

Online-Presskonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des bundesweiten 15. „Aktionstages gegen den Schmerz“ am 2. Juni 2026

Termin: Dienstag, 2. Juni 2026 von 11 bis 12 Uhr

Einwahllink: <https://events.teams.microsoft.com/event/239061ca-4e0b-4e4a-8245-14aa0d186467@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referentinnen und Referenten

Krankenhausreform: Schmerztherapie vor dem Kollaps?! Warum die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten bedroht ist

Professor Dr. med. Frank Petzke, Göttingen, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Leiter der Abteilung Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Schmerz im Pflegealltag – zwischen Zeitdruck und Verantwortung

Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Kinderkrankenschwester und Betriebswirtin sowie ehemalige Pflegedirektorin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Leben mit Schmerz: wenn der Alltag zur Dauerbelastung wird – multimodale Schmerztherapie als „Gamechanger“

Heike Norda, Vorsitzende der Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e.V., Neumünster

Zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgungsrealität: Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

Professorin Dr. Christiane Hermann, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung (DGPSF) e.V. und Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie & Psychotherapie an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Moderne Schmerztherapie braucht Bewegung – über die Rolle der Physiotherapie in der multimodalen Schmerztherapie

Patrick Przybysz, Schmerzphysiotherapeut und Koordinator an der Schmerzlinik am St. Vinzenz-Hospital in Düsseldorf

Moderation: Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Kontakt für Rückfragen:

Friederike Gehlenborg
Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2026
0711/8931-295
gehlenborg@medizin kommunikation.org

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Thomas Isenberg
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Telefon: 030 39409689-1, Fax: 030 39409689-9
presse@schmerzgesellschaft.de

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



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

PRESSEMITTEILUNG

Aktionstag gegen den Schmerz am 2. Juni 2026

Mehrere Millionen Deutsche mit chronischen Schmerzen – moderne Therapie setzt auf interdisziplinäre Behandlung

Online-PK der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. am 2. Juni 2026: Bewegung und psychologische Begleitung spielen eine zentrale Rolle bei der Therapie

In Deutschland leiden mehrere Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen – also Schmerzen, die länger als drei Monate anhalten. Nur etwa jeder elfte Betroffene erhält jedoch hierzulande eine spezialisierte Versorgung. Anlässlich des 15. „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 2. Juni 2026 macht die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. deshalb bundesweit auf moderne Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam. Auf einer Online-Presskonferenz informieren Expertinnen und Experten am 2. Juni 2026 von 11 bis 12 Uhr über multimodale Therapieansätze und die zentrale Rolle der Psychotherapie und der Physiotherapie in der Schmerztherapie.

Heute gilt Schmerz als weit mehr als ein Warnsignal des Körpers. „Psychische Faktoren, wie die kognitive Bewertung von Schmerz und negative Gefühle, etwa Angst und Hilflosigkeit, können das Schmerzempfinden verstärken – positive Emotionen reduzieren es hingegen“, betont Professorin Dr. Christiane Hermann, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung (DGPSF) e.V. und Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie & Psychotherapie an der Justus-Liebig-Universität Gießen. So leiden Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen häufig auch unter psychischen Störungen wie Angst- und Traumafolgestörungen oder depressiven Störungen. Auch das soziale Umfeld hat einen entscheidenden Einfluss auf das individuelle Schmerzempfinden.

Versorgungssituation in der Schmerzpsychotherapie ist unzureichend

Eine zentrale Rolle in der Behandlung der Betroffenen kommt deshalb der Schmerzpsychotherapie zu – hier herrscht jedoch derzeit in Deutschland eine Versorgungslücke. „Obwohl viele chronische Schmerzpatientinnen und -patienten dringend eine adäquate Behandlung bräuchten, haben viele keinen Zugang dazu – oder die Behandlung erfolgt viel zu spät“, berichtet Hermann. Stationäre Kapazitäten seien knapp – und auch in der ambulanten Versorgung klafft eine Lücke. „Derzeit sind zwar 27.800 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland ambulant tätig, die Wartezeiten für Schmerzpatientinnen und -patienten sind jedoch häufig sehr lang – zumal viele von ihnen nicht schwerpunktmäßig Patientinnen und Patienten mit Schmerzerkrankungen behandeln oder nicht ausreichend für die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen qualifiziert sind“, so die Expertin.

Die Folgen dieser Versorgungslücke sind gravierend: Bei vielen Betroffenen chronifizieren sich die Schmerzen – und ihre Lebensqualität verschlechtert sich deutlich. Viele fallen zudem lange am Arbeitsplatz aus, benötigen teure stationäre Aufenthalte oder verlieren ihren Job gänzlich. „Es ist dringend notwendig, dass wir in Deutschland sowohl stationär als auch ambulant eine ausreichende Versorgungssituation für Schmerzpatientinnen und -patienten sicherstellen“, betont Hermann. „Das kann beispielweise gelingen, indem ausreichend Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine Weiterbildung in spezieller Schmerzpsychotherapie absolvieren.“



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Moderne Schmerzmedizin setzt auf Bewegung

Neben einer ausreichenden psychotherapeutischen Betreuung ist auch eine gezielte physiotherapeutische Behandlung ein Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung. „Bewegung ist bei Schmerzen mehr als Gymnastik – Physiotherapie ist der neurobiologische Schlüssel in der Schmerztherapie“, erklärt Patrick Przybysz, Physiotherapeut, Schmerzphysiotherapeut & Koordinator Physiotherapie, Schmerzklinik am St. Vinzenz-Hospital, Düsseldorf.

Nach Einschätzung des Experten befindet sich die Physiotherapie in einem grundlegenden Wandel: „Patienten und Patientinnen sollen und können eine aktive Rolle in ihrer Therapie einnehmen.“ Therapeutinnen und Therapeuten verstünden sich heute zunehmend als Coaches, die Betroffene aus der Passivität in die Aktivität begleiten und ihnen die Angst vor Bewegung nehmen. „Wir zeigen ganz praktisch: Man darf und sollte sich trotz Schmerzen bewegen“, so Przybysz. Studien zeigen, dass nahezu alle Formen körperlicher Aktivität bei chronischen Schmerzen positive Effekte haben können – entscheidend ist oft vor allem, dass die Bewegung Freude macht und regelmäßig erfolgt.

Multimodale Therapieansätze ermöglichen beste Behandlungserfolge

Die besten Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie haben Schmerzpatientinnen und -patienten dann, wenn multimodale Therapiekonzepte zum Einsatz kommen. In spezialisierten Schmerzkliniken arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen interdisziplinär zusammen – darunter Medizin, Psychologie, Pflege und Physiotherapie. „Das ist ein Setting, das im ambulanten Bereich so kaum realisierbar ist, aber für den Therapieerfolg unerlässlich bleibt“, so Przybysz. Das zentrale Therapieziel sei es, Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu behandeln und ihnen Wege zu mehr Lebensqualität und Selbstständigkeit aufzuzeigen.

Kostenfreie Experten-Hotline zum Aktionstag

An dem 15. „Aktionstag gegen den Schmerz“ informieren bundesweit Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegeeinrichtungen sowie Patientinnen- und Patientenorganisationen über aktuelle Erkenntnisse und Therapiewege in der Schmerzmedizin. Patientinnen und Patienten können sich für Fragen zur Schmerztherapie von 9:00 bis 18:00 Uhr über die kostenfreie Hotline unter **0800 – 18 18 120** an die Expertinnen und Experten wenden.

Homepage zum 15. Aktionstag gegen den Schmerz

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

Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

<https://www.schmerzgesellschaft.de/>



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit über 3500 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 Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sind interdisziplinär und interprofessionell aufgestellt und bestehen aus Schmerzexpertinnen und -experten aus Praxis, Klinik, Psychologie, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforscherinnen und -forschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

****Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.****

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2026
Friederike Gehlenborg
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-295
E-Mail: gehlenborg@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

PRESSEMITTEILUNG

Aktionstag gegen den Schmerz am 2. Juni 2026

„Rote Karte“ für gesundheitspolitische Reformen – Versorgung von Millionen Schmerzpatientinnen und -patienten massiv gefährdet

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. warnt anlässlich des 15. Aktionstages gegen den Schmerz vor Einsparungen. Schmerzmedizin bedroht!

Die Versorgung von Millionen chronisch schmerzkranker Menschen ist in Deutschland in Zukunft massiv gefährdet – warnt die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des 15. „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 2. Juni 2026. Hintergrund sind die geplanten gesundheitspolitischen Reformen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nach Einschätzung der Fachgesellschaft stellen die vorgesehenen Sparmaßnahmen insbesondere für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie eine Bedrohung dar, die schon jetzt auf wackeligen Füßen steht. Auf dieses Problem machen Experten der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. auf einer Online-Presskonferenz aufmerksam, die am 2. Juni von 11 bis 12 Uhr stattfindet. [Hier](#) können Sie sich für die Online-Presskonferenz am 2. Juni 2026 von 11 bis 12 Uhr anmelden.

„Beitragssatzstabilität darf nicht zu Lasten von Millionen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten erkaufte werden“, betont Frank Petzke, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sowie Leiter der Abteilung Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Göttingen.

„Es liegt auf der Hand, dass die geplanten Einsparungen beispielsweise im Krankenhausbereich auch auf Einsparungen beim Personal hinauslaufen – das ist für die interdisziplinäre Versorgung der Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen besonders problematisch.“ Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegenden sowie Fachpersonal aus Physio-, Ergo- und Sporttherapie und Sozialdienst müssten eng zusammenwirken, um den besonderen Bedürfnissen von Schmerzpatientinnen und -patienten gerecht werden zu können.

„Krankenhausökonomisch betrachtet ist die multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie das schwächste Glied in der Klinik: mit keinem Potenzial auf hohe Rendite und ohne Luft zur Effizienzsteigerung durch kürzere Behandlung von mehr Patienten. Dafür erhalten diese Betroffenen aber eine notwendige personal- und zeitintensive therapeutische Zuwendung – deren Abbau wäre fatal“, erläutert Schmerzgesellschaftspräsident Prof. Dr. Frank Petzke.

Arbeitsunfähigkeit, Depressionen, Angstzustände und ein erhöhter Pflegebedarf drohen

Zu späte Diagnosen bei Patientinnen und Patienten, ein zu später Behandlungsbeginn sowie eine zu späte multimodale Versorgung könnten zur Chronifizierung der Krankheitslast führen. „Die möglichen Folgen für Schmerzpatientinnen und -patienten sind dramatisch“, mahnt Petzke. „Sie reichen von Arbeitsunfähigkeit über Depressionen bis hin zu starken Ängsten und einem erhöhten Pflegebedarf.“ Das sei auch unter ökonomischen Gesichtspunkten problematisch, da diese Entwicklungen im Endeffekt zu deutlich höheren Folgekosten für das Gesundheitssystem führen.

22 Prozent der Kliniken mit einer Schmerzfachabteilung sind bereits jetzt gefährdet

Bereits heute ist die Versorgungslage angespannt: In Deutschland gibt es mehrere Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen – viele von ihnen warten oft jahrelang auf eine spezialisierte Behandlung, vielerorts fehlen wohnortnahe Angebote. Nach Angaben der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sind bereits jetzt 22 Prozent der Standorte in ihrer Existenz gefährdet, die 44 Prozent der Fälle der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie versorgen.

Auch steigende Eigenbeteiligungen – die im Zuge der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen geplant sind – können chronisch kranke Menschen besonders hart treffen. Viele Schmerzpatientinnen und -patienten seien dauerhaft auf Medikamente, Heilmittel, Fahrkosten oder Rehabilitationsangebote angewiesen. Höhere finanzielle Belastungen könnten notwendige Therapien gefährden.

Zudem ständen auch eine qualitativ hochwertige Schmerzforschung sowie fachbezogene Weiterbildung durch die jüngsten gesundheitspolitischen Pläne auf wackeligen Füßen. „Durch die geplante Reform kann die Finanzierung von stationären Aus- und Weiterbildungsstätten in Zukunft nicht mehr ausreichend gesichert sein, was zukunftsweisende und sektorenübergreifende Versorgungsideen massiv einschränkt“, betont Petzke. „Einer Politik, die so stark auf Kosten von Patientinnen und Patienten geht, zeigen wir die rote Karte.“

Hintergrund

15. Aktionstag gegen den Schmerz am 2. Juni 2026

Am 15. „Aktionstag gegen den Schmerz“ informieren bundesweit Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Apotheker, Pflegeeinrichtungen sowie Patientinnen- und Patientenorganisationen über aktuelle Erkenntnisse und Therapiewege in der Schmerzmedizin. Patientinnen und Patienten können sich für Fragen zur Schmerztherapie von 9:00 bis 18:00 Uhr über die kostenfreie Hotline unter **0800 – 18 18 120** an die Expertinnen und Experten wenden.

Homepage zum 15. Aktionstag gegen den Schmerz

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

Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

<https://www.schmerzgesellschaft.de/>



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit über 3500 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 Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sind interdisziplinär und interprofessionell aufgestellt und bestehen aus Schmerzexpertinnen und -experten aus Praxis, Klinik, Psychologie, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforscherinnen und -forschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

****Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.****

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2026
Friederike Gehlenborg
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-295
E-Mail: gehlenborg@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

Krankenhausreform: Schmerztherapie vor dem Kollaps?! Warum die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten bedroht ist

Professor Dr. med. Frank Petzke, Göttingen

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft und Leiter der Abteilung Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich begrüße Sie als Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und freue mich, dass Sie an unserer heutigen Pressekonferenz anlässlich des diesjährigen bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“ teilnehmen.

Lassen Sie mich zunächst mit einem tagespolitischen, zentralen Thema starten: Der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes droht die Schmerzmedizin an ihrer empfindlichsten Stelle zu treffen: bei Zeit, Zugang und Kontinuität. Deshalb gleich hier, zu Beginn unserer Pressekonferenz, meine zentralen Aussagen:

Beitragssatzstabilität darf nicht zu Lasten von Millionen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten erkaufte werden.

- Das GKV-Sparpaket sieht vor, die Gesamtausgaben für die Krankenhausversorgung zu deckeln. Dies wird aufgrund der zukünftig durch verschiedene Maßnahmen verminderten Erlössituation nur über Einsparungen möglich sein. Das ist schlecht für die Schmerztherapie, denn die Kliniken werden gezwungen sein, zuerst diejenigen Bereiche abzubauen, die für ein humanes und patientenorientiertes Gesundheitswesen stehen.
- Dass diese Einsparungen auch auf eine Reduktion von Personal hinauslaufen, ist für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie besonders problematisch, denn sie ist nur personalintensiv sinnvoll und wirksam: Ärztinnen und Ärzte, Psychologie, Pflege, Physio-, Ergo- und Sporttherapie und Sozialdienst müssen zusammenwirken. Wenn Personalkosten, Tarifsteigerungen und Strukturkosten nicht ausreichend refinanziert werden, geraten gerade kleinere spezialisierte Einheiten unter Druck.
- **Krankenhausökonomisch betrachtet ist die multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie das schwächste Glied in der Klinik: mit keinem Potenzial auf hohe Rendite und ohne Luft zur Effizienzsteigerung durch kürzere Behandlung von mehr Patienten. Dafür erhalten die Betroffenen aber eine notwendige personal- und zeitintensive therapeutische Zuwendung – deren Abbau wäre fatal.**

- **Der durch das „GKV-Sparpaket“ erzeugte Spardeckel gefährdet den Fortbestand dringend benötigter Einrichtungen.** Denn für die verbleibende schmerzmedizinische Versorgung in der Klinik heißt das: Mehr Bedarf, mehr ältere Patientinnen und Patienten, mehr Chronifizierung und mehr Komplexität treffen auf gedeckelte Budgets mit weniger Personal – eine Abwärtsspirale für die Schmerztherapie im Krankenhaus mit spürbaren Folgen für die Betroffenen.
- Aber nicht nur als sinnvolle Behandlungsdauer ist Zeit in der Schmerzmedizin ein zentraler Faktor. Wer zu spät diagnostiziert, zu spät erstbehandelt oder zu spät multimodal versorgt wird, riskiert Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit, Depression, Angst, Pflegebedarf oder stationäre Eskalation und erst recht massiv steigende Folgekosten. Damit würde eine kurzfristige Beitragssatzstabilisierung langfristig teurer: für Patientinnen und Patienten, Krankenkassen, Arbeitgeber; Rentenversicherung und Gesellschaft zahlen die Kosten.

Schon beim jüngst **zum Jahresbeginn verabschiedeten Krankenhausreform-
anpassungsgesetz (KHAG) hat die Politik es aktiv versäumt**, die besonderen Anforderungen der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie zu sichern, **eine spezifische Leistungsgruppe ist nicht eingeführt worden**. Das GKV-Sparpaket kommt nun als weitere Härte zu einem ohnehin angespannten Kontext hinzu: Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. hatte bereits im Zusammenhang mit der Krankenhausreform gewarnt, dass 22 Prozent der Standorte, die 44 Prozent der Fälle der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie behandeln, gefährdet sind. Jetzt wird die Situation weiter verschärft, statt notwendige Stabilität zu schaffen und das Aufrechterhalten einer flächendeckenden Versorgung chronisch Schmerzkranker zu sichern. Durch den Wegfall von stationären Aus- und Weiterbildungsstätten ist auch die zukünftige ambulante Versorgung unmittelbar betroffen und damit auch das Potential für zusätzliche innovative, zukunftsweisende und sektorenübergreifende Versorgungsideen.

Einer Politik auf Kosten von Patienten zeigen wir die rote Karte. Deswegen von mir dieser Einstieg in unsere heutige Pressekonferenz zum bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz.

Aus Patientensicht, aber auch von meinen therapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen werden Sie gleich sicherlich noch weitere wichtige, auch tagespolitische Aussagen hören.

Doch auch meinerseits möchte ich nicht verschweigen: Die vom Gesetzgeber ebenfalls vorgesehenen höheren Zuzahlungen von Patienten treffen chronisch Kranke besonders. Zwar soll die Belastungsgrenze für chronisch kranke Menschen bei 1 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens bleiben, aber:

Für viele Schmerzpatientinnen und -patienten, die dauerhaft Arzneimittel, Heilmittel, Fahrkosten, Reha- oder Hilfsangebote benötigen, bedeutet das: mehr finanzielle Hürden und höhere Abbruchrisiken, gerade bei Menschen mit niedrigen Einkommen, Erwerbsminderung oder langer Krankheitsgeschichte.

Lassen Sie mich Ihnen noch anhand einiger Zahlen und Beispiele verdeutlichen, wie relevant das gesundheitliche Problem Schmerz ist, mit dem wir in der Versorgung konfrontiert sind und das wir zu lösen versuchen:

- Mehrere Millionen Deutsche berichten über chronische Schmerzen. Von chronischen Schmerzen sprechen wir in der Regel, wenn ein Schmerzzustand länger als drei Monate andauert. Tatsächlich leiden viele Schmerzpatienten jahrelang unter Schmerzen.
- Ein wesentliches Kriterium für die Auswirkungen chronischer Schmerzen im Alltag ist die resultierende körperliche Beeinträchtigung. Berücksichtigt man den Schweregrad der Schmerzen als „Messlatte“, so erfüllen 6 Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, stark bis sehr stark beeinträchtigenden Schmerzes.
- Es gibt noch eine weitere Stufe: Sind Schmerzen mit starker körperlicher Beeinträchtigung auch noch mit signifikanten psychischen und sozialen Beeinträchtigungen assoziiert, liegt meist eine sogenannte Schmerzkrankheit vor: Der Schmerz ist zum alles bestimmenden Faktor im Leben Betroffener geworden. An einer solchen Schmerzkrankheit leiden rund 2,2 Millionen Deutsche.

Ziel des jährlichen „Aktionstags gegen den Schmerz“, den wir zusammen mit unseren Partnerorganisationen jährlich ausrichten, ist es einerseits, öffentlich „den Finger in die Wunde zu legen“ und die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgung bei Schmerzen deutlich zu machen, und andererseits, Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen:

- Ganztägig ist eine bundesweite Patiententelefonhotline (Telefon: 0800 1818120) geschaltet: Über den ganzen Tag stehen parallel auf 10 internen Leitungen Schmerzexperten Rede und Antwort. Insgesamt arbeiten über 100 Schmerzexperten ehrenamtlich an der Hotline mit. So können über 3.000 Schmerzpatienten oder deren Angehörige wertvolle Tipps und Orientierung zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten.
- Rund 150 mitwirkende Kliniken und Praxen öffnen heute ihre Tür. An vielen Orten finden extra Patientenveranstaltungen mit Tipps oder auch Vorträgen statt. Alle sind zudem aktiv in der regionalen Presse- und Medienarbeit und weisen auf ihre Angebote hin.
- Die mitwirkenden Einrichtungen verteilen kostenlos rund 70.000 Patientenflyer mit direkten Tipps der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. zu Schmerzthemen. Diese finden Sie auch auf unserer Homepage unter <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen>
- Mit unserer zentralen Pressekonferenz sowie breiten regionalen Medienarbeit schaffen wir bundesweite Medienresonanz und Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit.

**Aktuelle Daten zur Versorgungslage ohne die oben genannten ungünstigen
Entwicklungen zeigen bereits:**

- Oftmals dauert es mehrere Jahre, bis Schmerzpatienten in eine spezialisierte und für sie indizierte fachliche Versorgung überwiesen werden.
- Spezialisierte schmerzmedizinische Angebote sind in Deutschland aber nicht ausreichend vorhanden und oft nicht erreichbar – Millionen Schmerzpatientinnen und -patienten haben entsprechend überhaupt keinen oder keinen zeitlich angemessenen Zugang zu einer ausreichenden Versorgung.
- Insbesondere multimodal und interdisziplinär ausgerichtete Therapieeinrichtungen sind für bis zu über die Hälfte der Betroffenen de facto von ihrem Wohnort aus nicht zu erreichen.

Eine klare Perspektive zur Sicherung der zukünftigen schmerztherapeutischen Krankenhausversorgung ist in den aktuellen Reformen nicht nachvollziehbar, im Gegenteil: Wie oben dargelegt drohen die Versorgungsstrukturen gerade in der Kombination des KHAG mit den Vorschlägen des aktuellen „GKV-Sparpakets“ noch weiter ausgedünnt oder gar zerschlagen zu werden. Auf Kosten der Versorgung chronisch Schmerzkranker.

Lassen Sie uns das gerne auch in Ihren Nachfragen thematisieren.

*Online-Presskonferenz anlässlich des 15. Aktionstags gegen den Schmerz
Dienstag, 2. Juni 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr*

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Juni 2026

STATEMENT

Schmerz im Pflegealltag – zwischen Zeitdruck und Verantwortung

Vera Lux

Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK),
Kinderkrankenschwester und Betriebswirtin sowie ehemalige Pflegedirektorin an der
Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Schmerz ist eines der häufigsten und zugleich am meisten unterschätzten Gesundheitsprobleme in unserem Versorgungssystem. Für die betroffenen Menschen bedeutet Schmerz nicht nur körperliches Leiden, sondern oft auch den Verlust von Lebensqualität, Selbstständigkeit und Würde. Und genau hier steht die Pflege im Zentrum: Pflegefachpersonen sind diejenigen, die Schmerzen erkennen, einschätzen und täglich mit den Patientinnen und Patienten daran arbeiten, sie zu lindern.

Doch der Pflegealltag ist geprägt von einem Spannungsfeld: auf der einen Seite ein hoher Zeitdruck, Personalmangel und strukturelle Defizite – auf der anderen Seite eine enorme fachliche und ethische Verantwortung. Schmerzmanagement ist jedoch keine Nebenaufgabe. Es ist eine gesetzlich verankerte Kernaufgabe professioneller Pflege. Pflegefachpersonen tragen die Verantwortung für die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs, für die Steuerung des Pflegeprozesses und die Sicherung der Versorgungsqualität. Das gilt ausdrücklich auch für das Schmerzmanagement. Diese Aufgaben sind nicht delegierbar – sie sind sogenannte Vorbehaltsaufgaben. Das bedeutet: Gute Schmerzversorgung steht und fällt mit gut qualifizierter Pflege.

Und dennoch erleben wir in der Praxis etwas anderes: Pflegefachpersonen haben oft nicht die Zeit, Schmerz systematisch zu erfassen. Komplexe Schmerzsituationen bleiben unzureichend bewertet. Nicht medikamentöse Maßnahmen, die nachweislich wirksam sind, kommen zu kurz. Und Patientinnen und Patienten bleiben mit ihren Schmerzen zu häufig allein.

Besonders deutlich zeigt sich dies bei chronischen oder komplexen Schmerzen. Hier reicht allgemeines Wissen nicht aus. Auch der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ zeigt klar: Es braucht spezialisierte Kompetenzen. Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung in Spezieller Schmerzpflege übernehmen eine Schlüsselrolle – sie verbinden wissenschaftliche Erkenntnisse mit praktischer Versorgung, sie koordinieren interprofessionelle Zusammenarbeit und sichern Qualität. Diese Expertise ist vorhanden. Aber sie ist noch nicht flächendeckend strukturell verankert.

Diese ohnehin angespannte Situation droht sich durch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen weiter zu verschärfen:

Die geplanten Sparmaßnahmen der Bundesregierung beziehungsweise des Bundesministeriums für Gesundheit gefährden die Sicherstellung der Versorgung.

Wenn das Pflegebudget im Krankenhausbereich gedeckelt wird und tarifliche Vergütungen für Pflegefachpersonen nur noch anteilig refinanziert werden, wird dies unweigerlich zu weniger Pflegepersonal führen. Weniger Personal bedeutet weniger Zeit für die pflegerische Versorgung – und damit auch weniger Zeit für eine qualitativ hochwertige Schmerzversorgung. Die Auswirkungen treffen insbesondere Menschen mit akuten, chronischen oder komplexen Schmerzen.

Gleichzeitig sollen entlastende Maßnahmen nicht mehr ausreichend finanziert werden.

In der Folge werden Pflegefachpersonen wieder verstärkt pflegefremde Tätigkeiten übernehmen müssen – etwa logistische Aufgaben, Essensverteilung oder organisatorische Aufgaben. Diese Entwicklung bindet wertvolle Zeitressourcen, die dann für die eigentliche pflegerische Kernaufgabe fehlen. Gerade im Schmerzmanagement, das von kontinuierlicher Beobachtung, Kommunikation und individueller Anpassung lebt, führt dies zu erheblichen Qualitätsverlusten.

Hinzu kommt ein steigender Versorgungsbedarf bei gleichzeitig wachsender Komplexität.

Medizinischer Fortschritt ermöglicht immer differenziertere Behandlungen, gleichzeitig nimmt durch die demografische Entwicklung die Zahl älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen zu. Auch die Zahl der Menschen mit chronischen und komplexen Schmerzsyndromen wächst. Vor diesem Hintergrund ist es widersprüchlich, eine Verbesserung der Versorgung zu fordern und gleichzeitig erhebliche Einsparungen im Gesundheitssystem umzusetzen. Diese Diskrepanz geht zu Lasten der Schwächsten – der Patientinnen und Patienten sowie der Bewohnerinnen und Bewohner, die auf professionelle Pflege angewiesen sind.

Deshalb bestehen weiterhin klare Forderungen:

- » die konsequente Umsetzung und Anerkennung pflegerischer Vorbehaltsaufgaben
- » die nationale Implementierung entsprechender Qualifikationsstandards
- » die Einbindung spezialisierter Schmerzpflege in allen Versorgungsbereichen
- » die Sicherstellung ausreichender personeller und organisatorischer Ressourcen
- » die Finanzierung entlastender Maßnahmen, um Pflege auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren

Es geht hier nicht um zusätzliche Aufgaben für Pflege – es geht um die Anerkennung dessen, was Pflege längst leistet und leisten muss. Wenn wir über Zeitdruck im Pflegealltag sprechen, dürfen wir nicht akzeptieren, dass dieser auf Kosten von Menschen mit Schmerzen geht. Schmerz darf kein „Nebenbefund“ sein, der im Alltag untergeht. Eine gute Schmerzversorgung ist ein Qualitätsmerkmal eines funktionierenden Gesundheitssystems. Und sie ist eine Frage der Menschenwürde.

Deshalb braucht es politische Entscheidungen, die Pflege stärken – strukturell, personell und fachlich. Denn eines ist klar: ohne Pflege keine wirksame Schmerztherapie.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2026

STATEMENT

Leben mit Schmerz: wenn der Alltag zur Dauerbelastung wird – multimodale Schmerztherapie als „Gamechanger“

Heike Norda

Vorsitzende der Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e.V., Neumünster

In Deutschland leiden viele Menschen unter chronischen Schmerzen. Laut einer Umfrage aus dem Jahr 2014 ist etwa ein Viertel der Deutschen von anhaltenden oder wiederkehrenden, nicht tumorbedingten Schmerzen betroffen. Etwa 7 Prozent fühlen sich durch Schmerzen in ihren Alltagstätigkeiten beeinträchtigt, während etwa 2,8 Prozent der deutschen Bevölkerung an einer Schmerzkrankheit mit biopsychosozialen Komponenten leiden (Häuser et al., 2014).

Im Alltag fühlen sich viele Menschen mit chronischen Schmerzen stigmatisiert, auch weil Schmerzen oft für andere Menschen nicht sichtbar sind. Mir ist das auch viele Jahre so gegangen. Nach einem Fahrradunfall vor etwa 40 Jahren wurde bei einer folgenden Operation ein Nerv bei mir geschädigt. Dieser verursachte massive Schmerzen und weitere Symptome. Beispielsweise schießt der Schmerz manchmal so heftig in mein Bein ein, dass ich die Kontrolle verliere und stürze. Von etlichen Ärzten wurde ich nicht ernst genommen, obwohl sich ein CRPS entwickelte, ein komplexes regionales Schmerzsyndrom. Damals kannten viele Mediziner diese Erkrankung nicht. Gefühlt jahrelang war ich auf der Suche nach einer dauerhaft wirksamen Behandlung. „Zufällig“ fand ich in einer Zeitschrift eine Anzeige einer Schmerzlinik in Hessen. Dort wurde ich mit einer IMST, der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, behandelt. Bis dahin war es mir ganz neu, dass mehrere Berufsgruppen gemeinsam mit dem Patienten arbeiteten, sich gemeinsam abstimmten und so „eine Sprache“ sprachen. Ich fühlte mich ernst genommen und gleichzeitig „richtig“ behandelt. Es ist nicht so, dass ich nach der stationären Behandlung keine Schmerzen mehr habe. Mit mir zusammen wurden realistische Therapieziele erarbeitet. Ich dachte immer, dass das Ziel die Schmerzfreiheit sein müsste. Durch die Gespräche in der Fachklinik konnte ich lernen zu akzeptieren, dass ich immer Schmerzen haben werde. Ich lernte aber auch, besser damit umzugehen. Für mich ist es wichtig, dass ich Strategien vermittelt bekam, selbst etwas gegen die Schmerzen tun zu können. Durch die wachsende Akzeptanz und durch viel Wissen, das uns über unsere Erkrankung vermittelt wurde, konnte ich seelische Entlastung erfahren. So wurden auch viele Energien frei, die ich vorher in ein negatives Krankheitsmodell gesteckt hatte.

Auch am Arbeitsplatz musste ich immer wieder mit den Vorurteilen einiger Kollegen umgehen, die meinten, dass man meine Schmerzen nicht sehen würde und teilweise schlecht über mich redeten, wenn ich mich krank melden musste. Im Laufe meiner Entwicklung nach dem stationären Aufenthalt habe ich gelernt, mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit meiner Erkrankung zu entwickeln und besser für mich einzutreten. Immerhin konnte ich auch meinen Beruf bis über das 60. Lebensjahr hinaus ausüben.

Für mich war es ganz wichtig, dass ich in der Klinik an einem Treffen einer Selbsthilfegruppe teilnehmen konnte. Diese wurde nicht von der Klinik angeleitet, sondern es wurden nur Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Das hat mir so gutgetan, dass ich zurück zu Hause eine Selbsthilfegruppe für Betroffene gegründet habe, weil es eine solche Gruppe bis dahin an meinem Wohnort Neumünster nicht gab. Es stellte sich in der neuen Gruppe schnell heraus, dass viele Betroffene schlecht versorgt sind. Bis dahin gab es keine ambulante Schmerztherapie vor Ort. Wir als Selbsthilfegruppe haben dann dafür gekämpft, dass ein Arzt aus dem örtlichen Krankenhaus, der bereits die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ hatte, von der Kassenärztlichen Vereinigung die „Ermächtigung“ zur Behandlung von Schmerzpatienten erhielt.

Daraus folgte dann wieder einige Jahre später die Gründung des Vereins Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland. Wir arbeiten schon lange eng mit der Deutschen Schmerzgesellschaft zusammen. So kam es dazu, dass ich sogar Mitherausgeberin des Buches „Schmerz – eine Herausforderung“ wurde, das 2026 in einer völlig neu bearbeiteten Auflage im Springer-Verlag erschienen ist.

Zusammen mit anderen Betroffenen aus anderen Patientenorganisationen, mit denen ich im Arbeitskreis Patientenorganisationen der Deutschen Schmerzgesellschaft arbeite, bin ich der Meinung, dass keinem Betroffenen mit chronischen Schmerzen eine solche IMST vorenthalten werden darf. Die Wartezeiten für eine solch adäquate Behandlung dürfen unserer Meinung nach nicht länger als 4 Wochen sein. Ansonsten leistet man der Chronifizierung Vorschub. Betroffene Patienten leiden unnötig lange und verursachen der Volkswirtschaft hohe Kosten durch die häufige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Arbeitsunfähigkeit, vorzeitigen Renteneintritt und mehr. Die Politik muss gemeinsam mit den Betroffenen und den Schmerztherapeuten jeglicher Berufsgruppen zusammenarbeiten, damit das Leid der Betroffenen gelindert und adäquate Behandlungen ermöglicht werden können. Es darf nicht sein, dass Betroffene „zufällig“ eine Behandlungsmöglichkeit finden (müssen).

Ebenso kritisieren wir, dass die Gesundheitsreform dazu führen wird, dass bei der Verordnung bestimmter Arzneimittel für Migränepatienten, nämlich CGRP-Antikörper oder Gepante, die Ärzte künftig verpflichtet sein könnten, ein Medikament aus rein wirtschaftlichen Erwägungen auszuwählen. Wir fordern gemeinsam mit Fachverbänden, den Zugang zu diesen hochwirksamen Medikamenten nicht einzuschränken und weiterhin die gesamte Auswahl verordnungsfähig zu lassen.

Literatur:

Isenberg, Thomas; Norda, Heike; von Wachter, Martin: Schmerz – eine Herausforderung. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Springer 2026

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2026

STATEMENT

Zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgungsrealität: Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

Professorin Dr. Christiane Hermann

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung (DGPSF) e.V. und Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie & Psychotherapie an der Justus-Liebig-Universität Gießen

1. Chronische Schmerzen sind häufig:

- In Deutschland leiden mehrere Millionen Menschen an chronischen Schmerzen.
- Nur etwa jeder elfte Betroffene erhält eine spezialisierte Versorgung.

2. Chronische Schmerzen sind kein rein somatisches Problem, sondern sind biopsychosozial zu verstehen und sind deshalb interdisziplinär (möglichst frühzeitig) zu behandeln:

- Psychische Faktoren wie die kognitive Bewertung von Schmerz (zum Beispiel Katastrophisieren oder Durchhalteappelle), negative Gefühle (zum Beispiel Angst, Hilflosigkeit, Ärger) und positive Gefühle (zum Beispiel gute Stimmung, Vorfreude) beeinflussen das Schmerzempfinden.
- Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen leiden häufig auch unter psychischen Störungen wie Angststörungen, Traumafolgestörungen oder depressiven Störungen.
- Schmerzen hat man nicht allein: Soziales Umfeld und soziale Beziehungen modulieren das Schmerzempfinden und den Umgang mit Schmerzen.
- Psychosoziale Faktoren sind wichtige Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerz.

3. Versorgungssituation in Deutschland – strukturelle Defizite im Bereich Schmerzpsychotherapie

- Schmerzpsychotherapie wird vor allem in (teil-)stationären interdisziplinären Settings angeboten.
- Ambulant zwar 27.800 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland tätig, allerdings sind die Wartezeiten lang; die Mehrheit der Psychotherapeutinnen und -therapeuten behandelt nicht schwerpunktmäßig Patientinnen und Patienten mit Schmerzerkrankungen und/oder diese sind nicht speziell für die Behandlung von chronischen Schmerzerkrankungen qualifiziert.

- Fazit: Die allermeisten Patientinnen und Patienten haben keinen Zugang zu (schmerz)psychotherapeutischen Angeboten oder häufig auch erst spät.
- Herausforderung: Sicherstellung (sowohl für [teil-]stationäre IMST als auch ambulante Versorgung) ausreichender Zahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Weiterbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie, insbesondere unter den neuen Rahmenbedingungen, das heißt Weiterbildung Schmerzpsychotherapie erst im Anschluss an fünfjährige Gebietsweiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeuten/in möglich.

4. Folgen der Versorgungslücke

- Chronifizierung und Verschlechterung der Lebensqualität von Betroffenen
- Hohe volkswirtschaftliche Kosten (stationäre Aufenthalte, Arbeitsausfall, Frühverrentung)
- Überversorgung mit Medikamenten (z. B. Analgetika) und/oder operativen/interventionellen Maßnahmen bei gleichzeitiger Unterversorgung psychosozial

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Gießen, Juni 2026

STATEMENT

Moderne Schmerztherapie braucht Bewegung – über die Rolle der Physiotherapie in der multimodalen Schmerztherapie

Patrick Przybysz

Schmerzphysiotherapeut und Koordinator an der Schmerzlinik am St. Vinzenz-Hospital in Düsseldorf

Bewegung ist mehr als Gymnastik: der neurobiologische Schlüssel in der Schmerztherapie

Wie bereits eindrucksvoll dargelegt wurde, ist Schmerz weit mehr als ein bloßes Warnsignal für eine Gewebeschädigung. Die moderne Wissenschaft versteht Schmerz als multidimensionales Erlebnis (biopsychosoziales Modell). Lange Zeit haben wir den Fehler gemacht, hochkomplexe Schmerzbilder auf rein biomedizinische Erklärungen zu degradieren. Die aktuelle Datenlage zeigt uns heute jedoch sehr klar die Grenzen dieses mechanischen Reparatur-Ansatzes auf.

Die Rolle der Physiotherapie: vom Behandler zum Coach

Unsere Kernaufgabe als Physiotherapeuten wandelt sich in der modernen Schmerztherapie generell stark in Richtung einer Coaching-Rolle. Ein Anspruch, der sowohl für die ambulante Praxis als auch für die Klinik gelten sollte. Wir verabschieden uns als Berufsstand zunehmend von dem passiven Ansatz „Ich heile dich“ und sagen stattdessen: „Ich zeige dir, wie du selbst aktiv werden kannst.“ So wird die Patientin/der Patient dazu befähigt, konsequent eine aktive Rolle in ihrer/seiner Therapie einzunehmen. Bei uns in der multimodalen Schmerzlinik haben wir dabei den großen Vorteil, dass diese Haltung von unserem gesamten interdisziplinären Team gemeinsam getragen und verstärkt wird.

Wir bringen Patientinnen und Patienten in die Aktivität und zeigen ihnen ganz praktisch: Man darf und sollte sich trotz Schmerzen bewegen. Dabei geht es oft primär darum, tief verankerte Glaubenssätze herauszufinden und diese behutsam herauszufordern. Gut gemeinte Ratschläge aus alten Rückenschulen wie „Achte immer auf deine Haltung!“ oder rein biomechanische Erklärungen wie „Du hast zu wenig Muskulatur“ oder „Du bist zu unbeweglich“ können potenziell schädlich sein, da sie die Angst vor Bewegung schüren. Genau hier setzt Kohärenz an: Die Patientin/der Patient muss zwingend verstehen, warum wir aktivieren und dass sein Körper robust ist.

Kapazität und Spaß: warum es oft egal ist, was man macht

Zahlreiche Studien zeigen: Bei chronischen Schmerzen haben fast alle Formen der Bewegung positive, unspezifische Effekte (wie zum Beispiel die Aktivierung der körpereigenen Schmerzhemmung). Für den Alltag bedeutet das: Es ist oftmals egal, was man macht. Die Patientin/der Patient soll sich die Aktivität herausuchen, die ihr/ihm Spaß macht.

Lediglich bei sehr bewegungsspezifischen Schmerzen setzen wir gezielt an bestimmten Strukturen an. Wichtig dabei zu verstehen: Der limitierende Faktor bei diesen Aktivitäten ist fast immer der Schmerz selbst und höchst selten die tatsächliche Muskulatur oder Flexibilität. Deshalb arbeiten wir gezielt an der Erhöhung der physiologischen Toleranzgrenze und Kapazität für diese Belastungen und nicht per se an einer reinen Kraftsteigerung oder Beweglichkeitserweiterung. Auch hier zeigt die Evidenz, dass Beweglichkeit oder Kraft allein nicht zwangsläufig mit dem Schmerzniveau korreliert.

Edukation als Schlüssel: warum Bewegung allein oft nur kurzfristig wirkt

Untersuchungen belegen, dass die Kombination aus Bewegung und fundierter Schmerzedukation am besten funktioniert. Ein reines Bewegungsprogramm wirkt oft nur kurzfristig, wenn das tiefere Verständnis dahinter fehlt. Das erleben wir in der Praxis immer wieder deutlich, wenn wir unsere Patientinnen und Patienten nach drei Monaten für einen „Booster-Tag“ wieder einbestellen. Auch wenn das Feedback der Patientinnen und Patienten oft lautet, dass „die Bewegung gutgetan habe“, zeigen die Verläufe: Die Edukation macht am Ende den nachhaltigen Unterschied.

Mithilfe von Fragebögen ermitteln wir beispielsweise die Kinesiophobie (die Angst vor Bewegung). Die Datenlage zeigt: Patientinnen und Patienten, die wir mit hohen Angst-Werten entlassen, entwickeln sich potenziell schlechter als Personen, die ihre Ängste abbauen konnten. Ein tiefgreifendes Verständnis für die eigenen Schmerzmechanismen ist daher unverzichtbar für einen langfristigen Erfolg.

Der Vorteil der multimodalen Klinik: eine gemeinsame Sprache

Hier liegt der immense Vorteil einer multimodalen Schmerzklinik: Unser gesamtes Team aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen sowie Therapeutinnen und Therapeuten spricht dieselbe Sprache. Das Herausfordern von negativen Überzeugungen funktioniert so viel besser, da widersprüchliche Aussagen vermieden werden. Zudem haben wir für die Edukation spezielle, wöchentliche Unterrichtseinheiten fest etabliert. Ein Setting, das im ambulanten Bereich so kaum realisierbar ist, aber für den Therapieerfolg unerlässlich bleibt.

Fazit: Moderne Schmerztherapie bedeutet, den Menschen in seiner Ganzheit zu sehen. Bewegung ist dabei kein rein mechanisches Werkzeug, sondern ein mächtiger Reiz. Aber erst wenn wir Bewegung mit Wissen koppeln und die Patientinnen und Patienten aktiv in die Verantwortung coachen, wird die Therapie wirklich erfolgreich.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, Juni 2026



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Anhang

Übersicht unserer Social Media-Kanäle

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/36929478/admin/page-posts/published/>

Instagram:

https://www.instagram.com/deutscheschmerzgesellschaft?utm_source=ig_web_button_share_sheet&igsh=ZDNIZDc0MzIxNw==

Facebook: <https://www.facebook.com/Schmerzgesellschaft>

Youtube: https://youtube.com/@deutscheschmerzgesellschaft2027?si=nY_DxgJoFf5f8zS

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: T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.) 2025: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e. V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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.



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 Fehllhaltung 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).

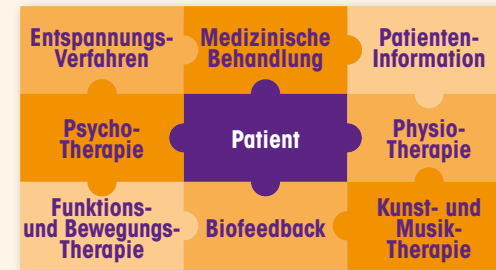


Abb. 2 ©AK Patienteninformation (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

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: T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.)
2025: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
 Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
 Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e.V.)
 Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
 Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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-



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.

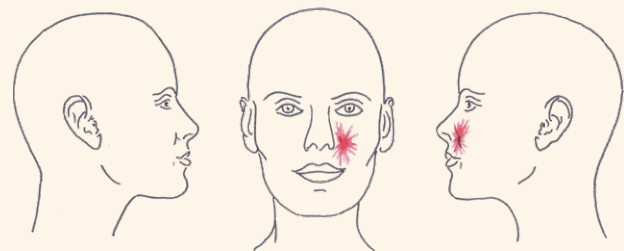


Abb.: Beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz können verschiedene Bereiche des Gesichts betroffen sein.

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: T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.) 2025: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e.V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Illustrationen: Claudia Welte-Jzyk
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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.

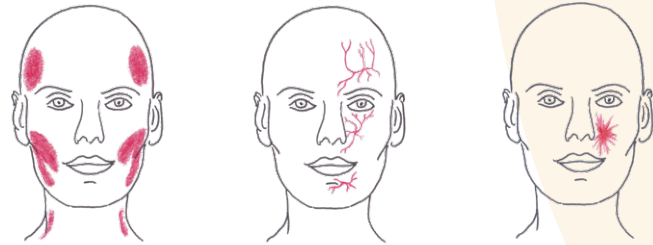


Abb.: Kiefer- und Gesichtsschmerzen haben verschiedene Ursachen.

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.

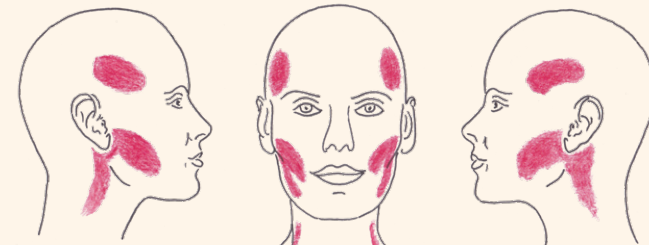


Abb.: Typischer Schmerzbereich bei Kaumuskel- und Kiefergelenkbeschwerden.

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.

Wie finde ich eine gute Schmerzlinik 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: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e.V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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

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.

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:

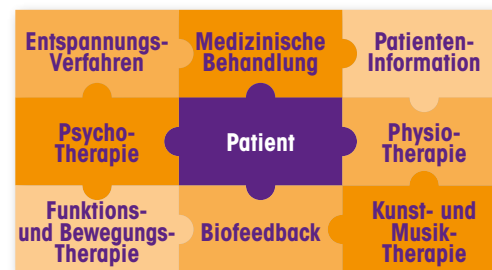
- mehr als drei Migräneattacken bzw. mehr als 10 Kopfschmerztage im Monat auftreten,
- wichtige Alltagsfunktionen (z. B. in Beruf, Familie, Freizeit) stark eingeschränkt sind,
- häufig Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden,
- eine hohe Stressbelastung vorliegt,
- Ängste oder Niedergeschlagenheit 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:

T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.) 2025: **Schmerz – eine Herausforderung**. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag
Gaul C, Totzeck A, Guth AL, Diener HC, 2020: **Patientenratgeber Kopfschmerzen und Migräne**. ABW Wissenschaftsverlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e.V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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.

Patienten-Informationen

Kopfschmerzen verstehen

Migräne
Spannungskopfschmerz
Medikamentenkopfschmerz



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.



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



Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden in der Bevölkerung.

Man unterscheidet primäre und sekundäre Kopfschmerzserkrankungen. 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 Kopfschmerzserkrankungen.

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.

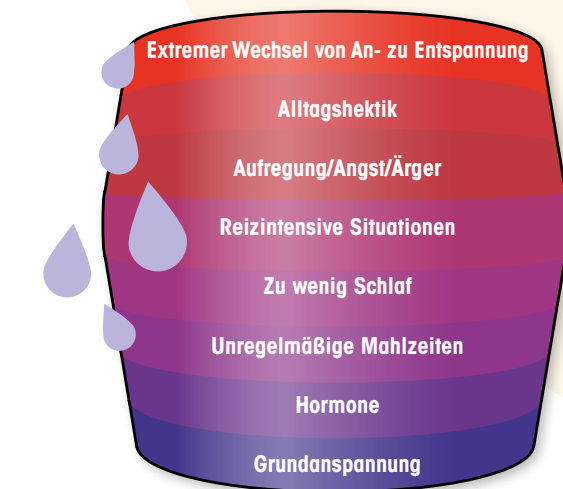
Migräne zeichnet sich durch wiederkehrende Kopfschmerzattacken aus, die oft einseitig lokalisiert sind. Der Schmerz wird insbesondere bei körperlicher Belastung meist stechend, pochend oder pulsierend wahrgenommen. Die Intensität ist in aller Regel so hoch, dass sie zu einer Alltagsbeeinträchtigung führt. 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.

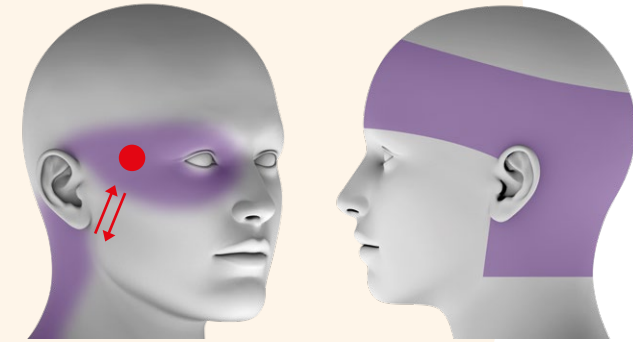
Nahrungsmittel und insbesondere Alkohol können Migräneattacken auslösen. Eine spezielle Diät mit Meiden zahlreicher Lebensmittel ist nicht hilfreich, stattdessen ist eine gesunde ausgewogene Ernährung zu empfehlen.

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.

Für wen ist MBPM geeignet?

MBPM eignet sich für Menschen mit chronischen Schmerzen

- die einen anderen Umgang mit **Belastungen, Erschöpfung und/oder Hilflosigkeit** suchen
- die ihre **Lebensqualität verbessern** möchten, um Schmerz und Leid zu verringern

MBPM ersetzt keine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung, kann aber eine wirksame Ergänzung sein.

Ansprechpartner im deutschsprachigen Raum



Achtsamkeitsinstitut Ruhr

Achtsamkeitsinstitut Ruhr

Für Kursangebote, Ausbildungen, Informationsveranstaltungen und Materialien zum MBPM-Programm besuchen Sie die Website des Achtsamkeitsinstituts Ruhr.



www.achtsamkeitsinstitut-ruhr.de
info@achtsamkeitsinstitut-ruhr.de



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

Deutsche Schmerzgesellschaft

Ergänzende Informationen rund um das Thema Schmerz (und Leid) finden Sie auf der Webseite der Deutschen Schmerzgesellschaft.



www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen



Patienten-Informationen

MBPM – Mindfulness-Based Pain Management

Achtsamkeits- und mitgeföhlbasierter
Umgang mit chronischen Schmerzen

Ein 8-Wochen-Kurs zur Stärkung von
Resilienz, Selbstfürsorge und Lebensqualität
trotz Schmerzen.

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e. V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)
Foto Vidyamala Burch: Koru Films
Layout: SmartQ / K. Schirmer / Stand: Mai 2026


Achtsamkeitsinstitut Ruhr


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



Was ist MBPM?

Mindfulness-Based Pain Management (MBPM) ist ein achtsamkeits- und mitgeföhlbasiertes Programm für Menschen mit chronischen Schmerzen.

Es wurde von **Vidyamala Burch**, einer britischen Meditationslehrerin mit eigener Schmerzerafahrung, entwickelt. MBPM basiert auf dem Ansatz von **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)** nach Jon Kabat-Zinn, wurde aber gezielt modifiziert für den Umgang mit chronischen Schmerzerakrankungen. Der Aspekt von **Mitgeföhl und Akzeptanz** wird zudem im Speziellen geübt.



Zitat der Begründerin:

"Ich lebe seit 50 Jahren mit Schmerzen nach einer Wirbelsäulenverletzung. Ich habe 1987 gelernt zu meditieren und in der Folge MBPM entwickelt, um die Vorteile mit anderen zu teilen. Es ist meine Lebensaufgabe, anderen zu helfen, ihre Reaktionen auf Schmerzen zu ändern, ihr Leben neu zu ordnen und sich von dem damit verbundenen Leiden zu befreien."

Vidyamala Burch

Wie wirkt MBPM?

MBPM hilft, den Teufelskreis aus Schmerz, Anspannung und seelischem Leid zu durchbrechen. Achtsamkeit ermöglicht es, gegenwärtige Erfahrungen bewusst wahrzunehmen, ohne sich automatisch in Sorgen, Grübeln oder Ablehnung zu verlieren.

Der praktizierte Bodyscan hilft, den Fokus zu verändern – weg vom Denken und hin zur Körperwahrnehmung. Wissenschaftliche Daten bestätigen insgesamt die Wirkung.

Selbst-Mitgeföhl hilft, den „Kampf“ gegen den Schmerz zu beenden und ein zufriedeneres Leben zu führen. Dabei stellt die Ausrichtung auf den Atem ein sehr wichtiges Element dar.

Wer mit Schmerzen lebt, neigt häufig dazu, den Atem anzuhalten und zu begrenzen. Daher lernen Teilnehmende in einem MBPM-Kurs, wieder weicher und fließender zu atmen. Diese Kompetenz bringen sie dann bewusst in ihren Alltag ein und nutzen sie zur Schmerz- und Stressregulation. Alle Meditationen ebenso wie alle Bewegungsübungen integrieren die Wichtigkeit des Atems und schulen das Atembewusstsein.

Zentrale Wirkprinzipien:

- Entwicklung einer **akzeptierenden Haltung**
- Förderung von **Selbstmitgeföhl**
- Stärkung der **inneren Widerstandskraft**
- Mehr **Handlungsfreiheit** im Umgang mit Schmerz

Der 8-Wochen-Kurs

Kursdauer:

8 Wochen, jeweils 2 bis 2,5 Stunden
inkl. begleitender Audio-Übungen und Kursunterlagen

Inhalte:

- Entwicklung einer akzeptierenden Haltung
- Achtsamkeitsübungen im Sitzen, Liegen und in Bewegung
- Body Scan & Atemmeditation
- Mitgeföhlübungen (Schatz der Freude, Mitföhlendes Akzeptieren)
- Achtsamkeit im Alltag
- Umgang mit schwierigen Geföhlen & Gedanken
- Austausch und Reflexion in der Gruppe

Optional:

Ein Achtsamkeitstag (Retreat) zur Vertiefung der Praxis.



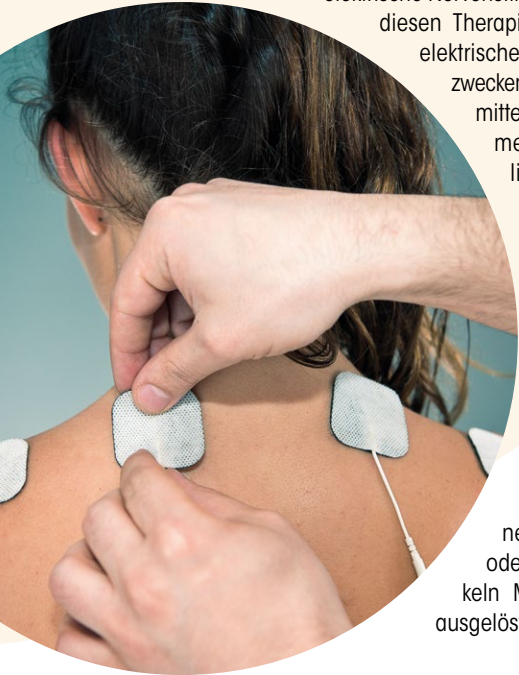
Wärme- und Kältetherapie (WT / KT)

Das Ziel der Wärmetherapie (Fango / Heiße Rolle) sind verbesserter Stoffaustausch im Gewebe, Verbesserung des Muskeltonus, psychische Entspannung und verbessertes Schlafverhalten. Die Fangopackung bewirkt eine sehr intensive Wärmewirkung. Die Heiße Rolle dagegen erlaubt eine abstuftbare Dosierung von milden bis heißen Wärmegraden und somit eine Anpassung an die individuelle Verträglichkeit von Patient*innen.

Die Kältetherapie (Eispacks, Eislolly, Eisabreibung) bewirkt eine verminderte Schmerzwahrnehmung, Sie entzieht dem Körper Wärme und reduziert die Schwellung. Als Spätreaktion werden die Gefäße weitgestellt und es kommt zu einer besseren Durchblutung.

Elektrotherapie (ET)

Zur Elektrotherapie zählen verschiedene Verfahren wie Ultraschalltherapie, Elektrostimulation, Iontophorese, Stangerbad und transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS). Bei diesen Therapieverfahren werden elektrische Energien zu Heilzwecken genutzt. Nieder- und mittelfrequente Stromformen wirken schmerzlindernd, durchblutungsfördernd und regulieren die Muskelspannung. Daneben wird der ET eine entzündungshemmende, resorptionsfördernde, muskelkräftigende Wirkung zugesprochen. Mit Hilfe der ET können bei gelähmten oder schwachen Muskeln Muskelkontraktionen ausgelöst werden.



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: T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.) 2025: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e.V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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

Physiotherapie bei Schmerz Erkrankungen

Physiotherapie bei Schmerzkrankungen

Physiotherapie ist ein Oberbegriff und umfasst die aktive Bewegungstherapie und die passive physikalische Therapie mit Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie (äußerliche Anwendung von Wasser) und Thermotherapie (Wärme- und Kälteanwendungen). Sie erfolgt durch die Therapeut*innen und kann nach Anleitung auch selbständig von Patient*innen durchgeführt werden. Physiotherapie bezieht sich nicht nur auf den Körper, sondern sie behält den ganzen Menschen im Blick. Deshalb arbeiten Physiotherapeut*innen eng mit anderen Berufsgruppen zusammen. Die behandelnden Berufsgruppen orientieren sich an den Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Patient*innen. Besonders bei der Behandlung von Schmerzpatient*innen findet ein umfangreicher Austausch mit Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Pflegenden statt. Physiotherapie benötigt Zeit, insbesondere bei chronischem Schmerzgeschehen, das meist zu Verunsicherung und auch Angst führt, sich zu bewegen.

Physiotherapeutisches Behandlungskonzept

Physiotherapeut*innen erfassen das Gesundheitsproblem der Patient*innen auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells. Dabei treffen sie die notwendigen Entscheidungen zusammen mit den Patient*innen. Sie unterstützen die Patient*innen dabei, die Therapie in Eigenverantwortung fortzuführen. Das Behandlungskonzept besteht aus:

1. Physiotherapeutische Untersuchung unter Einbeziehung der bisherigen Diagnostik
2. Therapieplanung und Festlegen des Therapieziels
3. Behandlung
4. Heimprogramm, Übungen für zuhause
5. Arbeitsplatzberatung, Beratung der Angehörigen und ggf. Hilfsmittelberatung
6. Therapiebericht



Welche Therapiemethoden kann Ihnen ihr Arzt laut Heilmittelkatalog verordnen?

Krankengymnastik (KG)

Krankengymnastik wird bei fast allen Schmerzkrankungen verordnet. Es werden mobilisierende und stabilisierende Übungen angewendet. Sie werden sowohl aktiv vom Patienten, als auch therapeutisch unterstützt oder bei Bedarf passiv von Therapeut*innen ausgeführt. Das Ziel ist es, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit zu verbessern. Daraus ergibt sich eine verbesserte Körperhaltung, Körperschäden wie Kontrakturen werden vorgebeugt, Muskulatur gekräftigt und Schmerzen gelindert.

Manuelle Therapie (MT)

Es handelt sich hierbei um spezifische Untersuchungs- und Behandlungstechniken am Bewegungssystem mit passiven Techniken und aktiven Übungen. Speziell ausgebildete Therapeut*innen beurteilen die Gelenkmechanik, die Muskelfunktion und den Bewegungsablauf, um so Funktionsstörungen am Bewegungssystem aufzufinden. Ziel ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung einer normalen Gelenkfunktion und der dazugehörigen Muskulatur und Nerven. Der MT wird auch eine schmerzlindernde Wirkung zugesprochen. (Zusatzqualifikation erforderlich)

Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS / Rückenmarks (KG-ZNS)

Hierzu werden verschiedene Behandlungskonzepte gezählt, wie das Bobath-Konzept, die Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation (PNF) und die Vojta-Therapie. Die Übungen orientieren sich an alltagstypischen Bewegungsmustern, um Bewegungsabläufe wie Gehen oder Greifen zu schulen und zu erleichtern. (Zusatzqualifikation erforderlich)

Gerätetraining / medizinische Trainingstherapie (KGG)

Das Gerätetraining wird bei Gesunden und Patient*innen vorbeugend und heilend eingesetzt. Die Trainingsgeräte werden dazu genutzt die Ausdauer und Reaktions- und Gleichgewichtsfähigkeit zu verbessern und die Muskelkraft aufzutrainieren. Das Ziel ist eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Lebensqualität sowie die Zunahme der Muskelmasse und Muskelkraft. (Zusatzqualifikation erforderlich)

Krankengymnastik im Bewegungsbad (KG Bewegungsbad)

Aktive Übungen werden durch die Wärme und durch die Auftriebskraft des Wassers erleichtert, denn das Körpergewicht wird so auf ein Minimum reduziert und die Muskulatur kann sich entspannen. Werden die Übungen schnell ausgeführt, erhöht sich der Reibungswiderstand des Wassers, die Muskulatur wird gekräftigt. Zusätzlich wird das Gleichgewicht – die Stabilität trainiert.

Klassische Massage (KMT)

Die klassische Massage setzt sich aus verschiedenen Massagegriffen zusammen. Ihr Ziel ist es, neben der Verbesserung der Entspannungsfähigkeit, die erhöhten Gewebswiderstände in Muskulatur und Haut herabzusetzen und die Durchblutung zu fördern. In der multimodalen Schmerztherapie kann Massage als begleitende Therapieform eingebunden werden. Die Verringerung der Gewebsspannung kann zu einer Reduzierung der Schmerzen führen und dadurch ein aktives Training und mehr Selbständigkeit im Alltag ermöglichen.

Manuelle Lymphdrainage (MLD 30 / MLD 45 / MLD 60 mit Kompressionsbandage)

Sie wird angewendet, wenn eine Lymphabflussstörung vorliegt. Durch bestimmte Grifftechniken und mit fein dosiertem Druck wird die Gewebsflüssigkeit über die Lymphgefäße abgeleitet. Neben der entstauenden Wirkung wird der manuellen Lymphdrainage auch eine schmerzdämpfende Wirkung zugeschrieben. Um die Wirkung der Lymphdrainage zu erhöhen ist es wichtig, dass Patient*innen im Anschluss an die Behandlung einen Kompressionsstrumpf anziehen oder bandagiert werden. Zusätzlich sollten Patient*innen regelmäßig rückflussfördernde Übungen in ihrem Alltag durchführen. (Zusatzqualifikation erforderlich)

Bindegewebsmassage (BGM)

Die Bindegewebsmassage ist eine reflektorisch wirkende Form der Massage. In Bindegewebszonen zeigen sich sichtbare oder tastbare Veränderungen in Form von Einziehungen, Verhärtungen, verminderter Elastizität und Quellungen. Die Bindegewebsmassage wird spannungsausgleichend mit speziellen Durchzieh- und Anhaketechniken in den Haut- und Faszien-schichten durchgeführt. Dabei wird ein therapeutisch gewolltes Schneidegefühl ausgelöst. Behandlungsziele sind Durchblutungsverbesserung, Schmerzlinderung und Verbesserung der Organ-tätigkeit.

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 aufgehört.

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 schaffen kann. Die RLS-Leitlinie betont die Kontrolle und Optimierung des Eisenstoffwechsels. Wenn unter Eisentherapie keine Verbesserung erzielt wird oder die Voraussetzungen für eine Eisentherapie nicht erfüllt sind, sind sog. Non-Ergot-Dopaminagonisten 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.

Bei der RLS-Behandlung ist eine regelmäßige Kontrolle des Eisenstoffwechsels wichtig.

Bei allen Patienten mit Verdacht auf RLS sollte eine Bestimmung des Eisenstoffwechsels durchgeführt werden. Der Wert für Ferritin, einen Eiweißstoff, der für die Speicherung von Eisen im Körper wichtig ist, sollte über 75ug/l liegen. Die Transferrinsättigung ist ein ebenso wichtiger Laborwert bei der Diagnostik eines Eisenmangels. Sie ist ein Maß dafür, wie viel Eisen vom Transportprotein Transferrin gebunden wurde. Dieser Wert sollte über 20% betragen.

PatientInnen mit niedrigen Eisen- und Ferritinwerten sollten ein Eisenpräparat erhalten. Ferritin als Speichereisen ist ein wichtiger Baustein für den RLS-Stoffwechsel.

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), Tagesschläfrigkeit, 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: Buch-Tipp: RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung (Hrsg.) 2022. RLS – Informationsbuch für Betroffene und behandelnde Ärzte. 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: T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.) 2025: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e.V.)
Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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. 5-10 % in der Bevölkerung eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Von den Betroffenen sind 1-2 % 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.

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?

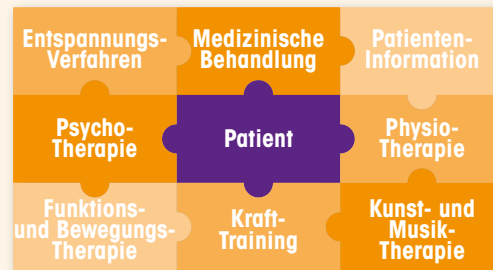
Körperliche **Schonung** kann bei akuten Schmerzen hilfreich sein. Bei chronischen Schmerzen bringt Schonung mehr Schaden als Nutzen. Durch eine andauernde Schonhaltung kommt es zu Muskelverspannungen, Durchblutungsstörungen und einem generellen Abbau der Muskelkraft, was langfristig eine Verstärkung 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: T. Isenberg, H. Norda, M. v. Wachter (Hrsg.) 2025: Schmerz – eine Herausforderung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer Verlag

Autoren: Arbeitskreis Patienteninformation
 Thomas Isenberg (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)
 Heike Norda (UVSD SchmerzLOS e. V.)
 Martin von Wachter (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)
 Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Mai 2026

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

Schmerzen verstehen

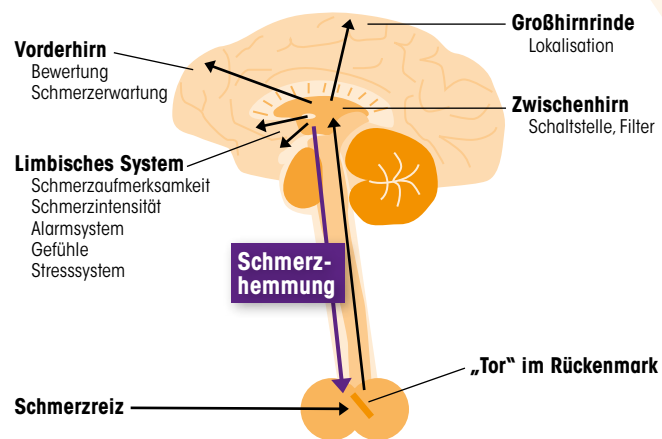
Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz

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?

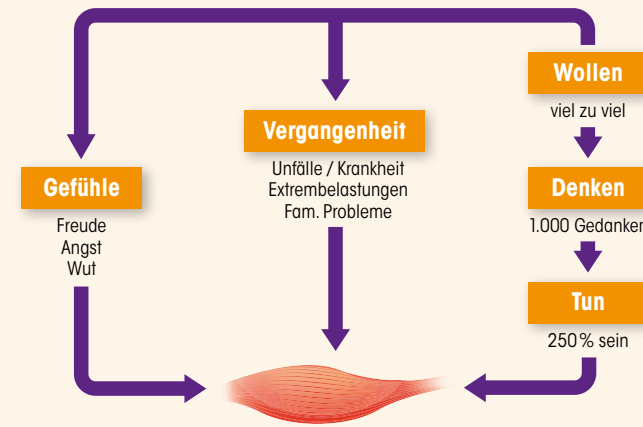
Akuter Schmerz ist ein Alarmsignal, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt, wie z. B. bei Zahnschmerzen, bei einem Knochenbruch oder bei körperlichen Überlastungen. Weil akuter Schmerz uns warnen soll, ist er in der Regel mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken wie Angst, Sorge oder Hilflosigkeit 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