskelkraft
 - Gedächtnisverlust
 - Muskel- und Gelenkschmerzen
 - chronisches Fatigue-Syndrom (CFS)
 - Feinsteuerung des autonomen Nervensystems eingeschränkt/gestört

- II a) Apothekenpflichtige Schmerzmittel:
- 1) Paracetamol
 - 2) ASS (Acetylsalicylsäure)
 - 3) Ibuprofen
 - 4) Diclofenac
 - 5) Propyphenazon
 - 6) Naproxen
 - 7) Triptane

Geeignet: 1 bis 3

Eingeschränkt geeignet: 4 (nicht über 65 Jahre) sowie Komplexschmerzmittel

Stark eingeschränkt geeignet: 5 und 6

Nicht geeignet: 7

II b) Vitamine: keine klinischen Studien, nur empirische Daten:

Möglicher Nutzen: B-Vitamine: B₁/B₆/B₁₂, sogenannte neurotrope Vitamine
B-Komplexe mit allen B-Vitaminen
E-Vitamin und D-Vitamine nur nach ärztlicher Rücksprache
(Überdosierung möglich), keine Daten vorhanden!
C-Vitamine: keine Daten!

Eventuell Uridinsäure beziehungsweise Uridinmonophosphat in Kombination mit
B-Vitaminen, da auch neuronal wirksam.

II c) Mineralstoffe

Magnesium/Kalium/Natrium/Kalzium-Haushalt prüfen lassen.
Bei Muskelkrämpfen kann Magnesium helfen.

III) Interdisziplinäre Vernetzung:

Kontakt und Therapie durch Hausarzt/Fachärzte
Anschlussheilbehandlung stationär/Physiotherapie/Krankengymnastik

Wichtig!

Eigenmächtige Einnahme durch die Apotheke ausgegebene Schmerzmittel ohne ärztliche
Rücksprache nicht länger als drei Tage hintereinander und nicht länger als zehn Tage im
Monat!

Wechselwirkungscheck mit vorhandener Medikation durch die Apotheke, nicht alle
Schmerzmittel sind geeignet.

Andere und/oder stärkere Schmerzmittel beziehungsweise eine notwendige Dauernutzung
muss der Arzt verschreiben und mit überwachen.

Curriculum Vitae

Apl. Professor Dr. med. Winfried Meißner
Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.;
Leiter Sektion Schmerztherapie, Universitätsklinikum Jena,
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Abt. Palliativmedizin



Akademischer und beruflicher Werdegang

Seit 2013	Leiter der interdisziplinären Tagesklinik für Schmerztherapie am Universitätsklinikum Jena
2012	außerplanmäßiger Professor
Seit 2009	Chefarzt der Abteilung Palliativmedizin am Universitätsklinikum Jena
2005	Habilitation
Seit 1994	Oberarzt und Leiter des Fachbereichs Schmerz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Jena
1994	Promotion
1989–1994	Assistenzarzt in der Abteilung Anästhesiologie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum Steglitz, Berlin
1982–1988	Medizinstudium, Freie Universität Berlin

Forschungsschwerpunkt

Akutschmerz

Mitgliedschaften in akademischen Gremien und wissenschaftlichen Gesellschaften (Auswahl)

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft 2021/2022

Vorstandsmitglied der Arbeitsgruppe International Pain Registry der International Society for the Study of Pain

Vorstandsmitglied der Special Interest Group Acute Pain der International Society for the Study of Pain

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der DGAI und der ESA

Drittmittelprojekte (Auswahl)

Seit 2018	Koordinator IMI-PainCare PROMPT (Providing Standardized Consented PROMs for Improving Pain Treatment)
2010–2015	Koordinator von NeuroPAIN (Chronic pain and neurologic consequences in sepsis survivors), Center for Sepsis Control and Care, Universitätsklinikum Jena
2009–2012	Koordinator von PAIN OUT (Improvement in Postoperative PAIN OUTcome), Europäische Kommission, FP7-HEALTH-2007-B 223590
Seit 2009	Koordinator von QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen

Schmerztherapie), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
(über 200 teilnehmende Kliniken, über 450 000 Patientendatensätze)

Wichtigste Publikationen

Komann M, Baumbach P, Stamer UM, Weinmann C, Arnold C, Pogatzki-Zahn E, Meißner W. Desire to receive more pain treatment – a relevant patient-reported outcome measure to assess quality of post-operative pain management? Results from 79,996 patients enrolled in the pain registry QUIPS from 2016 to 2019. *J Pain* 2021;S1526-5900(21) (online)

Stamer UM, Ehrler M, Lehmann T, Meißner W, Fletcher D. Pain-related functional interference in patients with chronic neuropathic postsurgical pain: An analysis of registry data. *PAIN* 2019;160(8): 1856-1865

Zaslansky R, Meißner W, Chapman CR. Pain after orthopaedic surgery: differences in patient reported outcomes in the USA versus internationally. An observational study from the PAIN OUT dataset. *Br J Anaesth* 2018;120(4):790-797

Curriculum Vitae

Sascha Bülow
Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe
Pflegeexpert/innen Schmerz im Deutschen Berufsverband
für Pflegeberufe (DBfK) e.V. Berlin



Beruflicher Werdegang

1998–2001	Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger
2001–2004	Pflegefachkraft, Psychiatrische Akutpflege, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin e.V.
2005–2015	Pflegefachkraft, Neurologische Klinik, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin e.V.
2008	Zusatzqualifikation „Algesiologische Fachassistenz“, Sana Kliniken Sommerfeld
Seit 2008	Pflegerisches Schmerzmanagement, Schwerpunkt chronischer Schmerz
2014	Ausbildung zur „Pain Nurse“, Wannsee-Akademie Berlin
Seit 2015	Stellvertretende pflegerische Leitung, Neurologische Klinik, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin e.V.
Seit 2020	Weiterbildung „Leitungsfunktion in Einrichtungen des Gesundheitswesens“, Wannsee-Akademie Berlin

Ehrenamt

Seit 2013	Mitglied DBfK Regionalverband Nordost e.V.
Seit 2014	Mitglied der Fachgruppe Pflegeexpert/innen Schmerz im DBfK e.V., Bundesverband
Seit 2015	Mitglied Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
2019	Ausbildung zum Demokratieberater, Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (DWBO)
Seit 2019	Demokratieberater im DWBO
Seit 2020	Vorstandsmitglied des DBfK Regionalverbands Nordost e.V.
Seit 2021	Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe Pflegeexpert/innen Schmerz im DBfK e.V., Bundesverband

Curriculum Vitae

Berend Groeneveld

Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der ABDA –
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V., Norden/Berlin



© ABDA/Peter van Heesen

Studium und beruflicher Werdegang

1985–1992 Pharmaziestudium, Braunschweig und Kiel
1992 Approbation als Apotheker
Seit 1996 Inhaber der Rats-Apotheke, Norden

Standespolitische Funktionen

Seit 2005 Landesapothekerverband Niedersachsen e.V., Stellvertretender Vorsitzender
Seit 2013 Landesapothekerverband Niedersachsen e.V., Vorsitzender
Seit 01.01.2017 Deutscher Apothekerverband e.V., Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands

Über die Deutsche Schmerzgesellschaft

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit rund 3 500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Sie ist die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 19 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese repräsentieren rund 100 000 Mitglieder. Ihre Mitgliedschaft ist interdisziplinär und interprofessionell und besteht aus Schmerzexperten aus Praxis, Klinik, Psychologie, Pflege, Physiotherapie und anderen sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. wurde am 8. September 1975 während des 1st World Congress on Pain in Florenz als deutsche Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP) gegründet. Sie ist als gemeinnützige Organisation anerkannt und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Publikationsorgan der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ist die Zeitschrift „Der Schmerz“ (Springer Verlag).

Kernaufgaben und Schwerpunkte der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sind:

- das Angebot von Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen
- die Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen und Curricula
- Empfehlungen für Schmerztherapie und Qualitätskontrolle
- Verbesserungen für Schmerzforschung und -therapie, dazu auch Förderpreise und Nachwuchsarbeit
- die Vertretung der Interessen Schmerzkranker bzw. der Schmerzversorgung in der Öffentlichkeit sowie im Kreis der Mitgliedsgesellschaften der AWMF
- die Verbesserung der Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen einer qualitätsorientierten, interdisziplinären Therapie bei Schmerzen in Deutschland sowie als Mitglied der EFIC und IASP auf europäischer und internationaler Ebene

Regelmäßig veranstaltet die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

- das Nationale Schmerzforum zu Fragen der Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen der Schmerzversorgung in Deutschland,
- federführend den jährlichen bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz (immer der erste Dienstag im Juni eines Jahres),
- Wissenschaftstage sowie den jährlichen Deutschen Schmerzkongress
- und sie ist im Bereich der Versorgungsforschung Konsortialführer von drei großen G-BA/Innovationsfondsprojekten im Bereich Schmerz.

Zudem veröffentlicht sie u. a. über ihre Homepage detaillierte Patienteninformationen und steht im ständigen Kontakt mit allen wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens.

Eine Übersicht aller angehörigen Fachgesellschaften sowie Detailinfos finden Sie unter:
www.schmerzgesellschaft.de

Wenn seelische und soziale Anteile frühzeitig bei der Therapie mit berücksichtigt werden, können oft unnötige Operationen oder unwirksame Medikamentengaben vermieden werden.

Risikofaktoren für eine Chronifizierung

- Probleme und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz
- Negative Gefühle wie z.B. Angst, Ärger oder lang anhaltende Trauer
- Aktuelle und frühere negative Stresserfahrungen
- Gedanken/Überzeugungen wie „Diese Schmerzen machen mich noch verrückt!“, „Was ich auch tue, ich kann doch nichts ändern!“, „Reiß dich zusammen, stell dich nicht so an!“
- Vermeiden von Aktivität oder extremes Durchhalten
- Positive Folgen von Schmerzen: z.B. Entlastung von unangenehmen Pflichten

Chronische Schmerzen unterliegen immer körperlichen, psychischen und sozialen Einflüssen.

Warum ist Schonung und Vermeiden nicht gut?

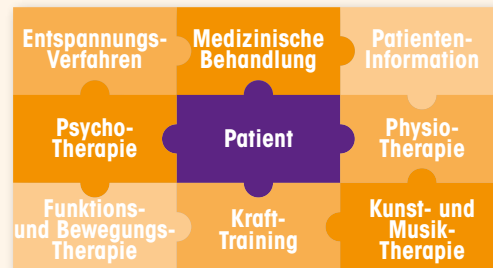
Körperliche **Schonung** kann bei akuten Schmerzen hilfreich sein. Bei chronischen Schmerzen bringt Schonung mehr Schaden als Nutzen. Durch eine andauernde Schonhaltung kommt es zu Muskelverspannungen, Durchblutungsstörungen und einem generellen Abbau der Muskelkraft, was langfristig eine Verstärkung der Schmerzen zur Folge hat.

Das dauerhafte **Vermeiden** sozialer Aktivitäten begünstigt oder verstärkt eine depressive Stimmungslage, da Freude und Ablenkung fehlen.

Besonders Angst vor „falschen“ Bewegungen, drohendem Leistungs- oder Arbeitsplatzverlust, finanziellen Einbußen und partnerschaftlichen Konflikten können den **Teufelskreis** verstärken.

Wie wird behandelt?

Akute Schmerzen sind in der Regel durch medizinische und physikalische Maßnahme gut therapierbar, nicht selten heilt der Körper aber auch sich selbst. Patienten mit chronischen Schmerzen sollten entsprechend den vielfältigen Ursachen und verstärkenden oder aufrechterhaltenden Einflüssen mit einer Kombination sich ergänzender Verfahren behandelt werden, die sowohl körperliche, seelische als auch soziale und wenn nötig auch berufliche Aspekte umfassen, der sog. „Multimodalen Schmerztherapie“.



Grafik: Multimodale Therapie

Diese fachübergreifende Therapie muss auf die individuellen Krankheitsanteile des einzelnen Patienten zugeschnitten sein:

Im Einzelnen:

1. Diagnosestellung durch ein interdisziplinäres Team
2. Patienteninformation
3. Kritische Prüfung medizinischer Eingriffe und medikamentöser Dosierungen
4. Aktivierende Bewegungstherapie
6. Entspannungstraining
7. Psychologische Therapie
 - Stressbewältigung
 - Erkennen und verändern hinderlicher Einstellungen und Gedanken
 - Entlastung von „schmerzhaften“ Gefühlen
 - Behandlung begleitender psychischer Störungen
8. Regelmäßige Überprüfung der Therapiemaßnahmen

Ziel einer jeden Schmerzbehandlung ist eine aktive Teilnahme am täglichen Leben.

Worauf kommt es an?

Die Behandlung von Schmerzen ist oft schwierig, erfordert Spezialisten und eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute. Entscheidend für den Erfolg aber ist das Engagement des Betroffenen selbst. Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ist notwendig, damit Behandlungsmaßnahmen auch langfristig erfolgreich sind. Veränderung setzt Wissen voraus. Nur wer den Sinn einer Maßnahme für sich erkannt hat, ist motiviert, etwas zu verändern. Dazu bietet Ihnen die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. über ihre Homepage und ihre SchmerzApp wissenschaftlich fundierte, aktuelle und neutrale Informationen. Sie finden diese unter:

www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen

Buch-Tipp: HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.) 2020: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
 Bernd Kappis (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
 Hans-Günter Nobis (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
 Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
 Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
 Bundesgeschäftsstelle
 Alt-Moabit 101 b
 10559 Berlin
 Tel. 030 39409689-2
 Fax 030 39409689-9



Deutsche Schmerzgesellschaft
 Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Patienten-Informationen

Schmerzen verstehen

Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz



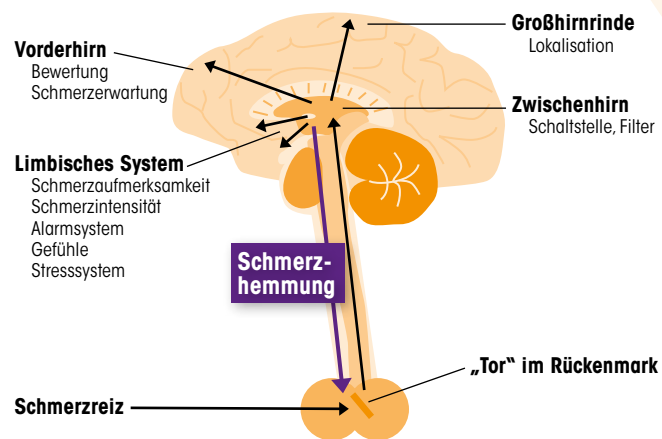
Deutsche Schmerzgesellschaft
 Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Was ist Schmerz?

So wie z.B. Hören und Sehen ist das Empfinden von Schmerz ein Bestandteil unseres Sinnessystems, mit dem wir unsere Umwelt und uns selbst wahrnehmen. Wenn „Schmerzfühler“ (Nozizeptoren) erregt werden, leiten bestimmte Nervenbahnen das Schmerzsignal zum Rückenmark und über das Zwischenhirn zu verschiedenen Bereichen des Gehirns.

Bestimmte Bereiche des Hirnstamms können hemmende Impulse an das Rückenmark senden, wodurch die Schmerzweiterleitung gebremst wird. Filterprozesse des zentralen Nervensystems sorgen dafür, dass eine körperliche Schädigung nicht zwangsläufig zu Schmerz führt. Umgekehrt bedeutet dies, dass Schmerzen auch ohne erkennbare körperliche Schädigung bestehen können. Schmerz ist somit keine „Einbahnstraße“, bei der lediglich Signale aus dem Körper an das Gehirn übermittelt werden.

Erst das Zusammenspiel der verschiedenen für den Schmerz relevanten Zentren des Gehirns bestimmt schließlich, wie intensiv wir einen Schmerz empfinden, ob er uns in Angst und Panik versetzt und wie sehr wir uns durch den Schmerz beeinträchtigt fühlen. Diese Zusammenhänge lassen verstehen, warum es im Gehirn nicht das eine „Schmerzzentrum“ geben kann. Experten sprechen von dem „bio-psycho-sozialen Schmerz“, den jeder Mensch unterschiedlich empfindet.



Grafik: Schmerzverarbeitung

© von Wachter

Was ist akuter Schmerz?

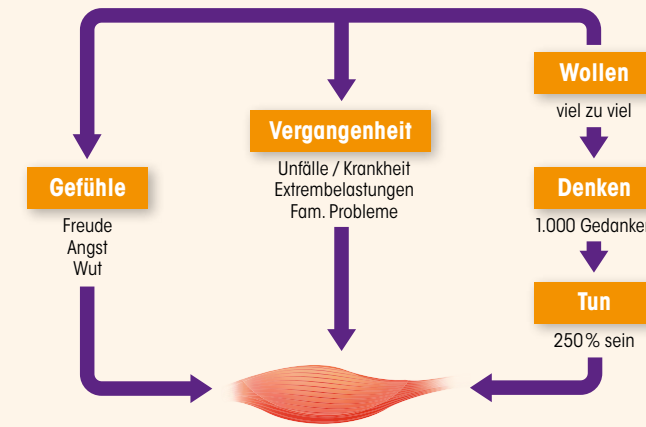
Akuter Schmerz ist ein Alarmsignal, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt, wie z.B. bei Zahnschmerzen, bei einem Knochenbruch oder bei körperlichen Überlastungen. Weil akuter Schmerz uns warnen soll, ist er in der Regel mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken wie Angst, Sorge oder Hilflosigkeit verknüpft. Allerdings können bestimmte Botenstoffe (z. B. körpereigenes Morphin), die im Gehirn oder Rückenmark gebildet werden, diesen akuten Schmerz vorübergehend unterdrücken. In der Regel klingen akut auftretende Schmerzen von selbst ab, sobald die auslösende Ursache geheilt oder beseitigt worden ist.

Akute Schmerzen sind eine lebenserhaltende und damit sinnvolle Reaktion des Organismus.

Wie kann Stress zu Schmerzen führen?

Eine Vielzahl von Erkrankungen sind mit häufig wiederkehrenden oder andauernden Schmerzen verbunden, wie z.B. Rheuma, Diabetes oder Tumorerkrankungen und zeigen deutliche körperliche Veränderungen. Die Entstehung lang anhaltender Schmerzen, die nicht mit einer körperlichen Schädigung einhergehen, wird besonders durch Stress begünstigt. Sowohl körperlicher, aber auch psychischer oder sozialer Stress gehen oft einher mit andauernder muskulärer Anspannung. Dieser, durch dauernde Anspannung auf den Körper wirkende Druck oder Zug, verändert die Nervensensibilität. So kann es in Folge der Daueranspannung zu Schmerzen in Muskeln, Sehnenansätzen, Knochenhaut oder im Bindegewebe kommen. Es entsteht leicht ein Teufelskreis aus Anspannung, Schmerz, Bewegungseinschränkung und schneller Erschöpfung.

Der andauernde Schmerz, der auch phasenweise auftreten kann, warnt nicht mehr vor einer akuten Gefahr, sondern eher vor einer länger dauernden oder wiederkehrenden Überlastung. Neben aktuellen Stresssituationen können auch weit zurückliegende Lebensereignisse z.B. Krankheiten, Unfälle, Gewalterfahrungen Einfluss auf unsere Stress- und Schmerzempfindlichkeit nehmen.



Grafik: Wie kommt die Spannung in den Muskel?

© Nobis/Lechner

Wenn stressbedingte Schmerzen die Empfindlichkeit des schmerzleitenden und schmerzverarbeitenden Systems erhöhen, können selbst leichte Reize, wie z. B. Berührungen, als Schmerz empfunden werden. Überempfindliche Nervenzellen können dann auch ohne Reizung von außen aktiviert werden und das Signal „Schmerz“ erzeugen.

Hier beginnt der Übergang vom Akut-Schmerz zum chronischen Schmerz.

Mögliche Ursachen stressbedingter Schmerzen:

- Längere Phasen zurückgehaltener Trauer
- Überspielte Wut nach Kränkungen
- Konflikte in Ehe, Familie und Beruf
- Ständige Über- oder Unterforderungen im Beruf
- Mehrfachbelastung (Kinder, Beruf, Pflege, Haushalt)

Was ist chronischer Schmerz?

Etwa jeder 10. Mensch leidet unter chronischen Schmerzen. Hierbei sind Kopf- und Rückenschmerzen die häufigsten Beschwerden. Man spricht von chronischem Schmerz, wenn die

Schmerzen wiederkehrend oder anhaltend über einen Zeitraum von mindestens 3 bis 6 Monaten auftreten und damit zu einem bestimmenden Teil unseres Lebens werden. Chronische Schmerzen führen zu deutlichen Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Dabei ist das Fehlen einer körperlichen Schädigung oft sehr belastend: „Ich bilde mir den Schmerz doch nicht ein“.

Neben körperlichen Faktoren spielen bei chronischen Schmerzen immer auch seelische und soziale Faktoren eine Rolle. Alle Faktoren wirken auf die Empfindung von Schmerzen und werden wiederum von dieser Schmerzempfindung beeinflusst. So können schmerzhafte körperliche oder seelische Erfahrungen aus der früheren Lebensgeschichte ebenso eine Rolle spielen wie Überzeugungen und Einstellungen, die sich in unseren Gedanken und Gefühlen widerspiegeln.

Auch die Art und Weise, wie unsere Umgebung, z. B. der Partner, auf unser Schmerzverhalten reagiert, kann unser Schmerzerleben positiv oder negativ beeinflussen.



Grafik: Wie wird aus Schmerz chronischer Schmerz?

© Nobis/Lechner

Kopfschmerzen bei Medikamenten- übergebrauch

Insbesondere Betroffene mit Migräne, die über Monate oder gar Jahre an mehr als 10 Tagen im Monat ein Schmerzmittel oder ein Triptan, ein Opiat oder ein Kombinationspräparat einnehmen, können einen Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch entwickeln. Dabei werden Kopfschmerzattacken länger und es werden immer mehr Medikamente benötigt, um den Schmerz zu lindern. Die Zahl der Kopfschmerztage nimmt weiter zu. Bei vielen Patienten stellt sich das Gefühl ein, nie mehr einen "klaren Kopf" zu haben. Manchmal kann der Kopfschmerz wie eine Mischung von Migräne und Spannungskopfschmerz erscheinen.

Warum Schmerz- und Migräne-Mittel bei Übergebrauch zu einer Chronifizierung vorbestehender Kopfschmerzen führen, ist nur zum Teil verstanden. Es scheinen neurobiologische Prozesse der Schmerzverarbeitung, aber auch psychologische Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen.

Wie wird ein Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch behandelt?

Sinnvoll ist eine Medikamentenpause und der Beginn einer vorbeugenden Behandlung. Bei 80% aller Patienten, die es schaffen, die ständige Einnahme von Schmerzmitteln zu beenden, bessert sich der Kopfschmerz ganz erheblich. Es treten dann wieder einzelne gut zu behandelnde Kopfschmerzattacken auf.

Eine Medikamentenpause kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. Eine stationäre Behandlung kann notwendig sein, wenn Patienten auf Grund ihrer psychosozialen Belastungen oder körperlichen Entzugsbeschwerden besondere Unterstützung brauchen.

Um einem Rückfall zu vermeiden, sollten die Betroffenen, auch nach erfolgreicher Medikamentenpause, eine gezielte Kopfschmerzbehandlung erhalten.



In der psychologischen Mitbehandlung werden persönliche Risikofaktoren einer häufigen Schmerzmitteleinnahme aufgegriffen und konkrete Bewältigungsstrategien zum Vorbeugen und „Einsparen“ von Schmerzmitteln erarbeitet. Zur Sicherung der Selbstbeobachtung ist ein Protokoll, an welchem Tag man Kopfschmerzen hat und an welchem Tag man ein Schmerzmittel eingenommen hat, unerlässlich.

Nehmen Sie Schmerzmittel nicht länger als 3 Tage hintereinander und höchstens an 10 Tagen im Monat.

Psyche und Kopfschmerz?

Der Einbezug psychologischer Behandlungsansätze ergibt sich aus dem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis. Dies berücksichtigt das enge Zusammenspiel zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Kopfschmerzkrankungen.

Stresshafte Lebensereignissen erhöhen das Risiko für die Entstehung und Chronifizierung von Kopfschmerzen. Dabei spielt auch die Art der Stressverarbeitung eine entscheidende Rolle z. B. die Neigung, Stresssituationen immer als bedrohlich einzuschätzen und Bewältigungsstrategien einzusetzen, die den Stress verstärken (z. B. übermäßiges Grübeln, Rückzug/Vermeidung, Resignation). Auch eine verminderte Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen sowie unterdrückte Gefühle (z. B. Ärger, Angst, Trauer) können sich durch die damit verbundene erhöhte Anspannung schmerzauslösend und -verstärkend auswirken.

Versuchen Betroffene trotz Beschwerden stets weiter zu „funktionieren“, können die fortschreitende Überlastung und Erschöpfung zu einer weiteren Schmerzzunahme führen.

Die Beeinträchtigung in der Lebensführung durch häufige Kopfschmerzen kann zu einer depressiven

Stimmung und Ängsten führen, welche wiederum die Empfindlichkeit der schmerzverarbeitenden Systeme im Gehirn erhöhen.

Die Einbeziehung eines Psychologen ist sinnvoll, wenn:

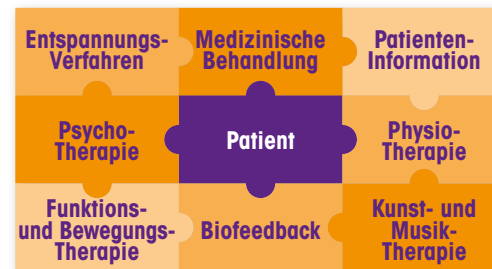
- mehr als drei Migräneattacken bzw. mehr als 10 Kopfschmerztage im Monat auftreten,
- wichtige Alltagsfunktionen (z. B. in Beruf, Familie, Freizeit) stark eingeschränkt sind,
- häufig Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden,
- eine hohe Stressbelastung vorliegt,
- Ängste oder Niedergeschlagenheit auftreten und
- sich die Gedanken viel um die Erkrankung bzw. Einschränkungen drehen.

Als wirksame Verfahren in der psychologischen Behandlung haben sich Entspannungsverfahren, Biofeedback und die kognitive Verhaltenstherapie erwiesen.

Bei der Behandlung von Kopfschmerzen ist das Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren zu berücksichtigen.

Worauf kommt es an?

Eine Aufklärung über die Kopfschmerzkrankung, eine sinnvolle Medikamenteneinnahme und Veränderungen im Gesundheitsverhalten führen zu einer Verringerung der Kopfschmerzhäufigkeit.



Grafik:
Multimodale
Therapie

Betroffene, bei denen sich kein Therapieerfolg einstellt, profitieren möglicherweise von einer Vorstellung in einer spezialisierten Kopfschmerzsprechstunde. Idealerweise arbeiten dort Ärzte mit Psychologen und Physiotherapeuten interdisziplinär und multimodal im Team.

Entscheidend für den Erfolg ist letztlich das Engagement des Betroffenen selbst. Dies setzt Wissen voraus. Nur wer den Sinn einer Maßnahme für sich erkannt hat, ist motiviert, etwas zu verändern. Dazu bieten die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. über ihre jeweiligen Homepages wissenschaftlich fundierte, aktuelle und neutrale Informationen.

Weitere Informationen unter:
www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen
www.dmgk.de/patienten/dmgk-kopfschmerzkalender.html

Buch-Tipp:

HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.) 2020: **Schmerz – eine Herausforderung**. Informationen für Betroffene und Angehörige. SpringerMedizin
Gaul C, Totzeck A, Guth AL, Diener HC, 2020: **Patientenratgeber Kopfschmerzen und Migräne**. ABW Wissenschaftsverlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation u. DMKG
Charly Gaul (Deutsche Schmerzgesellschaft u. DMKG)
Eva Liesering-Latta (Deutsche Schmerzgesellschaft u. DMKG)
Hans-Günter Nobis (Deutsche Schmerzgesellschaft)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Tel. 030 39409689-2
Fax 030 39409689-9



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.
Geschäftsstelle
Ölmühlweg 31, 61462 Königstein
Tel. 06174 29040
Fax 06174 2904100



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Patienten-Informationen

Kopfschmerzen verstehen

Migräne
Spannungskopfschmerz
Medikamentenkopfschmerz



Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden in der Bevölkerung.

Man unterscheidet primäre und sekundäre Kopfschmerzkrankungen. Primäre Kopfschmerzen sind eigenständige Erkrankungen wie z. B. Migräne und Spannungskopfschmerz, sekundäre Kopfschmerzen sind (Warn-)Symptom einer anderen Erkrankung (z.B. einer Infektion). Ca. 90% der Betroffene leiden unter primären Kopfschmerzkrankungen.

Um die korrekte Diagnose stellen zu können, erfragt der Arzt die Art der Kopfschmerzen, die Dauer der Attacken und die Begleitsymptome (z. B. Übelkeit, Sehstörungen). Das Führen eines Kopfschmerztagebuchs kann die Diagnosestellung erleichtern.

Wann sollte ein Arzt aufgesucht werden?

Viele Kopfschmerzen sind lästig aber ungefährlich und können bei gelegentlichem Auftreten gut mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln behandelt werden. Wenn Kopfschmerzen nicht gut auf Schmerzmittel ansprechen, zunehmend häufiger auftreten und Schmerz- oder Migränemittel mehr als 10x im Monat eingenommen werden müssen, sollte ein Arzt aufgesucht werden. Ein Notfall kann vorliegen, wenn extrem heftige Kopfschmerzen schlagartig neu auftreten, sich ungewöhnliche Begleitsymptome zeigen (z. B. Fieber, Lähmung) oder wenn Kopfschmerzen erstmalig nach dem 50. Lebensjahr auftreten.

Migräne

In Deutschland leiden ca. 10-15% der Bevölkerung an Migräne. Sie kann bereits in der Kindheit auftreten. Hier können zunächst Bauchschmerzen und Übelkeit, aber auch Schwindel im Vordergrund stehen. Vor der Pubertät sind beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen, nach der Pubertät leiden Frauen bis zu dreimal häufiger. So können bei Frauen Schwankungen des Hormonspiegels eine wesentliche Rolle bei der Auslösung von Migräneattacken spielen.

Migräne zeichnet sich durch wiederkehrende Kopfschmerzattacken aus, die oft einseitig lokalisiert sind. Der Schmerz wird insbesondere bei körperlicher Belastung meist stechend, pochend oder pulsierend wahrgenommen. Die Intensität ist in aller Regel so hoch, dass sie zu einer Alltagsbeeinträchtigung führt. Beim Erwachsenen halten Migräneattacken unbehandelt wenige Stunden bis maximal 3 Tage an. Typisch für die Migräne sind die Begleitsymptome Übelkeit, Licht-, Geräusch- und Geruchsüberempfindlichkeit. Migränepatienten haben in der Attacke ein erhöhtes Ruhebedürfnis, weshalb Schlaf den Schmerz lindert.

Bei ca. 15-25% der Migränepatienten besteht meist vor Beginn der Kopfschmerzen eine Aura. Sie ist durch neurologische Symptome wie Sehstörungen mit Flimmersehen, Gesichtsfelddefekten, Gefühlsstörungen auf einer Körperseite oder eine Sprachstörung gekennzeichnet. Typischerweise entwickeln sich diese Symptome langsam über Minuten und bilden sich binnen einer Stunde wieder zurück.

Die Migräne verläuft meist episodisch mit wiederkehrenden Attacken, die zum Teil mehrfach im Monat, aber meist nicht mehrfach in der Woche auftreten. Seltener besteht auch eine chronische Verlaufsform, bei der an mindestens 15 Tagen im Monat Kopfschmerzen, mehrheitlich mit typischen Migränecharakteristika, auftreten.

Die Migräne ist eine Erkrankung des Gehirns. Es kommt zu einer Aktivierung schmerzverarbeitender Zentren und zur Ausschüttung von schmerzvermittelnden Botenstoffen (Neurotransmittern). Die Botenstoffe führen dazu, dass es an den Blutgefäßen der Hirnhäute zu einer Art Entzündungsreaktion kommt. Migräne tritt meist gehäuft innerhalb einer Familie auf, es besteht eine erbliche Veranlagung.

Migränebetroffene weisen eine besondere Art der Informationsverarbeitung auf. Es handelt sich sozusagen um ein „Hochleistungs-Gehirn“, dem es schwer fällt, sich von äußeren Reizen abzuschildern und das einen hohen Energieverbrauch hat. Entsteht eine Überlastung des Systems, kann es zur Überschreitung der sog. „Migräneschwelle“ kommen.



Grafik: Überschreiten der Migräneschwelle

© E. Liesering-Latta

Wie wird Migräne behandelt?

Man unterscheidet zwischen der Therapie der Attacke selbst und den vorbeugenden Maßnahmen (Prophylaxe).

In der Attacke werden Schmerzmittel wie z. B. Acetylsalicylsäure oder Ibuprofen in Kombination mit Medikamenten gegen Übelkeit eingesetzt oder Triptane, ein spezielles Migränemittel. Sie wirken alle am besten, wenn sie zu Beginn der Migräne-Attacke eingenommen werden. Um die Wirkung des Medikaments zu unterstützen, sollten sich die Betroffenen möglichst ausruhen.

Treten Attacken mehrfach im Monat auf oder halten die Attacken sehr lange an und reagieren nicht gut auf die Akut-Therapie, sollte eine vorbeugende Behandlung (Prophylaxe) erfolgen. An erster Stelle stehen dabei **nicht**medikamentöse Verfahren wie Ausdauersport und Entspannungsverfahren. Bei einer medikamentösen Prophylaxe kommen Medikamente zum Einsatz, die sonst nur zur Behandlung von Bluthochdruck, Depression oder Epilepsie verwendet werden. Auch Nahrungsergänzungsmittel wie Magnesium, Vit. B2, Coenzym Q10 können eine gute Wirkung zeigen. Bei chronischer Migräne kann auch Botulinumtoxin (bekannt als Botox) eingesetzt werden.

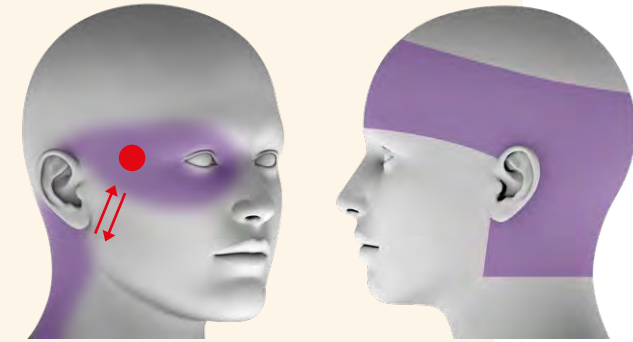
Nahrungsmittel und insbesondere Alkohol können Migräneattacken auslösen. Eine spezielle Diät mit Meiden zahlreicher Lebensmittel ist nicht hilfreich, stattdessen ist eine gesunde ausgewogene Ernährung zu empfehlen.

Viele Patienten kennen Auslöser für ihre Migräneattacken wie wenig Schlaf, das Auslassen von Mahlzeiten oder Stress bzw. zu krasser Wechsel von An- zu Entspannung (sog. Stressabfall-Migräne). Hier kann durch Änderungen des persönlichen Lebensstils eine Reduktion der Migränehäufigkeit erreicht werden.

Tipps zur Selbsthilfe bei Migräne

- Den Schlaf-Wach-Rhythmus der Woche auch am Wochenende beibehalten.
- Auf regelmäßige Mahlzeiten achten.
- Realistische Zeitplanung – sich nicht „verzetteln“ und Pausen einlegen.
- Am besten auch im Stress mal entspannen, nicht nur am Wochenende oder am Abend.
- Üben, „nein“ zu sagen – sich nicht für alle Pflichten verantwortlich machen.
- Zu schnelle Wechsel von Anspannung zu Entspannung vermeiden. Z. B. Urlaub mit „Vorurlaub“ planen.

- Es nach der Attacke ruhig angehen lassen. Ein energieraubendes Aufholen der „verlorenen Zeit“ begünstigt nur die nächste Attacke.
- Ziel einer Vorbeugung mit Medikamenten ist nicht, Migräneanfälle ganz zu unterdrücken, sondern weniger zu bekommen.



Migräne

- Übelkeit
- Lichtempfindlichkeit
- Geräuschempfindlichkeit
- Schmerzzunahme bei körperlicher Aktivität

Kopfschmerz vom Spannungstyp

- Ringförmig
- Dumpf-drückend
- Kaum Begleitsymptome

Grafik: Kopfschmerzsyndrome

Häufige Themen in der psychologischen (Mit-)Behandlung sind die hohe Leistungsbereitschaft, was zur Überschreitung eigener Belastungsgrenzen bzw. unzureichender Selbstfürsorge führen kann oder der Abbau von Angst z. B. vor der nächsten Migräneattacke und den damit verbundenen Ausfallzeiten.

Durch eine günstige Alltagsgestaltung mit ausreichenden Möglichkeiten zur Erholung wird die Häufigkeit von Migräneattacken reduziert.

Spannungskopfschmerz

Der „Kopfschmerz vom Spannungstyp“ ist der häufigste Kopfschmerz. Er betrifft meist den ganzen Kopf, ist dumpf und drückend und meist von leichter bis mittelstarker Intensität. Spannungskopfschmerzen nehmen bei körperlicher Aktivität nicht zu und bessern sich häufig an der frischen Luft. Gelegentliche Kopfschmerzen sprechen gut auf Schmerzmittel an. Vom chronischen Spannungskopfschmerz spricht man, wenn die Beschwerden über 3 Monate an 15 oder mehr Tagen im Monat auftreten.

Die Ursache der Spannungskopfschmerzen ist bis heute nicht ganz geklärt. Die gängigste Vorstellung geht von einem Zusammenwirken von Stress und erhöhter Anspannung der Nackenmuskulatur aus, was bei häufigem Auftreten zu einer gesteigerten Empfindlichkeit der Schmerzzentren im Gehirn führt. Anhaltende psychosoziale Belastungen sind ein Risikofaktor der Chronifizierung.

Wie wird der Spannungskopfschmerz behandelt?

Bei akuten Schmerzen sind die meisten Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure, Paracetamol oder Ibuprofen gut wirksam. Auch ätherische Öle wie Pfefferminzöl, die großflächig auf Stirn, Schläfen und den Nacken aufgetragen werden, können lindern. Im Falle eines chronischen Spannungskopfschmerzes wird aufgrund des Risikos eines zusätzlichen Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch empfohlen, Schmerzmittel nur dann einzusetzen, wenn es sich nicht vermeiden lässt.

Im Vordergrund der vorbeugenden Behandlung stehen Allgemeinmaßnahmen wie ein regelmäßiger Tagesablauf mit Pausen und ausreichendem Schlaf, Ausdauersport (nach Möglichkeit mind. 30 Min. / 3x pro Woche, z. B. Radfahren, Schwimmen, Joggen, Nordic Walking) sowie die regelmäßige Durchführung von Entspannungsübungen.

Häufige Ansatzpunkte in der psychologischen (Mit-)Behandlung stellen die Verbesserung der Stresswahrnehmung und -bewältigung und der Umgang mit negativen Gefühlen dar.

Wenn die Zahl der Kopfschmerztage stetig steigt, kann zusätzlich eine vorbeugende Behandlung mit einem Antidepressivum begonnen werden, das unabhängig von seiner Wirkung gegen Depression, auch bei vielen Arten von Schmerzen lindernd wirkt.

Prognose

Das CRPS ist eine langwierige Erkrankung und erfordert viel Geduld. In seltenen Fällen kann ein chronisches CRPS bis zu Gebrauchsunfähigkeit des betroffenen Körperteils und zu einer Schwerbehinderung führen. Im Allgemeinen gilt, je früher die Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto besser ist die Prognose. Aber auch nach längerer Krankheitsdauer sind Fortschritte möglich.

Schmerzpsychotherapeutische Behandlung des CRPS

Das CRPS ist eine Schmerzerkrankung, die bei vielen Betroffenen mit erheblichen seelischen Folgen einhergeht. Einige Betroffene zeigen eine überhöhte Ängstlichkeit und Schonverhalten, andere wiederum versuchen die Krankheit zu verbergen und sich nichts anmerken zu lassen. Schon in den ersten Monaten der Erkrankung bemerken Betroffene eine starke körperliche und seelische Erschöpfung, sie beklagen oft Schlafstörungen, Antriebsarmut, Selbstzweifel und v. a. Zukunftsängste. Man geht davon aus, dass psychische Symptome die Folge und nicht die Ursache des CRPS sind.

In der ersten Phase der psychotherapeutischen Behandlung ist das wichtigste Ziel eine auf den Betroffenen zugeschnittene Aufklärung über das Krankheitsbild. Im Weiteren hat die Psychotherapie die Aufgabe, die bereits beschriebenen gefühlsmäßigen Reaktionen (Angst, Ärger, Hilflosigkeit) auf die plötzlich entstandenen körperlichen und psychischen Veränderungen aufzufangen. Betroffene sind von einem Tag zum anderen in fast allen Verrichtungen des täglichen Lebens eingeschränkt. Das betrifft nicht nur berufliche und soziale Aktivitäten, sondern auch alltägliche Verrichtungen wie z. B. Waschen, Anziehen, Essen und Autofahren. Gleichzeitig müssen diese Patienten/-innen oftmals in ihrem sozialen Umfeld erfahren, dass ihnen wenig Ver-

ständnis für ihre Einschränkung entgegengebracht wird, was meist dazu führt, dass sich die Betroffenen sozial zurückziehen. Zur psychischen Stabilisierung haben sich v. a. Entspannungs- und Imaginationsverfahren (sich positive Bilder vorstellen) sowie die Wiedererlangung angenehmer Aktivitäten bewährt.

Die medizinischen, physiotherapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sollten immer wieder aufeinander abgestimmt werden.

In der zweiten Phase sollten Techniken vermittelt werden, die zur besseren Wahrnehmung der eigenen körperlichen Belastbarkeit und zur Regulation eines angemessenen körperlichen Ent- und Belastungsverhaltens beitragen.

In der dritten Phase der Behandlung unterstützt die Schmerzpsychotherapie den Betroffenen v. a. darin, Geduld und Ausdauer aufzubringen, Phasen von Behandlungsstillstand und Resignation zu überstehen und die Aufmerksamkeit immer wieder auf (kleine) Fortschritte zu lenken. Eine weitere Aufgabe besteht darin, für und mit dem Betroffenen realistische Pläne zur beruflichen und privaten Wiedereingliederung zu erarbeiten. Auch diese Sorgen sollten in einer Psychotherapie ausgesprochen werden, um kompetente Ansprechpartner vermitteln zu können.

Selbsthilfe

Das „CRPS Netzwerk gemeinsam stark“ ist ein Verbund aller CRPS-Selbsthilfegruppen Deutschlands, Österreichs und Luxemburgs. Hier werden Informationen zur Krankheit, zu Behandlungsmöglichkeiten und zu Spezialisten gegeben. Darüber hinaus bieten regionale Gruppen einen Austausch über das Internet und bei regelmäßigen Treffen.

WebTipp: www.crps-netzwerk.org

Worauf kommt es an?

Die Behandlung von Schmerzen ist oft schwierig, erfordert Spezialisten und eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute. Entscheidend für den Erfolg aber ist das Engagement des Betroffenen selbst. Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ist notwendig, damit Behandlungsmaßnahmen auch langfristig erfolgreich sind. Veränderung setzt Wissen voraus. Nur wer den Sinn einer Maßnahme für sich erkannt hat, ist motiviert, etwas zu verändern. Dazu bietet Ihnen die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (früher DGSS) über ihre Homepage wissenschaftlich fundierte, aktuelle und neutrale Informationen. Sie finden diese unter:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

Buch-Tipp: HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.) 2020: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. SpringerMedizin

Autoren:
Myriam Herrnberger (Deutsche Schmerzgesellschaft)
Frank Birklein (Deutsche Schmerzgesellschaft)
Jule Frettlöh (DGPSF)
Dirk-Stefan Droste (CRPS Bundesverband)
Martin von Wachter (AK-Patienteninformation – Deutsche Schmerzgesellschaft)
Hans-Günter Nobis (AK-Patienteninformation – Deutsche Schmerzgesellschaft)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
Tel. 030 39409689-2
Fax 030 39409689-9



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Patienten-Informationen

CRPS – Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen



Was ist CRPS?

Das Komplexe Regionale Schmerzsyndrom, früher auch „Morbus Sudeck“ oder „Sympathische Reflexdystrophie“ genannt, zeigt sich in Form von (Dauer-)Schmerzen, Berührungsschmerzen (Allodynie), Entzündungen, reduzierter Beweglichkeit und reduzierter Kraft sowie Störungen der Sensibilität.

Mit einer Häufigkeit von 2-15% kommt es nach Verletzungen der Arme oder Beine zum CRPS, vor allem nach Knochenbrüchen, Operationen und anderen schwereren Verletzungen. Ein Auftreten nach leichten Verletzungen wie z. B. nach Schnitten oder Stößen ist seltener. Die Erkrankung betrifft hauptsächlich Hände oder Füße. Frauen sind zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer. CRPS tritt vor allem zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr auf, selten im Kindes- und hohen Alter.

Die Ursache des CRPS ist bis heute nicht vollständig geklärt. Es besteht eine Kombination von entzündlichen und neurogenen (vom Nerv stammenden) Prozessen sowie Veränderungen im Bereich des Gehirns und Rückenmarks. Diese verschiedenen Prozesse sind für die vielfältigen Symptome verantwortlich, aber nicht jedes Symptom tritt bei jedem auf.

Die Symptomatik kann sich im Verlauf der Erkrankung ändern und zentrale Veränderungen (Rückenmark und Gehirn) können im späteren Krankheitsverlauf auftreten. Die akute Krankheitsphase – geprägt durch eine überschießende und länger andauernde Entzündung – hält in der Regel bis zu sechs Monate nach der Schädigung an. Eine körpereigene Entzündung ist normal, sie tritt immer nach einer Gewebeschädigung auf und wird vom Körper reguliert. Beim CRPS ist diese Entzündungsreaktion jedoch stärker ausgeprägt.

Typische Symptome

Die sichtbaren Symptome umfassen Schwellungen, Veränderungen der Hautfarbe und der Temperatur des betroffenen Körperteils sowie eine vermehrte Schweißbildung oder Veränderungen des Fingernagel- und Haarwachstums. Die Temperatur in dem betroffenen Bereich kann wärmer oder kälter sein. Weitere Symptome umfassen eine beeinträchtigte Beweglichkeit, z. B. kann der Faustschluss unvollständig oder die Beugung und Streckung im Hand- bzw. Sprunggelenk verringert sein. Die Kraft



Sichtbare Zeichen eines CRPS der Füße
© Frank Birklein

ist häufig vermindert. Die vorhandenen Schmerzen können permanent vorhanden oder belastungsabhängig sein. Die Stärke der Schmerzen kann im Tagesverlauf schwanken und es kann zu Schmerzverstärkungen durch äußere Faktoren wie Wärme, Kälte oder leichte Berührungen kommen. Berührungen können sich aber auch taub anfühlen oder wie Ameisenkribbeln. Manche Patienten haben das Gefühl, dass das betroffene Körperteil nicht mehr zu ihrem Körper gehörig ist. Hierbei können bspw. durch Anstoßen erneute Verletzungen auftreten.

Häufige Symptome bei CRPS:

- Im Vergleich zum erwarteten Heilungsverlauf unangemessen starke, sich ausbreitende Schmerzen
- entzündliche Symptome
- Schwellung
- reduzierte Beweglichkeit
- reduzierte Kraft
- Änderung der Temperatur und Hautfarbe im betroffenen Bereich
- starkes Schwitzen
- Berührungsschmerzen (Allodynie)
- Sensibilitätsstörungen mit starker oder verminderter Reaktion auf Druck, mechanische Kälte- oder Wärmereize
- Störung der Körperwahrnehmung

Diagnostische Abklärung

Die Diagnosestellung erfolgt zunächst klinisch ohne Technikeinsatz, d. h. anhand des Vorhandenseins bestimmter Symptome/Beschwerden und unter Ausschluss anderer Erkrankungen.

Ein CRPS ist schwer zu diagnostizieren, weil das Krankheitsbild stark variiert. Der Krankheitsverlauf ist sehr unterschiedlich und lässt keine Rückschlüsse auf Entstehung und Prognose zu. Bildgebende Verfahren wie die Drei-Phasen-Knochenszintigraphie können in der Akutphase hilfreich zur Diagnosebestätigung sein. Röntgenaufnahmen oder eine Computertomographie (CT) sind nicht geeignet.

Behandlungsmöglichkeiten

Eine ursachenbezogene (kausale) Therapie des CRPS existiert nicht, d. h. dass die Ursache der Erkrankung nicht behandelt werden kann, da diese nicht bekannt ist. Die Therapie orientiert sich daher an den vorliegenden Beschwerden. Es empfiehlt sich eine multimodale Schmerztherapie. Hier arbeiten Schmerztherapeuten mit Experten aus der Ergo-, Physio- und Psychotherapie zusammen.

In der Akutphase ist eine antientzündliche Therapie wichtig. Hier wird überwiegend Kortison eingesetzt solange entzündliche Symptome noch vorhanden sind (bis zu max. 6-12 Monate nach Erkrankungsbeginn).

Die Schmerztherapie setzt sich meist aus einer vorübergehenden Gabe entzündungshemmender Schmerzmittel und sog. Ko-Analgetika zusammen. Hierzu zählen beispielsweise Medikamente gegen epileptische Anfälle (sog. Antikonvulsiva) oder Medikamente gegen Depressionen (sog. Antidepressiva), die auch schmerzlindernd wirken können.

Eingriffe in den Körper (invasive Verfahren) wie z. B. Operationen sollten nur in spezialisierten Zentren bei unzureichender Wirksamkeit anderer Therapien erfolgen, da auch hierbei wieder Gewebe verletzt wird. Bei einem CRPS sollten Eingriffe an betroffenen, aber auch nicht

betroffenen Extremitäten, sofern sie nicht sehr dringlich sind, kritisch abgewogen werden, da diese einen erneuten Ausbruch der Erkrankung hervorrufen können.

Einer der wichtigsten Bestandteile der Therapie ist die aktive Physio- und Ergotherapie. Eine komplette Ruhigstellung sollte vermieden werden. Auch zu Hause sollten Übungen zur Verbesserung der Kraft und Beweglichkeit durchgeführt werden. Aktive Übungen können zu einer vorübergehenden Schmerzverstärkung führen. Eine weitere Therapiemaßnahme stellt die Spiegeltherapie dar.

Infos zur Spiegeltherapie:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

Beim CRPS werden Gebiete im Gehirn, die die erkrankte Extremität versorgen, kleiner. Das Körperschema geht dabei verloren. Bei der Spiegeltherapie wird dem Gehirn durch das Spiegelbild des gesunden Körperteils eine schmerzfreie Bewegung der betroffenen Extremität vorgetäuscht, so dass eine Anregung der vernachlässigten Hirnregion stattfindet. Auch Maßnahmen wie Salben-einreibung, Hochlagerung, Wärme- oder Kälteanwendungen, Eisabreibungen, Kirschkern- oder Heusäckchen können Linderung verschaffen.

Risikofaktoren

Es ist anzunehmen, dass bestimmte psychische Belastungen ("stressfull life events") den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen oder unterhalten könnten, wie bei anderen chronischen Schmerzerkrankungen auch. Dann kann eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll sein.



3. Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz

Idiopathisch bedeutet: „ohne erkennbare Ursache“. Auch der alte Begriff „atypischer Gesichtsschmerz“ ist noch weit verbreitet.

Merkmale: Bezeichnet wird damit ein Dauerschmerz, der sich nicht einem Nerven oder Muskel zuordnen lässt. Der Schmerz besteht täglich, ist andauernd, meistens einseitig und schlecht lokalisierbar. Der Schmerz wird oft in der Tiefe wahrgenommen und als dumpf beschrieben. Es kann auch zu wochen- oder monatelangen beschwerdefreien Zeiten kommen. Häufig bleibt der Schmerz nach der Behandlung eines Zahnes oder Kieferabschnittes bestehen, obwohl diese Erkrankung bereits abgeklungen ist.

Weil die diagnostischen Kriterien nicht klar definiert sind, werden häufig verschiedene zahnmedizinische Therapieversuche (Austausch der Füllungen, Wurzelbehandlungen, Zahnentfernungen, wiederholte oder größere Eingriffe) unternommen, die aber eher zu einer Beschwerdezunahme führen und den Übergang in chronische Schmerzen fördern. Oft bestehen auch psychische oder soziale Belastungen, die bei der Therapie berücksichtigt werden müssen.

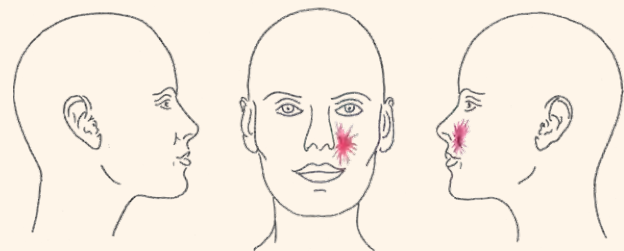


Abb.: Beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz können verschiedene Bereiche des Gesichts betroffen sein.

Ursachen: Bislang ist die Ursache nicht geklärt. Weil jeder neue Eingriff einen neuen Schmerzreiz darstellt, sollten unnötige Zahnbehandlungen, insbesondere solche mit Verletzungen von Zähnen und Kieferknochen, unbedingt vermieden werden. Dies gilt auch für Operationen der Nase und Kieferhöhle.

Der idiopathische Gesichtsschmerz ist eine Ausschlussdiagnose: Es werden auch nach gründlicher Untersuchung keine körperlichen Ursachen gefunden. Trotzdem bestehen die Schmerzen.

Behandlung: Medikamente, die die Schmerzwahrnehmung beeinflussen, können eine Linderung bewirken. Dazu gehören Medika-

mente, die üblicherweise zur Behandlung von Depressionen oder Krampfanfällen eingesetzt werden. Bewährt haben sich auch nicht-medikamentöse Methoden wie Entspannungsverfahren, Ausdauertraining, Stressbewältigung und Psychotherapie zur Schmerzbewältigung oder bei gleichzeitigem Bestehen einer Depression oder Angststörung.

Beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz werden keine körperlichen Ursachen gefunden. Operationen können diese Schmerzen nicht heilen, sondern führen meistens zur Verschlimmerung.



Worauf kommt es an?

Die Behandlung von Schmerzen ist oft schwierig, erfordert Spezialisten und eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute. Entscheidend für den Erfolg aber ist das Engagement des Betroffenen selbst. Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ist notwendig, damit Behandlungsmaßnahmen auch langfristig erfolgreich sind. Veränderung setzt Wissen voraus. Nur wer den Sinn einer Maßnahme für sich erkannt hat, ist motiviert, etwas zu verändern. Dazu bietet Ihnen die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (früher DGSS) über ihre Homepage wissenschaftlich fundierte, aktuelle und neutrale Informationen. Sie finden diese unter:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

Buch-Tipp: HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.) 2020: **Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige.** SpringerMedizin

Autoren: Monika Daubländer (Deutsche Schmerzgesellschaft)
Bernd Kappis (AK-Patienteninformation/Deutsche Schmerzgesellschaft)

Illustrationen: Claudia Welte-Jzyk
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
Tel. 030 39409689-2
Fax 030 39409689-9



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Patienten-Informationen

Gesichtsschmerzen verstehen

Kaumuskel- und Kiefergelenksschmerz
Trigeminusschmerz
Atypischer Gesichtsschmerz

Kiefer- und Gesichtsschmerzen verstehen

Schmerzen in den Bereichen Gesicht, Kiefergelenke oder Mund sind häufige Beschwerden, weswegen sich Betroffene an ganz unterschiedliche Fachärzte wenden, zum Beispiel Zahnärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Kieferorthopäden, Neurologen oder Allgemeinmediziner. Ursachen für solche Schmerzen sind vor allem Entzündungen von Zähnen, Zahnhalteapparat, Knochen, Gelenken, Schleimhäuten, Nasennebenhöhlen oder Nerven im Kopf-Halsbereich. Auch Erkrankungen oder Verletzungen der Nerven, die diese Region mit Gefühl versorgen, können die Ursache für Schmerzen oder Taubheitsgefühle sein. Solche Schmerzen werden dann als „neuropathisch“ bezeichnet, was bedeutet, dass ein Nerv in irgendeiner Art geschädigt ist. Die Unterscheidung der Schmerzen nach deren Ursache kann nur durch eine sorgfältige körperliche Untersuchung getroffen werden und ist wichtig für die richtige Behandlung.

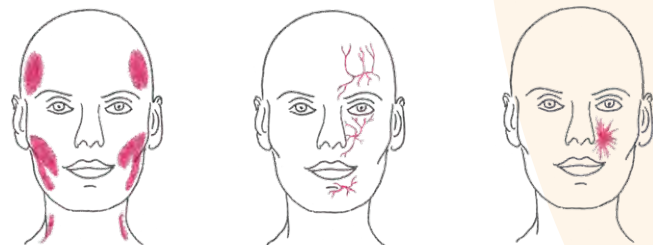


Abb.: Kiefer- und Gesichtsschmerzen haben verschiedene Ursachen.

Aus akuten Beschwerden können sich chronische, also länger anhaltende, Schmerzen entwickeln. Dies kann zum einen durch das Fortschreiten der Erkrankung selbst bedingt sein, aber auch durch ungenügende Behandlungsansätze, die sich häufig nur auf ein Fachgebiet begrenzen und sich dann oft nur auf eine einzelne Ursache konzentrieren.

Wichtig: Sehr oft übersehen wird bei chronischen Schmerzen der Einfluss psychischer oder sozialer Belastungen, die nicht selten für die Schmerzverstärkung oder Aufrechterhaltung der Beschwerden mitverantwortlich sind. Deshalb ist es wichtig, bei der Diagnostik und auch bei der Behandlung verschiedene Fachrichtungen einzubeziehen. Hierzu eignen sich spezialisierte Praxen, Zentren oder Kliniken.

Viele Faktoren können zu Kiefer- und Gesichtsschmerzen beitragen. Diese müssen sowohl bei der Untersuchung als auch bei der Behandlung berücksichtigt werden.

Im Folgenden werden die drei häufigsten Krankheitsbilder kurz dargestellt.

1. Kaumuskel- und Kiefergelenkbeschwerden

Diese Erkrankung wird auch als Cranio-Mandibuläre Dysfunktion bezeichnet. Die Abkürzung dafür lautet CMD.

Merkmale: Typisch sind ein- oder beidseitige Schmerzen im Bereich der Wangen und/oder Schläfen, oftmals verbunden mit Nacken- oder weiteren Wirbelsäulenbeschwerden (s. Abb.). Diese Schmerzen können auch in die Zähne und/oder Ober- und Unterkiefer ausstrahlen, so dass sie schnell mit einer Erkrankung des Zahnes verwechselt werden können. Beim Abtasten der betroffenen Muskeln sind diese schmerzhaft, angespannt und verhärtet, möglicherweise auch verdickt. Häufig pressen diese Menschen unbewusst die Zähne, Zunge, Wangen und Lippen zusammen oder Knirschen mit den Zähnen (sogenannter Bruxismus), auch in der Nacht. Die Öffnung des Mundes kann erschwert sein.



Abb.: Typischer Schmerzbereich bei Kaumuskel- und Kiefergelenkbeschwerden.

Ursachen: In der Regel sind mehrere Faktoren an der Entstehung beteiligt. Hierzu zählen: hohe Anspannung der Muskulatur im Kopf- oder Halsbereich („die Zähne zusammenbeißen“), ungünstige Stellung der Zähne und des Kiefers, aber auch Fehlhaltungen im Bereich der Wirbelsäule. Es bestehen häufig auch psychische und soziale Belastungen. Bei länger dauernden Beschwerden kann sich die Schmerzwahrnehmung verändert haben.

Bei Schmerzen in der Muskulatur und im Bereich des Kiefergelenkes besteht die beste Behandlung in denjenigen Maßnahmen, die Betroffene selbst durchführen können.

Behandlung: Da es sich um ein Krankheitsbild handelt, das durch verschiedene Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten wird, müssen sich auch die Behandlungsmaßnahmen auf alle diese Faktoren beziehen. Dies erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Ärzte und Therapeuten. Die Behandlung kann bestehen aus: Selbstbeobach-

tung, Lockerungsübungen für die Kaumuskulatur, Selbstmassage, Schientherapie (Zahnarzt), Physiotherapie oder Manueller Therapie. Bewährt haben sich auch nicht-medikamentöse Methoden wie Entspannungsverfahren, Biofeedback, Ausdauertraining oder Stressbewältigung. Zur Schmerzbewältigung oder bei gleichzeitigem Bestehen einer Depression oder Angststörung kann auch eine Psychotherapie hilfreich sein. Zahnärztliche oder chirurgische Eingriffe sollten nur nach gründlicher Abwägung erfolgen, weil sie sonst zu einer behandlungsbedingten Beschwerdezunahme führen können.

2. Trigeminalneuralgie und Trigeminalneuropathie

Merkmale: Die Trigeminalneuralgie ist gekennzeichnet durch sehr heftige, kurzzeitige (Sekunden bis zu 2 Minuten anhaltende) Schmerzattacken im Ausbreitungsgebiet eines oder zweier Äste des Trigeminal-Nervs (s. Abb.). Dieser Nerv besteht aus drei Ästen: dem Augennerv, dem Oberkiefernerv und dem Unterkiefernerv. Am häufigsten sind der Unter- und/oder Oberkiefernerv betroffen. Die Beschwerden sind nahezu immer einseitig. Der Schmerz ist stechend oder brennend und kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Dies sind Berühren der Haut (z. B. Rasieren, Abtrocknen), Kälte, Zähneputzen, Essen und Trinken etc. Zwischen den Attacken sind die Betroffenen beschwerdefrei.

Bei der Trigeminalneuropathie können die Schmerzen sowohl attackenförmig sein wie bei der Trigeminalneuralgie oder auch andauernd bestehen.

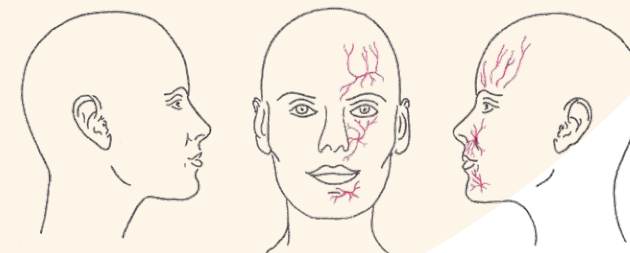


Abb.: Der Trigeminalnerv mit seinen drei Ästen.

Ursachen: Die Trigeminalneuralgie wird vermutlich ausgelöst durch einen zu engen Kontakt eines arteriellen Blutgefäßes zum Nerv. Dadurch wird der Nerv gedrückt und reagiert mit Schmerzimpulsen. In

ganz seltenen Fällen können die Trigeminalschmerzen auch Folge anderer Krankheiten sein, z. B. multiple Sklerose, Geschwüre oder Entzündungen.

Bei der Trigeminalneuropathie ist es zu einer Verletzung oder Erkrankung des Nervs gekommen. Ursache können Operationen (z. B. Weisheitszahnentfernung, Implantationen, Zahnwurzelbehandlungen, Hals-Nasen-Ohren-Operationen), Verletzungen (z. B. durch Unfälle) oder andere Erkrankungen sein. Durch die Verletzung ist der Nerv geschädigt und in seiner Funktion gestört. Das kann sich neben Schmerzen auch durch ein Taubheitsgefühl oder andere Missempfindungen bemerkbar machen.

Trigeminalschmerzen haben ihre Ursache in einer Schädigung, Irritation oder Erkrankung eines Nervs.

Behandlung: Bei beiden Krankheitsbildern steht die Behandlung mit Medikamenten an erster Stelle, allerdings nicht mit den üblichen Schmerzmitteln. Diese helfen bei Trigeminalschmerzen nicht, sondern es werden Medikamente eingesetzt, die üblicherweise gegen Krampfanfälle (Antiepileptika) oder Depressionen (Antidepressiva) genutzt werden. Wenn die Behandlung mit Medikamenten nicht erfolgreich ist, dann kann eine Operation helfen. Dabei wird ein kleines Polster oder Teflon als Puffer zwischen Nerv und Blutgefäß gebracht. Bei dieser Operation und bei Eingriffen, mit denen die Nervenbahn unterbrochen wird, müssen – wie bei allen medizinischen Maßnahmen – die Risiken sorgfältig gegenüber dem möglichen Nutzen abgewogen werden.

Wichtig: Übliche Schmerzmittel helfen bei Trigeminalschmerzen nicht.

inflammatorischen (entzündlichen) Erkrankungsformen. Dies können Gründe dafür sein, dass das Beschwerdebild von dem anfänglich zyklischen Beschwerdemuster auch in Dauerschmerz übergehen kann. Aufgrund der chronischen Schmerzen entwickeln die Patientinnen nicht selten eine Depression und eine damit zusammenhängende Schmerzstörung.

WebTipp: Endometriose Vereinigung Deutschland
www.endometriose-vereinigung.de

WebTipp: Endometriose – Onmeda.de
www.onmeda.de/krankheiten/endometriose.html

Aufgrund der Schmerzen kommt es durch Schon- und Fehlhaltung auch zu mannigfaltigen Veränderungen im Bereich der Beckenbodenmuskulatur. So kann man erklären, dass trotz unauffälligen Untersuchungsbefunden manche betroffenen Frauen in erhebliche Schmerzzustände geraten, die kaum mehr beherrschbar sind.

Therapie

Da Endometriose eine hormonabhängige Erkrankung ist, es bislang aber noch keine grundlegenden Therapiestrategien gibt, ist die hormonelle Therapie Basis der Behandlung. Hier soll durch ein Aussetzen des weiblichen Zyklus (kein Eisprung – keine Hormonbildung (Östrogen)) eine hormonelle Ruhephase eingeleitet werden. Das kann durch Gestagentherapien erreicht werden, indem diese so eingenommen werden, dass keine Blutungen mehr auftreten (therapeutische Amenorrhoe). Damit sind sehr viele Patientinnen bereits deutlich beschwerdegebessert oder sogar komplett beschwerdefrei.



Eine weitere Säule der Therapie ist die diagnostische Laparoskopie (Bauchspiegelung), die gleichzeitig der erste Schritt einer chirurgischen Therapie sein kann. Bei der Operation können die Herde entfernt werden. Die Entfernung ganzer Organe wie z. B. Eierstock / Gebärmutter ist im Allgemeinen nicht notwendig.

Wichtigste Säule der Behandlung ist die der „multimodalen Therapie“, besonders dann, wenn starke Schmerzen das Leben einzuschränken beginnen (Multimodale Ansätze s. Abb. 2).

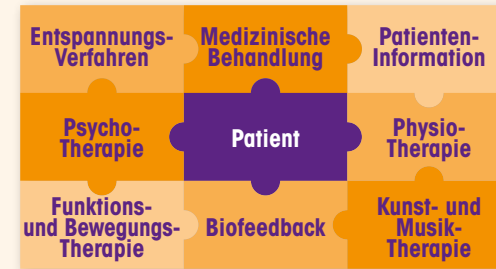


Abb. 2 ©AK Patienteninformation (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

Einen wichtigen Stellenwert hat hier der physiotherapeutische Ansatz zur Behandlung der Beckenbodenfehlfunktion, die sich schleichend einstellt und bisher wenig untersucht wurde. Wird diese frühzeitig mit ins Schmerzmanagement aufgenommen, gibt sie der Patientin auch die Möglichkeit zur Selbsthilfe, denn viele Entspannungstechniken (wie gymnastische Übungen, Yoga, Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung) können hier erlernt werden.

Wichtig ist es diese Behandlung einzusetzen, bevor es zur Ausbildung von chronifizierten Schmerzen gekommen ist.

Worauf kommt es an?




Die Behandlung von Schmerzen ist oft schwierig, erfordert Spezialisten und eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute. Entscheidend für den Erfolg aber ist das Engagement des Betroffenen selbst. Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ist notwendig, damit Behandlungsmaßnahmen auch langfristig erfolgreich sind. Veränderung setzt Wissen voraus. Nur wer den Sinn einer Maßnahme für sich erkannt hat, ist motiviert, etwas zu verändern. Dazu bietet Ihnen die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (früher DGSS) über ihre Homepage wissenschaftlich fundierte, aktuelle und neutrale Informationen. Sie finden diese unter:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

Buch-Tipp: HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.)
2020: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. SpringerMedizin

Autoren: Sylvia Mechsner (Deutsche Schmerzgesellschaft)
 Toni Graf-Baumann (AK-Patienteninformation / Deutsche Schmerzgesellschaft)
 Hans-Günter Nobis (AK-Patienteninformation / Deutsche Schmerzgesellschaft)
 Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf   

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Bundesgeschäftsstelle
 Alt-Moabit 101 b
 10559 Berlin
 Tel. 030 39409689-2
 Fax 030 39409689-9



Deutsche Schmerzgesellschaft
 Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Deutsche Schmerzgesellschaft
 Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Patienten-Informationen

Endometriose-Schmerzen verstehen

Was ist Endometriose?

Endometriose ist eine gutartige, aber chronische Erkrankung, die während der gebärfähigen Lebensphase der Frau auftreten kann. Dabei siedelt sich Gewebe, ähnlich dem der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) außerhalb der Gebärmutterhöhle an. In den meisten Fällen werden diese Endometrioseherde von den Geschlechtshormonen beeinflusst und machen wiederkehrende (zyklische) Veränderungen durch. Die Folge davon sind Entzündungsreaktionen, die Bildung von Zysten (krankhafter, mit Flüssigkeit gefüllter sackartiger Hohlraum im Gewebe) und die Entstehung von Vernarbungen und Verwachsungen.

Regelschmerzen, die zu Schul- oder Arbeitsunfähigkeit führen, sind nicht normal und sollten an Endometriose denken lassen.

Das Vorkommen der Endometriose wird mit 2-20% aller Frauen im o. g. Alter angegeben und stellt somit eine der häufigsten gutartigen gynäkologischen Erkrankungen dar. Wir gehen von ca. 2 Mio. betroffenen Frauen und bis zu 40.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland aus. Nicht alle Frauen haben Beschwerden, dennoch besteht bei ca. 50% ein anhaltender Therapiebedarf. Neben der starken körperlichen Einschränkung durch Schmerzen stellt das Wiederauftreten der Erkrankung in

50-80% der Fälle auch nach operativer und hormoneller Therapie ein großes Problem dar.

Äußerst problematisch ist, dass das Zeitintervall vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnosestellung im Mittel 6-8 Jahre beträgt. Diese Problematik ist unter anderem durch die Unkenntnis der Zusammenhänge der Schmerzmechanismen der Endometriose, aber auch durch die mangelnde Bekanntheit dieser Erkrankung unter den Ärzten bedingt. Die häufig „unauffälligen“ körperlichen Untersuchungsbefunde erschweren zudem die Diagnose. Daher sind für eine korrekte Diagnose die ausführliche Anamnese (Befragung zum Gesundheitszustand) und die Kenntnis aller möglichen Symptome ausschlaggebend. Auch informierte Patientinnen können zu einer rascheren Diagnose beitragen, zum Beispiel in dem sie ihre Schmerzen dokumentieren und offen beschreiben.

Symptome

Es kann die Gebärmutterwand selber betroffen sein, oder das Bauchfell, das im kleinen Becken den Genitalorganen anliegt. Es kann zu Zysten in den Eierstöcken kommen oder auch zu Herden, die in die Tiefe wachsen und so zu Knoten in der Darm- oder Blasenwand führen (siehe Abb. 1).

Endometriose – Die typischen Stellen



Abb. 1

Die Endometriose ist oftmals mit einem komplexen Beschwerdebild verbunden. Die Symptome und Folgen sind vielfältig und können einzeln oder kombiniert auftreten. Dabei stehen die Beschwerden nicht immer in direktem Verhältnis zum Grad der Ausbreitung. Das heißt, kleinere Herde können heftige Beschwerden verursachen, während Frauen mit ausgedehnten Herden unter Umständen nichts von ihrer Krankheit bemerken. Zu den Leitsymptomen gehören Schmerzen, die unterschieden werden in:

- Regelschmerzen (Dysmenorrhoe)
- starke Blutungen (Hypermenorrhoe)
- chronisch wiederkehrende regelmäßige (zyklische) und unregelmäßige (azyklische) Unterbauchschmerzen
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Schmerzen beim Stuhlgang und/oder Schmerzen beim Wasserlassen, die aber typischerweise zyklisch, also während der Blutung auftreten.

Endometriose ist außerdem eine der häufigsten Ursachen für Unfruchtbarkeit.

Unspezifische Begleitsymptome

Weiterhin gibt es eine Reihe von unspezifischen Begleitsymptomen, die die Diagnosestellung und das klare klinische Bild (Gesamtheit der Symptome) oft erschweren. Dazu gehören insbesondere unspezifische Darm- und Blasenfunktionsstörungen wie Blähbauch und Bauchschmerzen, Stuhlgang-assoziierte Beschwerden. Auch eine Schmerzausstrahlung in den Rücken und/oder die Beine wird häufig beschrieben. Gelegentlich kann es auch zu zyklischen Schulterschmerzen z. B. bei einer Zwerchfell-Endometriose kommen. Wiederkehrende Unterbauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Erschöpfung sowie Infektneigung gehören ebenfalls dazu.

Unterbauchschmerzen, die sich unter einer Pilleneinnahme entwickeln, können auf Endometriose hindeuten.

Ursachen

Die Erkrankung beginnt sehr wahrscheinlich in der Gebärmutter selbst. Durch gesteigerte Bewegungsabläufe kommt es hier bei besonders jungen Frauen, die bereits früh unter starken Regelschmerzen leiden, zu kleinen Gewebeverletzungen (Mikrotraumatisierung) in der Schicht zwischen Gebärmutter Schleimhaut und Muskulatur. Bei dieser Wundheilung werden Zellteilung und die Bildung von Stammzellen aktiviert, die zur Wiederherstellung erforderlich sind. Mit der Zeit können stammzellartige Zellen, sog. pluripotente Zellen, ihre angestammte Lokalisation verlassen und wenn diese in die Muskelschicht abwandern oder durch die Eileiter in den Bauchraum gelangen dann zu Endometriose-Herden führen. Passend dazu beginnt die Erkrankung meist mit starken Regelschmerzen, die dann mit der Zeit an Stärke zunehmen und auch Unterbauchschmerzen bereits vor dem Einsetzen der Blutungen verursachen können. Dies ist als lokale entzündliche Schmerzreaktion zu verstehen, die mit Ende der Menstruation dann auch wieder abklingen. Sollte dieser Schmerz aber nicht frühzeitig mitbehandelt werden, kann es im Rahmen einer zunehmenden Sensibilisierung von am Schmerz beteiligten Nerven auch zu einer gesteigerten Schmerzempfindlichkeit (Herabsetzung der Schmerzschwelle) kommen. So können mit der Zeit auch Schmerzen beim Stuhlgang und Wasser lassen, sowie beim Geschlechtsverkehr dazu kommen. Die Herde führen zudem zu Entzündungsreaktionen im Bauchraum, die auch mit Verklebungen einhergehen können. Somit gehört die Erkrankung zu den chronisch-



Wie finde ich eine gute Schmerzklinik bzw. ein gutes Schmerzzentrum?

Auf der Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft finden Sie weitere Informationen zum Thema Schmerz und Schmerzbehandlung und verfügbare Einrichtungen:

www.schmerzgesellschaft.de/einrichtungen

Wir wünschen Ihnen alles Gute bei der Behandlung und Bewältigung Ihrer Schmerzen!

Autoren: Ad-Hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“
der Deutschen Schmerzgesellschaft
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Tel. 030 39409689-2
Fax 030 39409689-9



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)



Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Patienten-Informationen

Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Wie finde ich eine passende Einrichtung?

Liebe Patientinnen und Patienten,

uns liegt es am Herzen, dass Sie mit Ihren andauernden Schmerzen bestmöglich, d.h. nach den modernsten wissenschaftlich geprüften Verfahren und Methoden behandelt werden.

Für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Behandlung können die Antworten auf folgende Fragen helfen:

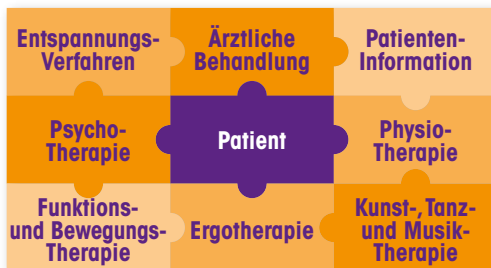
Wer ist ein Schmerztherapeut?

Der Begriff „Schmerztherapeut“ ist in Deutschland nicht geschützt. Von den Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen wird jedoch eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung in der Schmerztherapie vorausgesetzt. Danach sind schmerztherapeutisch tätige Ärzte diejenigen, die nach einer abgeschlossenen Facharztausbildung eine von den Ärztekammern anerkannte Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erworben haben. Auch für Physiotherapeuten und Psychotherapeuten gibt es entsprechende Qualifizierungen/Weiterbildungen.

Was ist Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)?

Als IMST wird die gleichzeitige, inhaltlich eng abgestimmte, fachübergreifende und integrative Behandlung von Schmerzpatienten vor allem in Kleingruppen bezeichnet.

Eingebunden sind dabei Ärzte, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten (bei stationärer Behandlung auch entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal), die sich in ihren Therapien eng und regelmäßig absprechen und ein Behandlungsteam bilden, also sehr eng zusammenarbeiten. Unter diesen Voraussetzungen ist die IMST anderen Therapiearten nachweislich überlegen. Meist wird die IMST tagesklinisch oder vollstationär in einer Klinik durchgeführt.



Grafik: Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Checkliste für eine gute Schmerzlinik bzw. ein gutes Schmerzzentrum

- Multiprofessionelles Team mit festen Bezugstherapeuten „unter einem Dach“.
- Die Therapeuten nehmen sich ausreichend Zeit für Sie.
- Die Therapeuten haben eine Spezialisierung/Qualifizierung im Bereich Schmerztherapie.
- Die Behandlung ist intensiv (mehrere Stunden pro Tag).
- Die Therapien werden vorrangig in kleinen Gruppen (i. d. R. 8 Patienten) durchgeführt.
- Begleitend finden auch regelmäßige Einzelgespräche (insbesondere beim Arzt und Psychologen) sowie Einzelbehandlungen statt.
- Enge und regelmäßige Absprache der Therapeuten, die eine gemeinsame Sprache sprechen.
- Der Behandlungsschwerpunkt liegt nicht auf invasiven Methoden wie Infusionen, Spritzen etc.
- Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf nicht-medikamentösen Therapieverfahren mit körperlich-aktivierenden Methoden.
- Viele und gut verständliche Informationen über Schmerz und Schmerzentstehung.
- Passive Verfahren (z. B. Massage) nur dann, wenn sie in das aktivierende Konzept eingebunden sind.
- Erlernen alltagstauglicher und individueller Strategien zur Schmerzbewältigung/Schmerzkontrolle.
- Die Zielsetzung der Behandlung liegt darin, Hilflosigkeit abzubauen, Selbsthilfestrategien zu erlernen und im Alltag anwenden zu können.

Behandlungsmöglichkeiten

Bei einem RLS kann man nur versuchen, die Beschwerden zu lindern und damit die Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern. Ist das RLS die Folge einer bekannten Krankheit, können durch die Behandlung der Begleiterkrankung die RLS-Beschwerden ganz aufhören.

Medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Behandlung ist erst dann sinnvoll, wenn der/die PatientIn sich durch die Symptome beeinträchtigt fühlt. Wenn man z. B. durch die damit verbundene Schlafstörung den Alltag nicht mehr meistern kann. Die Therapie mit sog. Non-Ergot-Dopaminagonisten ist die Behandlung erster Wahl. Abhängig von der Schwere der Symptomatik, der zeitlichen Verteilung der Beschwerden und von vorbestehenden medikamentösen Nebenwirkungen ist zwischen einer Therapie mit Dopaminagonisten, Opioiden oder Medikamenten zur Behandlung von neuropathischen Beschwerden wie Gabapentin oder Pregabalin abzuwägen. Die Behandlung mit L-DOPA ist wegen der hohen Augmentationsraten nicht mehr zeitgemäß. Augmentation bedeutet ein im Tagesverlauf früheres Auftreten der RLS-Symptome, eine Zunahme der Intensität der RLS-Symptome tagsüber oder eine Ausweitung der RLS-Symptome unter der Medikation.



Medikamentöse Behandlung bei Schmerz

Schmerzen, die nicht frühzeitig mitbehandelt werden, können im Rahmen einer zunehmenden Sensibilisierung von am Schmerz beteiligten Nerven auch zu einer gesteigerten Schmerzempfindlichkeit (Herabsetzung der Schmerzschwelle) führen. Wichtig ist es daher, die Schmerztherapie frühzeitig einzusetzen, bevor es zur Ausbildung von chronifizierten Schmerzen kommt. Zu einer guten und wirksamen Schmerztherapie beim RLS gehört ein umfassendes Konzept, das neben Medikamenten auch nicht-medikamentöse Therapien berücksichtigt. Schmerzmediziner sprechen hier von einer „multimodalen“ Schmerztherapie. Sollte es unter nicht-opiathaltigen Schmerzmitteln zu keiner deutlichen Linderung kommen, können bei einzelnen PatientInnen nach strenger Abwägung auch Opioide eingesetzt werden. Als Nebenwirkungen einer Opioidbehandlung sind ein Schlafapnoesyndrom (Atemaussetzer), Tages schläfrigkeit, Entzugssymptome und eine sogenannte opioid-induzierte Schmerzüberempfindlichkeit (Hyperalgesie) möglich.

Medikamentöse Einschränkungen

Medikamente wie Antidepressiva, Neuroleptika, Antihistaminika und Metoclopramid müssen, sofern medizinisch vertretbar, abgesetzt werden, da diese ggf. ein RLS auslösen oder verstärken können.

Wichtig! Es gibt Wirkstoffe in Medikamenten, die das RLS auslösen oder verstärken können.

Gerade weil in der Schmerztherapie häufig zur Schmerzdistanzierung Antidepressiva eingesetzt werden, sollte dies mit dem behandelnden Arzt vorher geklärt werden.

Nicht-medikamentöse Möglichkeiten

Als nicht-medikamentöse Optionen für die RLS-Behandlung ist zunächst die Einhaltung einer guten Schlafhygiene mit regelmäßigen Bettzeiten und das Vermeiden von Schlafentzug durch Nachtschichtarbeiten wichtig. Zur unmittelbaren Symptomlinderung können physikalische Maßnahmen wie Massage, kühlende Gele oder Bäder angewendet werden. Auch eine regelmäßige moderate körperliche Aktivität kann sich positiv auswirken, sportliche Aktivität mit Beinarbeit sollte jedoch in den Morgenstunden erfolgen, da viele PatientInnen nach Joggen oder ausgedehntem Wandern sowie nach Gartenarbeit am Nachmittag oder Abend dann nachts verstärkte RLS-Beschwerden haben. Auch eine gedankliche Ablenkung durch geliebte Hobbys wie z. B. Handarbeiten, Spielen, Lesen kann die Symptome erträglicher machen.

Wichtig! Bei RLS sollte nach 15 Uhr kein Kaffee und ab vier Stunden vorm Zubettgehen kein Alkohol mehr konsumiert werden.

Selbsthilfe

Viele RLS-PatientInnen haben einen langen Leidensweg hinter sich, deshalb bilden gerade die Selbsthilfegruppen von der RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung ein gutes Forum, um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen.

Die RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung ist ein gemeinnütziger Verein, der nicht nur Ansprechpartner für seine Mitglieder ist, sondern auch für Betroffene, Ärzte, Wissenschaftler und Interessierte. Die RLS e.V. bietet deutschlandweit gezielt Austausch, Hilfe und aktuelle Informationen an.

WebTipp: Informationen zum Krankheitsbild und Selbsthilfegruppen finden Sie unter: www.restless-legs.org

BuchTipp: RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung (Hrsg.) 2018. RLS Informationsbuch & Ratgeber für behandelnde Ärzte und Betroffene. München: RLS e.V. Zu beziehen über: info@restless-legs.org

Worauf kommt es an?



Die Behandlung von Schmerzen ist oft schwierig, erfordert Spezialisten und eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute. Entscheidend für den Erfolg aber ist das Engagement des Betroffenen selbst. Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ist notwendig, damit Behandlungsmaßnahmen auch langfristig erfolgreich sind. Veränderung setzt Wissen voraus. Nur wer den Sinn einer Maßnahme für sich erkannt hat, ist motiviert, etwas zu verändern. Dazu bietet Ihnen die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (früher DGSS) über ihre Homepage wissenschaftlich fundierte, aktuelle und neutrale Informationen. Sie finden diese unter:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

Buch-Tipp: HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.) 2020: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. SpringerMedizin

Autoren: Cornelius Bachmann (Deutsche Schmerzgesellschaft)
Katharina Glanz (RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung)
Hans-Günter Nobis (AK-Patienteninformation / Deutsche Schmerzgesellschaft)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf   

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
Tel. 030 39409689-2
Fax 030 39409689-9



Patienten-Informationen

Restless Legs Syndrom verstehen

Was ist RLS?

Die Abkürzung "RLS" bedeutet **Restless Legs Syndrom** – übersetzt: Erkrankung der unruhigen, ruhe- oder rastlosen Beine. Das Restless Legs Syndrom (RLS) ist in westlichen Industrieländern mit einer Verbreitung von ca. 10% in der Bevölkerung eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Von den Betroffenen sind 3-4% therapiebedürftig. Der durchschnittliche Beginn der Beschwerden wird bei PatientInnen mit familiärem RLS vor dem 30. Lebensjahr angegeben; die Beschwerden können schon in der Kindheit oder im Jugendalter beginnen. Das RLS verläuft in der Regel chronisch-fortschreitend, kann jedoch (besonders zu Beginn der Erkrankung) nur mild ausgeprägt und von wochen- bis monatelangen weitgehend symptomfreien Intervallen unterbrochen sein. Meist werden die PatientInnen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr therapiebedürftig. Frauen sind häufiger als Männer betroffen.

Die Missempfindungen werden von den Betroffenen als Ziehen, Stechen, Kribbeln, Ameisenlaufen, Druckgefühl, Elektrisieren, Reißen, krampfartiges Ziehen, einschließender oder quälender Schmerz oder brennende Missempfindungen geschildert. Auch kann ein RLS nicht nur an Beinen oder Armen, sondern auch in anderen Körperregionen wie dem Rücken oder im Genitalbereich auftreten. Schmerzen werden neben den Missempfindungen in den Gliedmaßen, Schlafstörungen und Bewegungsdrang von RLS-PatientInnen an vierter Stelle der am meisten beeinträchtigenden Symptome genannt (s. Abb.). Die Behandlung von Schmerzen hat daher einen hohen Stellenwert. Es sollte bei PatientInnen mit chronischem Schmerz in den Beinen auch an ein RLS als mögliche Ursache des Schmerzes gedacht werden.



Diagnose

Die Kriterien, die für die Diagnose eines RLS erfüllt sein müssen, sind:

1. Bewegungsdrang der Gliedmaßen (Beine/Arme), verbunden mit unangenehmen Missempfindungen.
2. Verschlechterung der Beschwerden bei Ruhe (Liegen und Sitzen).
3. Teilweise oder vollständige Besserung durch Bewegung (Laufen oder Dehnen).
4. Die Symptome sind abends oder nachts deutlich ausgeprägter.
5. Diagnostisch auszuschließen sind u. a. Eisenmangel, Muskel-erkrankungen, Muskelkrämpfe, Gelenkentzündungen, Fehlstellungen der Gelenke, Gefäßerkrankungen, Störung oder Erkrankungen von Nerven, Fußwippen als Gewohnheit oder die Nebenwirkung von Medikamenten sowie Depression und Angsterkrankungen.

Im Rahmen einer klinisch-neurologischen Untersuchung sollte unter Umständen eine Messung der Nervenleitgeschwindigkeit sowie eine Muskeluntersuchung erfolgen.

Eine Einstufung des Schweregrades der RLS-Symptomatik kann dabei anhand der von der International Restless Legs Study Group (IRLSSG) herausgebrachten Schweregradskala mit 10 Fragen und maximal 40 Punkten erfolgen (1-10 Punkte: leichtgradiges RLS, 11-20 Punkte: mittelgradiges RLS, 21-30 Punkte: schwergradiges RLS, 31-40 Punkte: sehr schwergradiges RLS).

Symptome, die RLS-PatientInnen am meisten belasten	
Symptome	Häufigkeit
Missempfindungen der Beine und anderer Körperteile	81,6 %
Schlaf gestört, unterbrochen, schlecht	66,1 %
Bewegungsdrang	54,6 %
Schmerz	54,0 %
Zucken, unwillkürliches Bewegen der Beine oder anderer Körperteile	49,4 %
Einschlafstörungen	47,1 %
Tagesschläfrigkeit	34,5 %
Erschöpfung, Müdigkeit	33,9 %

Abb.: In Anlehnung an Bergmann et al., Somnologie 2005; 9/Suppl.1:41

Zusätzlich können noch vier weitere Kriterien die Diagnose eines RLS unterstützen, müssen aber nicht zwingend vorhanden sein:

1. Ansprechen auf dopaminerge Therapie (z.B. 50% Verbesserung der RLS-Beschwerden im L-DOPA Test). Beim L-Dopa-Test erhält der Erkrankte L-Dopa, sobald die Beschwerden einsetzen. Bessern sich die Symptome, deutet dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ein Restless Legs Syndrom hin.
2. Positive Familienanamnese. In mehr als der Hälfte der Fälle sind leibliche Verwandte des/der Erkrankten vom Syndrom der unruhigen Beine betroffen.
3. Nachweis von periodischen (wiederkehrenden) Beinbewegungen während des Schlafes in einem Schlaflabor (Polysomnographie).
4. Fehlen einer ausgeprägten Tagesschläfrigkeit, obwohl von Ein- und Durchschlafstörungen betroffen. RLS-Betroffene sind tagsüber zwar müde, können jedoch aufgrund ihres Bewegungsdranges keine Ruhe finden.

Mögliche Ursachen von RLS

Die Ursache des Restless Legs Syndroms ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vollständig geklärt.

Wichtige Faktoren sind nach heutigem Wissenstand:

- Ein gestörter Eisenstoffwechsel im Gehirn. Ein Eisenmangel führt zu einem gestörten Stoffwechsel, da Eisen bei der Herstellung des körpereigenen Dopamins ein wichtiger Co-Faktor ist.
- Mangel am Botenstoff Dopamin im Gehirn. Dopamin ist ein Botenstoff, der die Erregung von einer Nervenzelle auf andere Zellen überträgt.
- Genetische Belastung. Es wurden inzwischen 19 Genveränderungen festgestellt. Welche Rolle diese Gene im Zusammenhang mit dem RLS spielen ist noch nicht gesichert.

RLS kann während der Schwangerschaft auftreten und verschwindet in der Regel dann wieder nach der Entbindung.

Psychische Erkrankungen als Verstärker?

Nicht selten werden bei RLS-PatientInnen auch Angststörungen und/oder Depressionen diagnostiziert. Ob es sich bei dieser Patientengruppe dann um einen ursächlichen Zusammenhang handelt oder diese vielmehr die Folgen chronischer Schlafstörungen oder der massiv eingeschränkten Lebensqualität sind, ist derzeit nicht geklärt. Psychische Gesundheitsstörungen werden oft vom Arzt nicht erkannt und von Betroffenen aus Angst, nicht ernst genommen zu werden, bagatellisiert und somit in ihrem Ausmaß nicht erkannt.



Fallbeispiel:

Herr G., ein 28 Jahre alter Patient, leidet seit 2 1/2 Jahren an sehr schmerzhaften, abendlich und nächtlich betonten Missempfindungen (Dysästhesien) in beiden Hoden, ausstrahlend in die linke Leiste, vereinzelt auch unter einem Kribbeln in der linken Hand sowie im linken Bein, rechten Unterschenkel und Fuß. Eine Zunahme des Hoden- und Leistenschmerzes tritt in Ruhe ein, eine Besserung hingegen bei Bewegung. Da er nachts nicht schlafen kann, ist er tagsüber sehr müde. Wegen starker Konzentrationsprobleme und massiven Hodenschmerzen kommt es schließlich zum Abbruch des Studiums. Es folgen umfangreiche Untersuchungen mit unauffälligen Ergebnissen. Es bestand lange der Verdacht einer Funktionsstörung ohne körperlichen Befund, wo häufig ein psychischer Ursprung vermutet wird. Schließlich wurde der Patient zur Abklärung eines Restless Legs Syndroms in einem Schlaflabor vorgestellt, wo sich der RLS-Verdacht bestätigte. Mit einem Beschwerdegrad (PLMS-Index) von 41,3/h, bei einem Norm-Wert von bis 5/h, trat in der zweiten Nacht unter einem Medikament, das den Botenstoff Dopamin enthält, eine Symptomlinderung und Besserung des PLMS-Index auf 28,7/h ein. Im Anschluss erhielt der Patient noch ein schmerzstillendes Medikament (Opioid), worunter die Beschwerden erstmals seit Jahren verschwanden.

Bei schmerzhaften Missempfindungen sollte auch an ein Restless Legs Syndrom als mögliche Ursache gedacht werden, insbesondere bei einer abendlichen Beschwerdezunahme.



1. Juni 2021
Machen Sie aktiv mit!

Aktionstag gegen den Schmerz

Schmerzpatienten und Angehörige lernen die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten kennen. Lassen Sie sich beraten:

- beim Besuch eines Schmerzzentrums
- über die kostenlose Experten-Hotline
- über aktuelles Patienteninformations- und Servicematerial der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und ihrer Partner

Wir laden Sie herzlich ein zum 10. bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz!



Experten-Hotline 0800 – 18 18 120

Renommierete Schmerzexperten aus ganz Deutschland beantworten Ihnen am 1. Juni von 9.00 – 18.00 Uhr Ihre Fragen!

Der „Aktionstag gegen den Schmerz“ wird unterstützt von folgenden Organisationen:

- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Schmerzliga e.V.
- Deutsche Schmerzstiftung
- Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)
- UVSD SchmerzLOS e.V.
- MigräneLiga e.V. Deutschland

- CRPS Bundesverband Deutschland e.V. CRPS Netzwerk – gemeinsam stark
- RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung
- DFV e.V. – Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.
- ANOA e.V. – Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken
- MBSR-MBCT Verband e.V.

In Zusammenarbeit mit:

- Deutscher Apothekerverband e.V. (DAV)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. (DBfK)
- Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Schmerzen? Einfach dreifach informieren.

Hilfreiche und verständliche Informationen finden Betroffene bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.



Unsere Flyer



Unsere Homepage



Unser Ratgeber

Unsere Flyer

Informieren Sie sich auf wenigen Seiten im Taschenformat! Die Flyer bieten Ihnen gut lesbare und verständliche Informationen über Schmerzen im Allgemeinen oder über bestimmte Erkrankungen. Sie finden Beschreibungen der typischen Beschwerden, Ursachen, Risikofaktoren, Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten. Die kompakten Informationen sind die richtige Ergänzung zum Gespräch mit der Ärztin oder dem Therapeuten!



Unsere Homepage

Unsere Patienteninformationen zeigen Hilfestellungen und Therapiemöglichkeiten auf, können eine Therapie vorbereiten und eine Ergänzung zur Schmerztherapie sein. Die Seiten wurden von führenden Schmerzexperten in einer verständlichen und ansprechenden Weise verfasst. Sie sind aktuell, neutral und auf dem Stand der Wissenschaft. Auch eine Auswahl an nützlichen Büchern, Links und Selbsthilfeedressen wird vorgestellt.



Unser Ratgeber

Erst das Wissen über Krankheitszusammenhänge ermöglicht dem Betroffenen seine Therapie motiviert und eigenverantwortlich mitzugestalten. Auch Angehörige zeigen mehr Verständnis, wenn sie die Zusammenhänge nachvollziehen können. Das Buch mit über 70 Beiträgen zu Schmerzthemen richtet sich in erster Linie an Betroffene. Aber auch Selbsthilfegruppen und beruflich mit Schmerzpatienten Beschäftigte erhalten hier verständliche Erstinformationen.

