

Online-Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 6. Juni 2023

Ganzheitliche Wege in der Schmerztherapie: Medizin, Psychologie, Physiotherapie und Pflege arbeiten Hand in Hand

Termin: Dienstag, 6. Juni 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ihre Themen und Referierenden:

12 Jahre Aktionstag gegen den Schmerz: Einrichtungen in ganz Deutschland geben Einblicke in die Schmerzbehandlung

Professor Dr. med. Hans-Georg Schaible

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Professor für Physiologie an der FSU Jena

Wie werde ich mit meinen täglichen Schmerzen fertig? Betroffene beklagen zu wenig flächendeckende Angebote und häufiges Unverständnis für Schmerzerkrankungen

Heike Norda

Vorsitzende der Patientenvereinigung UVSD SchmerzLOS e.V. in Neumünster

PAIN2.0: neues 10-Wochen-Programm für Menschen mit wiederkehrenden Schmerzen – berufsbegleitende Therapie, die in jeden Alltag passt

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Anne Gärtner

wissenschaftliche Projektleiterin im Projekt PAIN2.0 und Psychologische Psychotherapeutin an der TU Dresden

Spezielle Schmerzpflege: individuell und patientenorientiert – Schmerzgesellschaft stellt neue zertifizierte Weiterbildung für Pflegefachpersonal vor

Professor Dr. rer. cur. Thomas Fischer, MPH

stellvertretender Sprecher der Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflege Schmerz und Professor für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Dresden

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

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2023

Katharina Weber und Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

E-Mail: weber@medizinkommunikation.org,

deckert@medizinkommunikation.org

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

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

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

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: presse@schmerzgesellschaft.de

www.schmerzgesellschaft.de

Gemeinsam gegen den Schmerz

Informationsveranstaltungen an 141 Standorten bundesweit +++ Service-Hotline am 6. Juni geschaltet +++ Kostenlose Patientenflyer online

Berlin, 6. Juni 2023 – Viele Millionen Menschen in Deutschland leben mit chronischen Schmerzen. Dazu zählen vor allem Kopf- und Rückenschmerzen, Gelenk- und Nervenschmerzen oder Beschwerden, die nach einer Operation entstanden sind. Doch was können Betroffene tun? Welche Medikamente sind am besten geeignet, und welches sind die Alternativen zu Medikamenten? Oft sind ganzheitliche Wege der Schmerztherapie gefragt, die den Schmerz als vielschichtiges Problem begreifen und entsprechend multiprofessionell behandeln. Am 6. Juni 2023 richtet die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. den 12. bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz aus, an dem 141 Einrichtungen in ganz Deutschland über das Thema Schmerz und ihre Angebote für Patientinnen und Patienten informieren. Eine kostenfreie telefonische Patientenhotline ist ebenfalls geschaltet. Gleichzeitig findet heute um 11.00 Uhr eine Online-Presskonferenz statt.

Im Rahmen des „Aktionstages gegen den Schmerz“ ruft die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. jedes Jahr Kliniken, ärztliche oder psychologische Praxen, schmerztherapeutische Einrichtungen, Apotheken sowie Pflegedienste, Heime und Physiotherapiepraxen auf, das Thema „Schmerz“ verstärkt in die Öffentlichkeit zu tragen. Bundesweit wird es am 6. Juni wieder Informationsveranstaltungen für Betroffene und deren Angehörige geben. „Leider irren Patientinnen und Patienten oft jahrelang durch den Dschungel des Gesundheitswesens, bis sie Hilfe und Zugang zur speziellen Schmerztherapie erhalten“, sagt Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Noch immer seien viele Schmerzgeplagte in Deutschland unterversorgt – insbesondere in der Behandlung von chronischen Schmerzen. Der Schmerzgesellschaft sei es deshalb wichtig, mit dem Aktionstag eine Gelegenheit zu schaffen, bei der Betroffene und ihre Angehörigen niederschwellig mit Schmerzexpertinnen und -experten ins Gespräch kommen können und wertvolle Tipps erhalten. Eine [Übersicht aller Veranstaltungen](#) gibt es auf der Website der Schmerzgesellschaft.

Nicht nur Menschen mit einem chronischen Schmerz sind beim Aktionstag angesprochen. In den vergangenen Jahren versuchte die Schmerzgesellschaft, immer mehr präventive Therapieangebote zu etablieren. „Wichtig ist, dass die Patientinnen und Patienten, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer chronischen Schmerzerkrankung haben, frühzeitig identifiziert werden“, sagt

Isenberg. Je früher Betroffene von einem multidisziplinären Team aus Medizin, Psychologie und Physiotherapie betreut werden, desto besser sei die Prognose, die Schmerzen wieder in den Griff zu bekommen und sie nicht zu chronifizieren. Und auch in der Pflege gibt es eine fortdauernde Weiterentwicklung spezieller schmerzspezifischer Betreuungskonzepte. Die einzelnen Projekte werden bei der [Online-Pressekonferenz](#) zum diesjährigen Aktionstag vorgestellt.

Am Aktionstag gegen den Schmerz stehen auch wieder eine Vielzahl von renommierten Schmerzexpertinnen und -experten von 9.00 bis 18.00 Uhr unter der kostenlosen telefonischen **Patientenhotline 0800 1818120** für Fragen zur Verfügung. Sie geben Anruferinnen und Anrufern praktische Tipps zum Umgang mit Schmerzen und beraten, wo die Betroffenen die richtige Unterstützung und Therapie bekommen können.

Patienten-Flyer:

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

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

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

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

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Pressekontakt:

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

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

Neues ganzheitliches 10-Wochen-Programm: individuelle Strategien zur Schmerzbewältigung erlernen

Projekt PAIN2.0 will Präventionslücke schließen +++ Selbsthilfegruppe als wichtiger Baustein der Schmerztherapie

Berlin, 6. Juni 2023 – Der Körper ist wieder gesund – der Schmerz bleibt. Wenn Schmerzen über Monate oder gar Jahre hinweg nicht verschwinden, obwohl sich keine körperliche Ursache mehr finden lässt, spricht man in der Medizin von chronischen Schmerzen. Der verselbstständigte Schmerz kann die Betroffenen erheblich belasten und ist mittlerweile als Krankheitsbild anerkannt. Während den Beschwerden therapeutisch immer besser begegnet werden kann, gibt es nach wie vor kaum vorbeugende Angebote, mit denen eine Chronifizierung verhindert werden könnte. Mit dem Projekt „PAIN2.0“ evaluiert die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. nun ein interdisziplinäres 10-Wochen-Programm, das diese Präventionslücke schließen soll. Auf der heutigen Online-Pressekonferenz anlässlich des bundesweiten Aktionstages gegen den Schmerz am 6. Juni 2023 stellen Expert*innen und Betroffene das Projekt vor.

Warum werden die einen nach einem Unfall, einer Operation oder einem „Hexenschuss“ wieder gesund, während andere ihre Schmerzen auch lange nach der Heilungsphase einfach nicht loswerden? In der Medizin werden diese Unterschiede heute mithilfe des biopsychosozialen Modells erklärt. „Wie der Name es bereits andeutet, geht man davon aus, dass verschiedene Faktoren zusammenwirken müssen, damit Schmerzen chronisch werden“, sagt Dr. rer. nat. Anne Gärtner, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin an der TU Dresden. Neben einer biologischen Ursache – etwa einem Knochenbruch, der die Schmerzen in der Akutphase ausgelöst hat – tragen demnach auch psychische und soziale Faktoren dazu bei, dass die Beschwerden über eine unangemessen lange Zeit bestehen bleiben. So ist das Chronifizierungsrisiko etwa bei Menschen besonders hoch, die sich durch ihre Schmerzen stark im Alltag beeinträchtigt fühlen, die ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickeln, Anzeichen für eine Depression zeigen oder ihre Beschwerden katastrophisieren. Auch soziale Faktoren wie beruflicher Stress oder familiäre Belastungen können zu einer Chronifizierung beitragen.

Das von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit der BARMER entwickelte interdisziplinäre Präventionsprogramm PAIN2.0 setzt daher bereits dann an, wenn erste Anzeichen für

diese Risikofaktoren auftreten. Das ambulante Programm, das bundesweit angeboten wird, dauert insgesamt 10 Wochen und umfasst 3 Stunden Gruppentherapie pro Woche, die nachmittags stattfinden, sowie ergänzende Einzelsitzungen. „PAIN2.0 ist vom Umfang her bewusst so gestaltet, dass es berufs- und alltagsbegleitend genutzt werden kann“, sagt Gärtner, die neben Privatdozentin Dr. Ulrike Kaiser (UKSH Lübeck) die wissenschaftliche Projektleitung am UniversitätsSchmerzCentrum Dresden innehat.

Im Rahmen des Präventionsprogramms erlernen die Teilnehmenden individuelle Strategien zur Schmerzbewältigung und aktive Übungen, über die sie letztlich zu einem veränderten Schmerz- und Belastungsverhalten im Alltag finden sollen. „Die Teilnehmenden müssen ihren Schmerz verstehen, deshalb ist auch eine ausführliche Edukation zu schmerzbezogenen Themen ein wichtiger Bestandteil des Programms“, so Gärtner. Das Besondere dabei ist, dass die Therapie von allen beteiligten Berufsgruppen – den ärztlichen, psychologischen und physiotherapeutischen – gleichberechtigt gestaltet wird. Eine begleitende Studie soll klären, wie effektiv dieser neue Ansatz einer Chronifizierung entgegenwirken kann. Um teilnehmen zu können, müssen die Betroffenen volljährig sein, und ihre Beschwerden müssen seit mehr als sechs Wochen bestehen oder über einen längeren Zeitraum immer wieder aufgetreten sein.

Eine interdisziplinäre, multimodale Therapie ist in Deutschland noch nicht oft genug für die Betroffenen verfügbar – aus Sicht der selbst schmerzkranken Heike Norda einer der Gründe dafür, dass die Behandlung chronischer Schmerzen oft in den falschen Bahnen verläuft. „Betroffene werden vom Hausarzt zur Physiotherapie, dann in die Orthopädie und häufig erst nach invasiven Therapieversuchen zum Schmerztherapeuten geschickt“, sagt die Vorsitzende der Patientenvereinigung UVSD SchmerzLOS e.V. in Neumünster, die auf der Pressekonferenz aus der Perspektive der Betroffenen über das Thema berichten wird. Nach der Überweisung seien Wartezeiten von bis zu 12 Monaten auf den Ersttermin in der Schmerztherapie eher die Regel als die Ausnahme. Der Verein setzt sich daher für eine sektorenübergreifende Behandlung, eine Verkürzung von Wartezeiten auf höchstens vier Wochen und die Abschaffung von finanziellen Anreizen für invasive Maßnahmen ein. Diese sollten den Gesprächsleistungen, die im Rahmen der Schmerztherapie zielführender und zur Früherkennung von Chronifizierungsrisiken notwendig seien, gleichgestellt werden.

Zu den Forderungen von SchmerzLOS e.V. zählt auch eine strukturierte Aufklärung der Betroffenen über das biopsychosoziale Modell, wie sie im Rahmen von PAIN2.0 stattfindet. „Nur wer die



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Krankheitsfaktoren kennt und seine Krankheit als solche akzeptiert, kann aktiv an der Behandlung mitwirken“, betont Norda. Auch im sozialen Umfeld und in der Gesellschaft als Ganzes tut Aufklärung not – denn auch heute noch werden viele Schmerzpatient*innen mit dem Vorwurf konfrontiert, sich gehen zu lassen oder gar zu simulieren. „Dieses Unverständnis ist besonders belastend und für die Heilung kontraproduktiv“, sagt Norda. Auch aus diesem Grund wird der Austausch mit anderen Betroffenen in einer Selbsthilfegruppe meist als äußerst hilfreich empfunden – ein wichtiger Baustein der Schmerztherapie, den nach Nordas Erfahrung noch immer viel zu wenige Behandelnde ihren Patient*innen empfehlen.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt:

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

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

Spezielle Schmerzpflege für ein selbstbestimmtes Leben

Weiterbildungsangebot der Deutschen Schmerzgesellschaft stärkt Expertise, von der vor allem ältere Menschen profitieren

Berlin, 6. Juni 2023 – Ob im Krankenhaus, in der Schmerzambulanz oder in der Langzeitpflege – Pflegefachfrauen und -männer spielen eine unverzichtbare Rolle bei der Schmerztherapie. Als Teil eines interprofessionellen Teams aus Medizin, Pflege, Physiotherapie und Psychologie tragen sie zum Erfolg der Schmerzbehandlung bei. Um Menschen mit Schmerzen noch individueller und patientenorientierter versorgen zu können, hat die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. das Curriculum für die schmerzbezogene Pflege-Weiterbildung grundlegend überarbeitet und weiterentwickelt. Welche Vorgaben erfüllt sein müssen, um das Zertifikat als „Pflegefachfrau/-mann für Spezielle Schmerzpflege“ zu erhalten, erläutern Expertinnen und Experten auf der heutigen Online-Presskonferenz, die anlässlich des 12. Aktionstages gegen den Schmerz stattfindet.

Laut dem Statistischen Bundesamt ist jede zweite Person in Deutschland älter als 45 Jahre, 20 Prozent der Bevölkerung sind sogar älter als 66 Jahre. „Arthrose und viele andere degenerative Erkrankungen tragen dazu bei, dass ältere Menschen sehr viel häufiger an wiederkehrenden oder dauerhaften Schmerzen leiden“, sagt Professor Dr. rer. cur. Thomas Fischer, MPH, stellvertretender Sprecher der Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflege Schmerz und Professor für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Dresden. Je älter die Gesellschaft, desto wichtiger sei deshalb das spezialisierte Wissen darüber, wie Menschen mit chronischen Rücken- oder Gelenkschmerzen betreut werden sollten. Mit der zertifizierten Weiterbildung zur „Pflegefachfrau/-mann für Spezielle Schmerzpflege“ trägt die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. zu einer flächendeckend kompetenten Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten in Kranken- und Pflegeeinrichtungen, Seniorenheimen oder bei ambulanten Pflegediensten bei.

„Pflegefachfrauen und -männer für Spezielle Schmerzpflege besitzen eine umfassende Expertise zu den Themen Schmerzentstehung und Schmerztherapie“, erklärt Fischer. Dies sei vor allem im Bereich der Schmerzeinschätzung von großer Bedeutung. So könnten beispielsweise Menschen mit Demenz oder mit einer kognitiven Einschränkung oft nicht genau beschreiben, wo es wehtut oder wie stark der Schmerz sei. „Speziell ausgebildete Fachkräfte können das mithilfe eines Assessments herausfinden und somit eine Grundlage für die richtige Schmerztherapie schaffen“, so Fischer. Zusätzlich beraten und schulen sie die Betroffenen und deren Angehörige zum Umgang mit den Schmerzen. Die

Patientinnen und Patienten lernen ganz praktische Verhaltens- und Bewegungsstrategien, um die Schmerzen zu minimieren. „Das oberste Ziel besteht darin, die Betroffenen zu stärken, damit sie trotz der Schmerzen ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können“, so Fischer. Das sei vor allem bei älteren, multimorbiden Menschen, die neben dem Schmerz noch mit anderen Erkrankungen zu kämpfen haben, entscheidend für die Lebensqualität.

Um das Zertifikat der Schmerzgesellschaft zu erhalten, muss die Weiterbildung mindestens 80 Theoriestunden vor Ort sowie 40 Stunden Selbstlernzeiten umfassen. Die abschließende Prüfung bezieht sich auf einen konkreten Fall, für den die Teilnehmenden Strategien für die schmerzbezogene Pflege und Therapie entwickeln sollen. In diesem Jahr finden die ersten Weiterbildungen nach den neuen Vorgaben statt, ab 2024 müssen dann alle Weiterbildungen dem neuen Curriculum entsprechen, um ein Zertifikat als „Pflegefachfrau /-mann für Spezielle Schmerzpflege“ von der Deutschen Schmerzgesellschaft zu erhalten. Damit rundet die Fachgesellschaft ihr umfassendes Ausbildungsangebot ab, das auch Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie die Curricula „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ und „Spezielle Schmerzphysiotherapie“ beinhaltet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt:

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

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

STATEMENT

12 Jahre Aktionstag gegen den Schmerz: Einrichtungen in ganz Deutschland geben Einblicke in die Schmerzbehandlung

Professor Dr. med. Hans-Georg Schaible, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Professor für Physiologie an der FSU Jena

Ich begrüße Sie als Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Diese Schmerzgesellschaft ist mit über 3.500 Mitgliedern in Europa die größte nationale wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz.

Zunächst möchte ich Ihnen anhand von Zahlen verdeutlichen, wie groß das gesundheitliche Problem Schmerz ist, mit dem wir konfrontiert sind und das wir zu lösen versuchen:

- Etwa 23 Millionen Deutsche (28 Prozent) berichten über chronische Schmerzen. Von chronischen Schmerzen sprechen wir in der Regel, wenn ein Schmerzzustand länger als ein halbes Jahr dauert. Tatsächlich leiden viele Schmerzpatienten jahrelang unter Schmerzen.
- 95 Prozent der chronischen Schmerzen sind nicht durch Tumorerkrankungen bedingt, sondern zum Beispiel durch Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems.
- Legt man bei der Beurteilung des Schweregrads der Schmerzen die „Messlatte“ der Beeinträchtigung durch die Schmerzen zugrunde, so erfüllen 6 Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes.
- Die Zahl chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen mit starker Beeinträchtigung und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen (man spricht in diesem Fall von Schmerzkrankheit) liegt demnach bei 2,2 Millionen Deutschen.

In diesem Jahr, 2023, findet der „bundesweite Aktionstag gegen den Schmerz“ zum 12. Mal statt. Und zwar wie immer am ersten Dienstag im Juni eines Kalenderjahres.

Diesmal wieder mit über 141 mitwirkenden Einrichtungen.

- Darauf sind wir stolz: Haben wir doch seinerzeit mit nur rund 16 mitwirkenden Zentren begonnen. Dank gebührt auch besonders unserer Geschäftsstelle für diese Ausweitung und die Erfolge.
- Immer dabei ist auch „die Pflege“. Sie ist in einer interdisziplinären Schmerztherapie neben den Ärzten unverzichtbar, wie auch die spezielle Schmerzpsychotherapie. Wichtig ist auch die Apothekerschaft, die schon oftmals hier mit auf dem Podium dabei war, was in diesem Jahr terminlich leider nicht klappt.
- Und: Ich danke Frau Norda, der Präsidentin der bundesweiten Selbsthilfevereinigung SchmerzLOS e.V., für ihr unerschütterliches persönliches Engagement. Auch in diesem Jahr wird sie nachfolgend reden.

Was wollen wir mit dem Aktionstag erreichen? Wir haben mehrere Ziele:

- Erstens wollen wir anlässlich des jährlichen, bundesweiten Aktionstags bundesöffentlich darauf hinweisen, dass es in Deutschland eine signifikante Unter- und Fehlversorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten gibt.
 - Oftmals dauert es mehrere Jahre, bis Schmerzpatienten Zugang zu einer spezialisierten, für sie guten fachlichen Versorgung erhalten.
- Zweitens wollen wir Rat suchenden Patienten und deren Angehörigen direkte Hilfe und Service geben.
 - Die rund 141 mitwirkenden 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.
 - Alle rund 141 Einrichtungen verteilen kostenlos rund 100.000 Patientenflyer mit direkten Tipps der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. zu Schmerzthemen. Diese finden Sie auch unter „Patienteninformation“ auf unserer Homepage unter <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen>
 - Und: Darauf sind wir besonders stolz:
Ganztägig ist eine bundesweite Patiententelefonhotline (Telefon: 0800 1818120) geschaltet: Über den ganzen Tag stehen parallel auf quasi 10 internen Leitungen stündlich 10 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 erhalten, um das Schmerzleiden zu bekämpfen.

Wichtig ist mir aber noch Folgendes:

Wir sprechen beim Aktionstag nicht nur Menschen an, die bereits an chronischen Schmerzen leiden. Seit einigen Jahren versucht die Schmerzgesellschaft, auch immer mehr präventive Therapieangebote zu etablieren. Uns ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer chronischen Schmerzerkrankung haben, frühzeitig identifiziert werden und Zugang zu einer guten Versorgung erhalten. Und gleichzeitig noch ihrem Beruf nachgehen können.

- Mehr dazu hören Sie nachher von Frau Dr. Gärtner. Sie ist wissenschaftliche Projektleiterin unseres Innovationsfondsprojekts PAIN2.0, das mit rund 7 Millionen Euro aus öffentlichen Mitteln gefördert wird und an rund 20 Standorten bundesweit durchgeführt wird.

- Insgesamt hat die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. derzeit vier bundesweite Projekte mit einem ähnlichen Volumen, die aus dieser Förderkategorie gefördert werden. Dies hilft, die Schmerzversorgung in Deutschland immens zu verbessern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Jena, Juni 2023

STATEMENT

Probleme von Schmerzpatienten – was wird gebraucht?

Heike Norda, Vorsitzende der Selbsthilfegruppe UVSD SchmerzLOS e.V. in Neumünster

Alltag für Menschen mit Schmerzen, zum Beispiel bei neu aufgetretenen Rückenschmerzen:

Typischer Verlauf, der uns oft so oder ähnlich geschildert wird: erste Anlaufstelle Hausarzt, verschreibt zum Beispiel Physiotherapie, wenig bis keine Linderung, Orthopäde, macht bildgebende Diagnostik. Es wird zum Beispiel ein Bandscheibenvorfall entdeckt, dem Patienten wird mitgeteilt, dass die Schmerzen auf einer körperlichen Schädigung beruhen, es erfolgt eine invasive Therapie, zum Beispiel Spritzen unter CT-Kontrolle, eventuell sogar eine Operation. Die Erfolgsaussichten auf Schmerzlinderung sind fraglich, oft ist auch nicht sicher, dass die Schmerzen durch die körperliche Schädigung ausgelöst wurden. Eine solche „Patientenkarriere“ endet zu oft in der Diagnose „Chronischer Schmerz“, mit der der frustrierte und enttäuschte Patient meistens noch allein gelassen wird. Wenn dann eine Überweisung zu einem sogenannten Schmerztherapeuten erfolgt, müssen Patienten auf einen Ersttermin bis zu 12 Monate warten.

Sätze, die viele Betroffene sich dann anhören müssen:

„Damit müssen Sie leben.“

„Bedenken Sie Ihr Alter!“

„Bei vielen Menschen zwickt es im Alter eben irgendwo im Körper.“

Gründe für die fehlgeleitete Behandlung aus Sicht von der Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e.V.:

1. Chronische Schmerzen werden zu oft nur mit einer Behandlungsmaßnahme („unimodal“) behandelt. Zielführend wäre aber eine multimodale, interdisziplinäre Behandlung, wie sie auch bei Pain2.0 praktiziert wird. Da chronische Schmerzen eine biopsychosoziale Erkrankung sind, sollten sie auch auf allen diesen Gebieten behandelt werden.
2. Die finanziellen Anreize für invasive Maßnahmen sollten abgeschafft und den Gesprächsleistungen gleichgestellt werden.
3. Die Chronifizierung muss unbedingt verhindert werden. Ein Mensch mit chronischen Schmerzen verursacht enorme Kosten im Gesundheitswesen durch vermehrte Inanspruchnahme, auch für die Volkswirtschaft entstehen hohe Kosten zum Beispiel durch

Frühverrentungen. Deswegen unterstützen wir das Konzept der A-IMA, also der möglichst frühen Identifizierung von Chronifizierungsfaktoren.

4. Es erfolgte keine strukturierte Aufklärung („Eduktion“) des Betroffenen. Ohne umfangreiche Aufklärung hat der Patient wenig Einsicht in die Krankheitsfaktoren und kann entsprechend nicht als „Teil des Teams“ an der Behandlung mitwirken, sondern erlebt immer wieder Rückschläge. Krankheitsakzeptanz ist ein wichtiges Ziel in der psychologischen Behandlung von Schmerzpatienten.
5. Nur wenige Behandler empfehlen Betroffenen den Austausch in einer Selbsthilfegruppe. Dabei ist das ein wichtiger Baustein für viele Schmerzpatienten. Das sagten Betroffene in einer Selbsthilfegruppe:

„Hier fühle ich mich verstanden. Die anderen haben vielleicht ihre Schmerzen an einem anderen Körperteil. Aber die Probleme, die wir mit den Schmerzen haben, sind bei nahezu allen gleich.“

„Es entstand sofort ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, das durch die gemeinsame Betroffenheit begründet war.“

„Ich kann in der Selbsthilfegruppe schwierige Situationen üben. Zum Beispiel ist es mir immer schwergefallen, meine Schmerzen in Familie oder am Arbeitsplatz zu erklären. Die anderen sehen sie ja nicht, und ich möchte nicht immer mit einem leidenden Gesichtsausdruck herumlaufen.“

„In meiner Gruppe geben wir uns gegenseitig so tolle Tipps! Hier lachen wir auch mal. Ich glaube, ich hatte vorher schon ein Jahr lang nicht mehr gelacht.“

Forderungen aus Patientensicht:

1. Schmerzpatienten wünschen sich nach einer Befragung in einigen SchmerzLOS-Selbsthilfegruppen vor allem Verständnis, sowohl von den Behandlern als auch der Öffentlichkeit beziehungsweise des persönlichen Umfelds. Das kann nur durch eine intensive Streuung von Informationen über diese Erkrankung in der Öffentlichkeit geschehen. Von daher begrüße ich diesen Aktionstag gegen den Schmerz sehr, gleichzeitig ist es aber beschämend, dass so ein Aktionstag immer noch nötig ist in Deutschland.
2. Es darf keine Wartezeiten auf einen ambulanten, tagesklinischen oder stationären Behandlungsplatz von mehr als 4 Wochen geben.
3. Die Behandler sollten sektorenübergreifend arbeiten, damit Schmerzpatienten nach einer

intensiven IMST-Behandlung direkt im Anschluss weitere Behandlungsangebote erhalten.
Eine Schmerzpatientin sagte einmal: „Die meisten Probleme löst man nicht in 12 Tagen Schmerzlinik.“

4. Behandler sollten verstärkt mit den Patientenorganisationen (siehe AK Patientenorganisationen) zusammenarbeiten. Auch Betroffene haben Kompetenzen, die bisher kaum genutzt werden. Eine rühmliche Ausnahme ist die Deutsche Schmerzgesellschaft, die schon lange eng mit Patientenorganisationen zusammenarbeitet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Neumünster, Juni 2023

STATEMENT

Interdisziplinär gegen den Schmerz

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Anne Gärtner

wissenschaftliche Projektleiterin im Projekt PAIN2.0 und Psychologische Psychotherapeutin an der TU Dresden

Neues Angebot zur Prävention von Schmerzen für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten: Projekt PAIN2.0 soll die Wirksamkeit interdisziplinärer Gruppentherapie gegen die Chronifizierung von Schmerzen untersuchen und so eine Präventionslücke schließen.

Ein neues, bundesweites Projekt soll einen interdisziplinären Ansatz zur Behandlung chronischer Schmerzen erproben. „PAIN2.0“ will die Versorgung von Erwachsenen mit wiederkehrenden Schmerzen und Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung verbessern. Einem Verlust von physischer und psychischer Leistungsfähigkeit soll rechtzeitig vorgebeugt werden. Damit möchte PAIN2.0 diese Menschen erreichen, bevor die Schmerzen chronifiziert sind, sich Arbeitsunfähigkeit und weitere biopsychosoziale Einschränkungen eingestellt haben.

Das Konzept: Ein ambulantes, interdisziplinäres Therapieangebot soll Menschen mit wiederkehrenden Schmerzen über das biopsychosoziale Modell von Schmerz aufklären, individuelle Strategien zur Schmerzbewältigung sowie aktive Übungen vermitteln und im Alltag zu einer Veränderung von Schmerz- und Belastungsgestaltung führen. Die Konzeption sieht ein Gruppenkonzept mit ergänzenden Einzelsitzungen vor.

In PAIN2.0 arbeiten sowohl ärztliche als auch psychologische und physiotherapeutische Kolleginnen und Kollegen interdisziplinär zusammen. Innovativ ist der Ansatz zum einen, weil interdisziplinäre Ansätze in der Prävention noch nicht weit verbreitet sind. Zum anderen arbeiten die Professionen auch eng in der Gruppendurchführung zusammen, das heißt, dass die Gruppe durch mindestens zwei Professionen gleichzeitig betreut wird. Damit sollen ein guter Wissenstransfer und die Vermittlung des biopsychosozialen Modells aus allen verfügbaren Perspektiven erreicht werden.

Die Studie soll eine ambulante interdisziplinäre Gruppentherapie in ihrer Wirksamkeit untersuchen. Sie wird gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (01NVF20023) und durchgeführt durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., unterstützt durch die BARMER und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen der Versorgung als Konsortialpartner. Sie wird evaluiert durch ein externes Evaluationsinstitut in Form einer klinisch-randomisierten Studie im Cross-over-Design.

Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen haben die Möglichkeit, geeignete Patienten und Patientinnen an die Einrichtungen der Projektpartner zu überweisen. PAIN2.0 richtet sich an Menschen mit

wiederkehrenden Schmerzen von mehr als sechs Wochen oder häufig wiederkehrenden Schmerzen,
wenn die Personen

- mindestens 18 Jahre sind,
- sich in ihrer Lebensführung durch diese Schmerzen eingeschränkt fühlen und
- erste Anzeichen auf Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung aufweisen.

Wenn diese Faktoren erfüllt sind, ist PAIN2.0 mit seinem Angebot für diese Betroffenen geeignet.

Weitere Informationen gibt es auch unter www.pain2punkt0.de.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Dresden, Juni 2023

STATEMENT

Spezielle Schmerzpflege: individuell und patientenorientiert – Schmerzgesellschaft stellt neue zertifizierte Weiterbildung für Pflegefachpersonen vor

Professor Dr. rer. cur. Thomas Fischer, MPH, stellv. Sprecher der Ad-hoc-Kommission Curriculum Pflege Schmerz und Professor für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Dresden

Ob im Krankenhaus nach einer Operation, bei der Behandlung chronischer Schmerzen in der Schmerzambulanz oder auch in der Langzeitpflege, zum Beispiel in einem Pflegeheim – überall leisten Pflegefachfrauen und -männer einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen der Schmerztherapie. Sie sind unverzichtbarer Teil des interprofessionellen Teams und benötigen ebenso spezialisierte Kompetenzen wie Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen.

Um den Fortschritt im Bereich der Schmerztherapie und der spezialisierten Schmerzpflege abzubilden, hat die Deutsche Schmerzgesellschaft daher das Curriculum für die schmerzbezogene Weiterbildung der Pflegefachfrauen und -männer grundlegend überarbeitet. In diesem Jahr gehen die ersten Weiterbildungen nach den neuen Vorgaben an den Start. Ab dem Jahr 2024 müssen dann alle Weiterbildungen dem neuen Curriculum entsprechen. Nur wer eine Weiterbildung nach diesen Maßgaben absolviert hat, erhält von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ein Zertifikat als „Pflegefachfrau /-mann für Spezielle Schmerzpflege“.

Patient*innen mit Schmerzen können sich darauf verlassen, dass Pflegefachfrauen und -männer für Spezielle Schmerzpflege umfassendes Wissen zur Schmerzentstehung und zur Schmerztherapie besitzen. Besonders kompetent sind sie vor allem auch im Bereich der Schmerzeinschätzung. Die stellt gerade bei älteren Menschen, besonders aber bei Menschen, die sich verbal nicht mitteilen können, eine große Herausforderung dar. Wer eine Demenz hat oder eine Lernbehinderung kann oft nicht sagen, wo es wehtut oder wie stark der Schmerz ist. Mit besonderen Vorgehensweisen und Instrumenten gelingt es Pflegefachpersonen trotzdem, auch in diesen Fällen mit einem Schmerzassessment die Grundlage der Schmerztherapie zu sichern.

Pflegefachfrauen und -männer beraten, leiten an und schulen außerdem zum Umgang mit Schmerzen und der Schmerztherapie. Dazu wenden sie angepasste Gesprächsstrategien an, zeigen aber auch ganz konkrete Maßnahmen, um Schmerzen zu minimieren. Dabei sind Pflegefachpersonen nahe am Alltag der Patient*innen mit Schmerz, gerade bei älteren, multimorbiden Patient*innen, die neben dem Schmerz oft noch weitere Herausforderungen zu bewältigen haben. Ziel der Pflegefachpersonen ist dabei immer die Stärkung der Person mit Schmerzen, damit diese ein möglichst selbstbestimmtes Leben trotz Schmerz führen kann.

Um ein Zertifikat der Deutschen Schmerzgesellschaft zu erhalten, muss die Weiterbildung mindestens 80 Stunden im direkten Kontakt mit Dozent*innen sowie 40 Stunden Selbstlernzeiten umfassen. Die

abschließende Prüfung bezieht sich auf einen konkreten Fall, für den die Absolvent*innen Strategien für die schmerzbezogene Pflege und Therapie entwickeln sollen.

Zusammen mit den Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie den Curricula für die „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ und „Spezielle Schmerzphysiotherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. liegen nun zeitgemäße und umfassende Vorgaben für die Qualifizierung der wesentlichen an der Schmerztherapie beteiligten Berufsgruppen vor. Mit einheitlichen Vorgaben für die Lehrinhalte und die Abschlussprüfung stellt die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. sicher, dass Patient*innen mit Schmerzen sich darauf verlassen können, dass Pflegefachfrauen und -männer für Spezielle Schmerzpflege kompetente Partner*innen in allen Settings der Schmerztherapie sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Dresden, Juni 2023

Über die Deutsche Schmerzgesellschaft

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

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

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

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

Regelmäßig veranstaltet die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

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

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

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

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

Risikofaktoren für eine Chronifizierung

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

Chronische Schmerzen unterliegen immer körperlichen, psychischen und sozialen Einflüssen.

Warum ist Schonung und Vermeiden nicht gut?

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

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

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

Wie wird behandelt?

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

Grafik:
Multimodale Therapie



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

Im Einzelnen:

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

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

Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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



Patienten-Informationen

Schmerzen verstehen

Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz



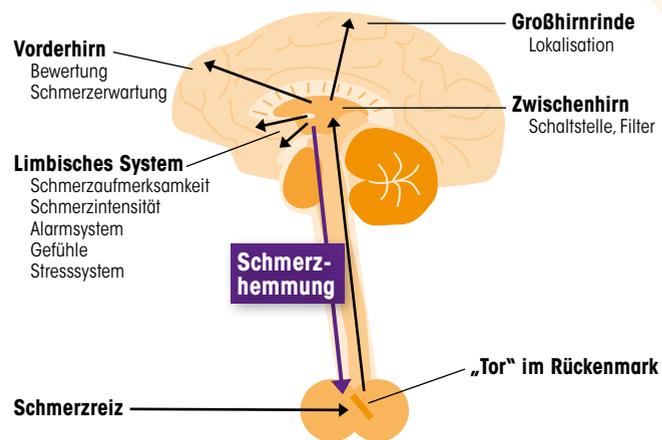
Deutsche Schmerzgesellschaft
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Was ist Schmerz?

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

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

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



Grafik: Schmerzverarbeitung

© von Wachter

Was ist akuter Schmerz?

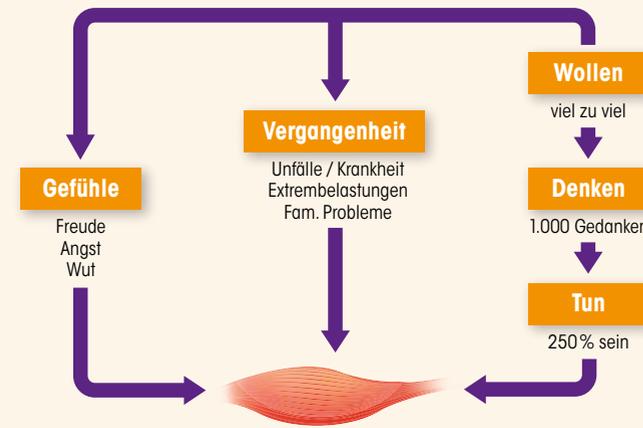
Akuter Schmerz ist ein Alarmsignal, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt, wie z.B. bei Zahnschmerzen, bei einem Knochenbruch oder bei körperlichen Überlastungen. Weil akuter Schmerz uns warnen soll, ist er in der Regel mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken wie Angst, Sorge oder Hilflosigkeit verknüpft.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

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

Wie kann Stress zu Schmerzen führen?

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

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



Grafik: Wie kommt die Spannung in den Muskel?

© Nobis/Lechner

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

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

Mögliche Ursachen stressbedingter Schmerzen:

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

Was ist chronischer Schmerz?

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

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

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

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



Grafik: Wie wird aus Schmerz chronischer Schmerz?

© Nobis/Lechner

Kopfschmerzen bei Medikamenten- übergebrauch

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

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

Wie wird ein Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch behandelt?

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

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

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



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

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

Psyche und Kopfschmerz?

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

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

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

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

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

Die Einbeziehung eines Psychologen ist sinnvoll, wenn:

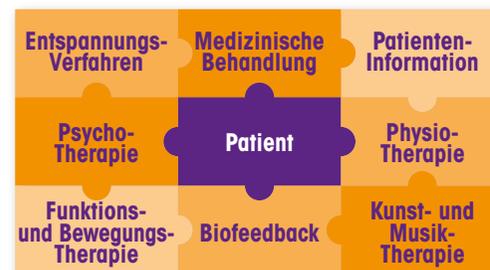
- mehr als drei Migräneattacken bzw. mehr als 10 Kopfschmerztage im Monat auftreten,
- wichtige Alltagsfunktionen (z. B. in Beruf, Familie, Freizeit) stark eingeschränkt sind,
- häufig Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden,
- eine hohe Stressbelastung vorliegt,
- Ängste oder Niedergeschlagenheit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

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

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

Worauf kommt es an?

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



Grafik:
Multimodale
Therapie

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

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

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

Buch-Tipp:

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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

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



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.



Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.



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

Patienten-Informationen

Kopfschmerzen verstehen

Migräne
Spannungskopfschmerz
Medikamentenkopfschmerz



Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden in der Bevölkerung.

Man unterscheidet primäre und sekundäre 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.

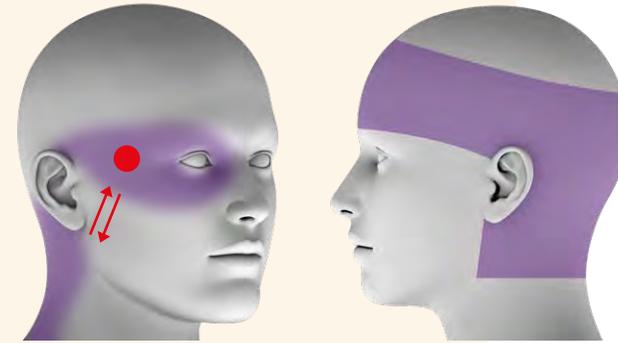
Nahrungsmittel und insbesondere Alkohol können Migräneattacken auslösen. Eine spezielle Diät mit Meiden zahlreicher Lebensmittel ist nicht hilfreich, stattdessen ist eine gesunde ausgewogene Ernährung zu empfehlen.

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.

Prognose

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

Schmerzpsychotherapeutische Behandlung des CRPS

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

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

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

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

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

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

Selbsthilfe

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

WebTipp: www.crps-netzwerk.org

Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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



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

Patienten-Informationen

CRPS – Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen



Was ist CRPS?

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

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

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

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

Typische Symptome

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



Sichtbare Zeichen eines CRPS der Füße
© Frank Birklein

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

Häufige Symptome bei CRPS:

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

Diagnostische Abklärung

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

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

Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

Infos zur Spiegeltherapie:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

Risikofaktoren

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



3. Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz

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

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

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

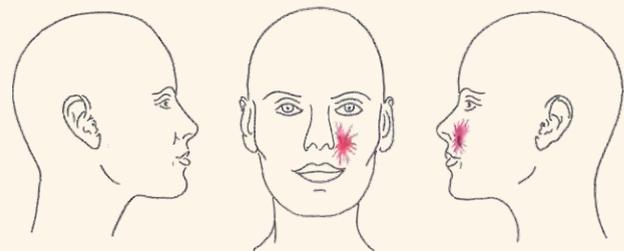


Abb.: Beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz können verschiedene Bereiche des Gesichts betroffen sein.

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

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

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

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

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



Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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



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



Patienten-Informationen

Gesichtsschmerzen verstehen

Kaumuskel- und Kiefergelenksschmerz
Trigeminusschmerz
Atypischer Gesichtsschmerz

Kiefer- und Gesichtsschmerzen verstehen

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

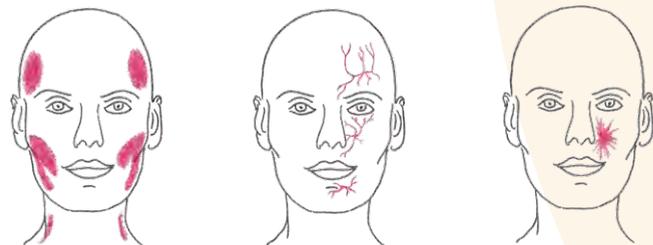


Abb.: Kiefer- und Gesichtsschmerzen haben verschiedene Ursachen.

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

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

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

Im Folgenden werden die drei häufigsten Krankheitsbilder kurz dargestellt.

1. Kaumuskel- und Kiefergelenkbeschwerden

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

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

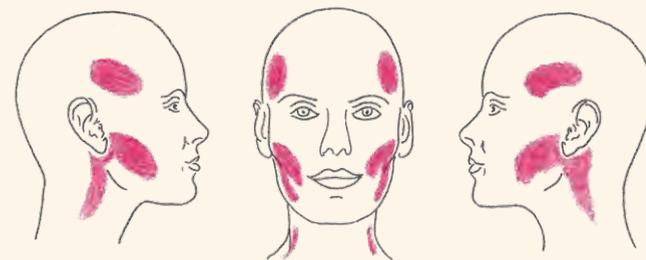


Abb.: Typischer Schmerzbereich bei Kaumuskel- und Kiefergelenkbeschwerden.

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

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

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

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

2. Trigeminalneuralgie und Trigeminalneuropathie

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

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

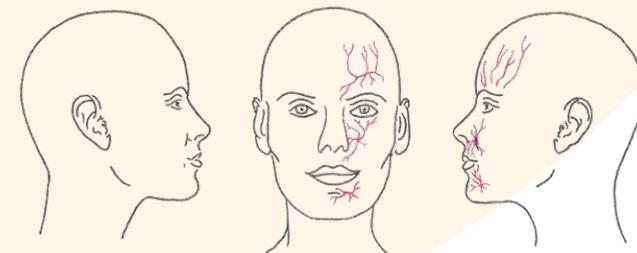


Abb.: Der Trigeminalnerv mit seinen drei Ästen.

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

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

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

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

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

Wichtig: Übliche Schmerzmittel helfen bei Trigeminalschmerzen nicht.

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

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

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

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

Therapie

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



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

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

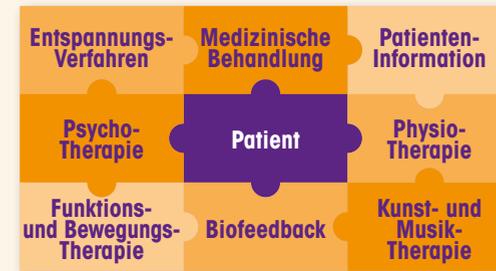


Abb. 2 ©AK Patienteninformation (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

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

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

Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf   

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



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



Patienten-Informationen

Endometriose-Schmerzen verstehen



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



Was ist Endometriose?

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

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

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

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

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

Symptome

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

Endometriose – Die typischen Stellen



Abb. 1

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

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

Endometriose ist außerdem eine der häufigsten Ursachen für Unfruchtbarkeit.

Unspezifische Begleitsymptome

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

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

Ursachen

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



Wie finde ich eine gute 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: Ad-Hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



Patienten-Informationen

Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Wie finde ich eine passende Einrichtung?



Liebe Patientinnen und Patienten,

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

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

Wer ist ein Schmerztherapeut?

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

Was ist Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)?

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

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



Grafik: Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Checkliste für eine gute Schmerzlinik bzw. ein gutes Schmerzzentrum

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

Behandlungsmöglichkeiten

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

Medikamentöse Behandlung

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



Medikamentöse Behandlung bei Schmerz

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

Medikamentöse Einschränkungen

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

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

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

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

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

Nicht-medikamentöse Möglichkeiten

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

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

Selbsthilfe

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

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

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

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

Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf   

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



Patienten-Informationen

Restless Legs Syndrom verstehen

Was ist RLS?

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

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



Diagnose

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

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

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

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

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

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

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

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

Mögliche Ursachen von RLS

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

Wichtige Faktoren sind nach heutigem Wissenstand:

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

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

Psychische Erkrankungen als Verstärker?

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



Fallbeispiel:

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

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

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

Autoren: Friederike Keifel
Claudia Winkelmann
Toni Graf-Baumann
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Oktober 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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



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



Patienten-Informationen

Physiotherapie bei
Schmerzerkrankungen

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 Anhaktechniken in den Haut- und Faszien-schichten durchgeführt. Dabei wird ein therapeutisch gewolltes Schneidegefühl ausgelöst. Behandlungsziele sind Durchblutungsverbesserung, Schmerzlinderung und Verbesserung der Organfähigkeit.

Schmerzen? Einfach dreifach informieren.

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



Unsere Flyer



Unsere Homepage



Unser Ratgeber

Unsere Flyer

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



Unsere Homepage

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



Unser Ratgeber

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



Werden Sie Partner des „Aktionstag gegen den Schmerz“

Machen Sie mit Ihrer Einrichtung bei Aktionen mit!

Im Rahmen des „Aktionstages gegen den Schmerz“ ruff die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Kliniken, ärztliche oder psychologische Praxen, schmerztherapeutische Einrichtungen, Apotheken sowie Pflegedienste, Heime, Physiotherapeuten u.a. sowie die Medien auf, das Thema „Schmerz“ verstärkt in die Öffentlichkeit zu tragen.

Bundesweit wird es Informationsveranstaltungen für betroffene Schmerzpatienten und deren Angehörige geben. Weitere Aktionen sind geplant, wie z. B. eine bundesweite Hotline, die Abgabe von Patientenbroschüren sowie „Tage der offenen Tür“ in teilnehmenden schmerztherapeutischen Einrichtungen in ganz Deutschland.

Um auf das Thema auch in der breiten Öffentlichkeit aufmerksam zu machen, wird die Aktion von einer breit angelegten Pressearbeit begleitet.

Mit der Etablierung des „Aktionstag gegen den Schmerz“ will die Deutsche Schmerzgesellschaft zusammen mit ihren Partnern und teilnehmenden Kliniken einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Schmerzpatienten und deren Angehörigen in Deutschland leisten.

Als Service hilft die Deutsche Schmerzgesellschaft Ihnen mit Material, Unterstützung und Know-How bei der Organisation. Nehmen Sie mit uns gerne Kontakt auf! Machen Sie mit bei Ihnen vor Ort!

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

- ANOA e.V. – Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken
- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
- Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)
- CRPS Netzwerk gemeinsam stark e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Schmerzlīga e.V.
- Deutsche Schmerztiftung
- DFV e.V. – Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.
- German Brain Council e.V.
- Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)
- MBSR-MBCT Verband e.V.
- MigräneLiga e.V. Deutschland
- RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung
- UVSD SchmerzLOS e.V.

In Zusammenarbeit mit:

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

Kontakt

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Bundesgeschäftsstelle, Herr Thomas Isenberg
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

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

E-Mail: info@schmerzgesellschaft.de

Internet: www.schmerzgesellschaft.de



Aktionstag gegen den Schmerz

6. Juni 2023
Machen Sie aktiv mit!

Chronischer Schmerz – eine Herausforderung

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland berichten von chronischen Schmerzen. Damit ist der Schmerz eine Volkskrankheit wie Diabetes und Bluthochdruck. Zu den chronischen Schmerzerkrankungen gehören die unterschiedlichsten Schmerzarten: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Nervenschmerzen, aber auch Tumorschmerzen.

Noch immer sind viele Schmerzpatienten in Deutschland unterversorgt – insbesondere in der Behandlung von chronischen Schmerzen. Statistiken zeigen, dass **die Hälfte aller Schmerzpatienten unzureichend behandelt** wird.

Die beteiligten Gesellschaften und Verbände haben sich zum Ziel gesetzt, die Situation für Schmerzpatienten in Deutschland zu verbessern.

Denn: **Jeder Mensch hat das Recht auf eine angemessene Schmerztherapie.**

Bewusstsein schaffen für Schmerzpatienten

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. initiiert und etabliert den bundesweiten „Aktionstag gegen den Schmerz“.

Damit leisten wir für Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Schmerzversorgung und machen uns stark für das Anliegen von Schmerzpatienten und deren Angehörigen in Deutschland.

Unter dem Motto „Bewusstsein schaffen“ startet am **6. Juni 2023 der zwölfte deutschlandweite „Aktionstag gegen den Schmerz“**. Bundesweit werden an diesem Tag Kliniken, Ärzte, Apotheken und Pflegeeinrichtungen und Patienten im Rahmen des Aktionstages das Thema „Schmerz“ verstärkt in die Öffentlichkeit tragen.

In jedem Jahr findet der „Aktionstag gegen den Schmerz“ am ersten Dienstag im Juni statt. Also: Vormerken und mitmachen!

„Aktionstag gegen den Schmerz“ – werden Sie aktiv!

Am 6. Juni 2023, dem zwölften bundesweiten „Aktionstag gegen den Schmerz“, können sich Schmerzpatienten und ihre Angehörigen gezielt über Behandlungsmöglichkeiten informieren und beraten lassen.

- Schmerztherapeutische Einrichtungen in ganz Deutschland geben Ihnen Einblicke in die verschiedenen Methoden der Schmerzbehandlung.
- Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und ihre Partner stellen Ihnen aktuelles Patienteninformations- und Servicematerial zur Verfügung.
- Hotline für Schmerzpatienten: Unter der kostenfreien Rufnummer

0800-18 18 120

stehen am 6. Juni zwischen 9:00 und 18:00 Uhr renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.



Aktionstag
gegen den Schmerz



6. Juni 2023
Machen Sie aktiv mit!

Aktionstag gegen den Schmerz

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

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

Wir laden Sie herzlich ein zum 12. bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz!



Experten-Hotline 0800 – 18 18 120

Renommierete Schmerzexperten aus ganz Deutschland beantworten Ihnen am 6. Juni von 9.00 – 18.00 Uhr Ihre Fragen!

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

- ANOA e.V. – Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken
 - Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
 - Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)
 - CRPS Netzwerk gemeinsam stark e.V.
 - Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
 - Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
 - Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)
 - Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)
 - Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 - Deutsche Schmerzliga e.V.
 - Deutsche Schmerzstiftung
 - DFV e.V. – Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.
 - German Brain Council e.V.
 - Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)
 - MBSR-MBCT Verband e.V.
 - MigräneLiga e.V. Deutschland
 - RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung
 - UVSD SchmerzLOS e.V.
- In Zusammenarbeit mit:
- Deutscher Apothekerverband e.V. (DAV)
 - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. (DBfK)
 - Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)