

Online-Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. anlässlich des bundesweiten 13. „Aktionstages gegen den Schmerz“ am 4. Juni 2024

Schmerzversorgung muss gesichert werden!

Termin: Dienstag, 4. Juni 2024, 11:00 bis 12:00 Uhr

Anmeldung: <https://attendee.gotowebinar.com/register/2018563050169497693>

Programm:

13. Aktionstag gegen Schmerz: 150 Einrichtungen klären über Schmerz und aktuelle Behandlungsmöglichkeiten auf

und

Forschung gegen Schmerz: Die Schmerzgesellschaft ist in neuen Innovationsfondsprojekten bundesweit aktiv

Professor Dr. med. Hans-Georg Schaible

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

Krankenhausreform: Schmerz muss eigene Leistungsgruppe werden!

Aktuelle Daten enthüllen gravierende Lücken in der Schmerzversorgung und bei der Erreichbarkeit von Einrichtungen

Professor Dr. med. Frank Petzke

Leiter der Abteilung Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Pflegekompetenzgesetz – Eine Revolution in der Schmerztherapie? Wie Schmerzpatientinnen und -patienten von neuen heilkundlichen Aufgaben der Pflegenden profitieren

Professor Dr. h.c. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V. (DBfK)

Das Thema Schmerz gehört ins Klassenzimmer und in die Vorlesungssäle: Frühe Aufklärung und Weiterbildung für bessere Schmerzprävention

Heike Norda

Vorsitzende der Selbsthilfegruppe SchmerzLOS e. V. in Neumünster

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

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2024
Christina Seddig
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-652, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org
<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/bewusstsein-schaffen/aktionstag>

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

Aktionstag gegen den Schmerz am 4. Juni 2024

Was tun gegen Schmerz? Expertinnen und Experten klären über Therapiemöglichkeiten auf

**Informationsveranstaltungen an 150 Standorten bundesweit +++ Kostenfreie Patientenhotline
0800 1818120 am 4. Juni geschaltet +++ Patientenflyer online verfügbar**

Berlin, 4. Juni 2024 – In Deutschland berichten rund 23 Millionen Menschen über chronische Schmerzen. Besonders häufig betroffen sind dabei Kopf, Rücken, Gelenke, Nerven und der Magen-Darm-Bereich. Betroffene müssen oft erhebliche Einschränkungen im Alltag in Kauf nehmen, mitunter kommt es sogar zu Arbeitsausfällen und Frühberentung. Doch wie kann man die Schmerzen lindern? Welche Therapien sind hilfreich? Diese und viele weitere Fragen können Leidgeplagte und ihre Angehörigen am 4. Juni 2024 beim [13. bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz](#) an Expertinnen und Experten richten. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. organisiert diesen Tag in Zusammenarbeit mit 150 Einrichtungen. Neben Aktionen, Infoveranstaltungen und Vorträgen wird auch eine kostenfreie telefonische Patientenhotline geschaltet.

Jährlich am ersten Dienstag im Juni ruft die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. Kliniken, ärztliche oder psychologische Praxen, schmerztherapeutische Einrichtungen, Apotheken sowie Pflegedienste, Heime und Physiotherapiepraxen auf, das Thema „Schmerz“ in den Fokus zu rücken. Um die breite Öffentlichkeit, Betroffene und ihre Angehörigen zu informieren, gibt es im Rahmen des „Aktionstages gegen den Schmerz“ am 4. Juni 2024 bundesweite Informationsveranstaltungen. „Es ist wichtig, über die Entstehung von Schmerz aufzuklären und Betroffenen Wege daraus aufzuzeigen“, so Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. „Denn Schmerz wird häufig unterschätzt. Wird er nicht ernst genommen und behandelt, kann er sich schnell chronifizieren, zu einer großen Einschränkung im Alltag werden und die Lebensqualität erheblich mindern“, gibt Isenberg zu bedenken.

Fast jede 5. Krankschreibung in Deutschland ist auf Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden oder andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zurückzuführen¹. „Die damit verbundenen Schmerzen führen also nicht nur zu persönlichem Leid, sondern richten auch erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden an“, so Isenberg. So verursachen chronische Schmerzen hierzulande jährliche Kosten von schätzungsweise 38 Milliarden Euro. Davon entfallen lediglich etwa 10 Milliarden Euro auf die Behandlungskosten – der Rest ist Krankengeld, Arbeitsausfall und Frühberentungen zuzuschreiben.

Es ist daher wichtig, Schmerzen frühzeitig zu behandeln und so bestenfalls in den Griff zu bekommen. Doch bei mehr als der Hälfte aller Menschen mit chronischen Schmerzen dauert es mehr als 2 Jahre, bis sie eine wirksame Schmerzbehandlung erhalten, und nur ein Zehntel aller Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen werden überhaupt einem Spezialisten vorgestellt.

Der Aktionstag soll Betroffenen und ihren Angehörigen daher die Möglichkeit geben, niederschwellig und wohnortnah mit renommierten Schmerzexpertinnen und -experten in Kontakt zu treten. Eine Übersicht aller Veranstaltungen gibt es auf der [Website der Schmerzgesellschaft](#).

Außerdem steht von 9:00 bis 18:00 Uhr eine kostenfreie telefonische **Patientenhotline 0800 1818120** zur Verfügung. Dort erhalten Anruferinnen und Anrufer praktische Tipps zum Umgang mit Schmerzen und Informationen darüber, wo sie die richtige Unterstützung und Therapie erhalten.

Am Aktionstag findet auch eine **Online-Pressekonferenz** statt. Hier informieren Schmerzexperten, eine Vertreterin der Pflegeberufe und eine Betroffene über aktuelle Forschungsprojekte im Bereich Schmerz, darüber, welche Möglichkeiten aber auch Hindernisse die Krankenhausreform für die Schmerzversorgung bringt und warum das Thema Schmerz in Schulen und ins Medizinstudium gehört.

Weitere Informationen:

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 Schmerzerkrankungen“](#)

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

Literatur:

¹Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77239/umfrage/krankheit-hauptursachen-fuer-arbeitsunfaehigkeit/>



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit über 3500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 19 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Perspektive wird zudem erweitert durch die institutionelle korrespondierende Mitgliedschaft der Vereinigung aktiver Schmerzpatienten SchmerzLOS e. V. in der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

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

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt:

Christina Seddig
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-652
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: seddig@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

Neue Daten zeigen: Schmerzmedizin in Deutschland oft unerreichbar

Millionen Schmerzpatientinnen und -patienten nicht ausreichend versorgt

Berlin, 4. Juni 2024 – Eine noch unveröffentlichte Analyse hat erstmals sämtliche Standorte teil- und vollstationärer schmerzmedizinischer Angebote in Deutschland kartiert. Das Ergebnis ist ernüchternd: Für viele chronische Schmerzpatientinnen und -patienten bleibt eine adäquate Versorgung unerreichbar. Auf der heutigen Pressekonferenz zum Aktionstag gegen den Schmerz präsentierten Experten der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. die wichtigsten Daten aus der Studie und ordneten die Erkenntnisse daraus in die derzeitigen Pläne der Krankenhausreform ein.

Chronisch Schmerzkrankte sind oft stark in ihrer Mobilität eingeschränkt. Die tägliche Fahrt zur Therapie wird zur unüberwindbaren Hürde, die die ohnehin schon belasteten Patientinnen und -patienten zusätzlich erschöpft und die Therapieerfolge konterkariert. „Viele Betroffene können ein interdisziplinär multimodales Therapieangebot (IMST) nicht in Anspruch nehmen, wenn sie zu weit weg wohnen, kein Auto haben, zu wenig Geld für tägliche Anfahrten und Parkgebühren, keine angemessen Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr haben, oder schlichtweg im Rahmen ihrer Erkrankung zu erschöpft sind, um häufige Fahrten zu schaffen“, gibt Professor Dr. med. Frank Petzke, Präsidiumsmitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., zu bedenken. „Zur Überprüfung der realistischen Versorgungslage ist es daher wichtig, Daten zu erheben, die nicht nur die Versorgungsstrukturen, sondern auch realistische Erreichbarkeit entsprechender Einrichtungen aus Patientenperspektive aufzeigen.“ Das sei mit der aktuellen noch unveröffentlichten Studie gelungen.

Unerreichbare und zu wenige Therapiezentren – ein Versorgungsproblem

In der Untersuchung wurden für 1.000 Modellpatienten in Deutschland die Fahrzeiten zu den nächstgelegenen schmerzmedizinischen Einrichtungen analysiert. Hier ergaben sich besonders für teilstationäre Einrichtungen wie Schmerztageskliniken und universitäre Schmerzzambulanzen erschreckende Zahlen. Insbesondere mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist für 68 bis 75 Prozent der Betroffenen der Weg nur unrealistisch zu bewältigen.

Wesentliche Zahlen der Studie im Überblick:

- **Universitäre Schmerzzambulanzen:** Etwa 48 km einfache Anfahrstrecke, bis maximal 161 km. Für die Anfahrt mit dem Auto in 70 Prozent kritisch und in 49 Prozent nicht realistisch, bei Anreise mit ÖPV in 80 Prozent kritisch, in 68 Prozent nicht realistisch.

- **388 vollstationäre Einrichtungen (davon 259 mit >75 Patienten/Jahr analysiert):**
Durchschnittlich 26 km vom Wohnort entfernt, mit Extremwerten bis zu 244 km. Für Anfahrt mit dem Auto in 39 Prozent kritisch und in 14 Prozent nicht realistisch, bei Anreise mit ÖPV in 61 Prozent kritisch, in 48 Prozent nicht realistisch. Hier stellt sich auch das Problem der Begründung für die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung, die nicht für alle Patienten mit dringlichem Therapiebedarf gegeben ist. Fehlende Erreichbarkeit von Alternativen ist keine ausreichende Begründung.
- **93 teilstationäre Schmerztageskliniken (fast die Hälfte davon liegt in Bayern):** Im Durchschnitt 51 km entfernt, maximal 237 km. Für Anfahrt mit dem Auto in 68 Prozent kritisch und in 49 Prozent nicht realistisch, bei Anreise mit ÖPV in 83 Prozent kritisch, in 75 Prozent nicht realistisch.
- **1.089 ambulante spezialisierte schmerzmedizinische Einrichtungen:** Im Durchschnitt 13 Minuten bzw. 13 km entfernt.

Die ambulante, spezialisierte Basisversorgung ist bei weitem zahlenmäßig nicht ausreichend, um die Menge der Schmerzpatienten ambulant „aufzufangen“. Im Zuge der Versorgungsengpässe haben die kassenärztlichen Vereinigungen die Fallzahlen in der Versorgung von niedergelassenen, ambulant tätigen spezialisierten Schmerzmedizinern schon sehr großzügig nach oben gesetzt – auch wenn dies die Behandlungsqualität einschränkt. Rechnet man auf die identifizierten Behandelnden diese erhöhten Fallzahlen hoch, würde dies in Deutschland die Versorgung von maximal rund einer halben Million Menschen mit chronischen Schmerzen ermöglichen. „Doch tatsächlich haben wir bis zu 6 Millionen Betroffene, die eine hochspezialisierte ambulante Schmerztherapie benötigen. Daran wird das Versorgungsdefizit sehr deutlich“, erklärt Petzke, Leiter der Abteilung Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Göttingen.. Zur oft schlechten Erreichbarkeit komme also noch das mangelhafte Versorgungsangebot in der Fläche hinzu. Eine ambulante leitliniengerechte Therapie ist somit oft nicht oder nur schwierig umsetzbar. Insbesondere interdisziplinär ausgerichtete ambulante Behandlungsangebote sind in der aktuellen Versorgungsstruktur gar nicht vorgesehen. Bis zu 60 Prozent der aktuell niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und -therapeuten werden in den nächsten 10 Jahren aus der Versorgung ausscheiden.

Auch die Krankenhausreform der Bundesregierung wird hier, wie es derzeit aussieht, leider zu keiner positiven Veränderung beitragen. Im Gegenteil: „Da Schmerz keine eigenen „Leistungsgruppe“ mit eigenen Vorhaltepauschalen und einer Planungsperspektive in der aktuellen Krankenhausreform wird, drohen insbesondere nötige spezialisierte Zentren weiter wegzufallen und sich die ohnehin schon sehr

ausgedünnte Versorgung für Schmerzpatientinnen und -patienten weiter zu verschlechtern“, so Petzke. Es fehlen gute Versorgungsstrukturen und eine flächendeckende Schmerzexpertise.

Auf dieses Problem weist auch der aktuelle [Beschluss des Deutschen Ärztetages](#) (Mainz 7.05. bis 10.05.2024) hin: „...in den Plänen der Bundesregierung zur Klinikreform ist eine Förderung der spezialisierten Schmerzmedizin bisher nicht vorgesehen. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wird aktuell in rund 450 Kliniken durchgeführt. Aktuell kommt es bereits zu Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen, Neuplanungen werden eingestellt (...) Die teil- und vollstationäre schmerzmedizinische Versorgung ist ebenso wie eine umfassende ambulante Betreuung unerlässlich für eine Gewährleistung der Versorgungssicherheit von chronischen Schmerzpatienten in Deutschland.“

„Die Zahl der Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen und die fehlende Planungsperspektive sind alarmierend in Anbetracht steigender Zahlen von Betroffenen und der notwendigen Sicherung der Ausbildung zukünftiger Schmerzspezialisten“, kritisiert Petzke. „Wir fordern die Bundesregierung, die Fraktionen des Deutschen Bundestags und alle an der Krankenhausreform beteiligten Akteure auf Bundes- und Landesebene dazu auf, die Strukturen der Schmerzmedizin zu stärken, statt zu schwächen“ ergänzt Petzke. „Dazu bedarf es unter anderem die Einführung einer eigenen Leistungsgruppe der ‘Interdisziplinären multimodalen Schmerzmedizin‘ mit entsprechenden Qualitätsvorgaben und Vorhaltepauschalen bei der Krankenhausreform!“

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit über 3500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 19 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Perspektive wird zudem erweitert durch die institutionelle korrespondierende Mitgliedschaft der Vereinigung aktiver Schmerzpatienten SchmerzLOS e. V. in der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

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

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2024

Christina Seddig

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-652, Fax: 0711 8931-167

E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org,

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



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

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

STATEMENT

13. Aktionstag gegen Schmerz: 150 Einrichtungen klären über Schmerz und aktuelle Behandlungsmöglichkeiten auf
und
Forschung gegen Schmerz: Die Schmerzgesellschaft ist in neuen Innovationsfondsprojekten bundesweit aktiv

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. und freue mich, Sie heute zum zweiten Mal in dieser Position bei einem Aktionstag gegen den Schmerz begrüßen zu dürfen.

Gestatten Sie mir ein paar einführende Worte zur Bedeutung von Schmerzgesellschaften. Wegen der großen Bedeutung des Schmerzes im Leben vieler Menschen ist die Schmerzmedizin sowohl international als auch in sehr vielen Ländern in nationalen Fachgesellschaften organisiert. Diese Gesellschaften haben das Ziel die Schmerzmedizin konstant zu verbessern, denn weltweit können wir mit dem gegenwärtigen Stand der Schmerzmedizin nicht zufrieden sein. Das zeigen die Zahlen, die ich Ihnen gleich nennen werde, sehr deutlich.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V ist mit über 3.700 Mitgliedern in Europa die größte nationale wissenschaftlich-medizinisch 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.
- Circa 5 Prozent der chronischen Schmerzen sind durch Tumorerkrankungen bedingt und kennzeichnen häufig das Endstadium einer Krebserkrankung. Die Linderung solcher Schmerzen auch mit starken Schmerzmedikamenten ist ein Gebot der Menschlichkeit.
- Aber 95 Prozent der chronischen Schmerzen sind nicht durch Tumorerkrankungen bedingt, sondern zum Beispiel durch Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems, die häufig über Jahre bis Jahrzehnte bestehen können. Solche Schmerzen können häufig nicht nur mit Medikamenten behandelt werden, sondern erfordern eine differenzierte Behandlung mit verschiedenen Therapieansätzen.
- Ein wesentliches Kriterium für die Stärke der Belastung durch Schmerzen ist das Maß der körperlichen Beeinträchtigung durch die Schmerzen. Berücksichtigt man bei der Beurteilung des Schweregrads der Schmerzen die „Messlatte“ der Beeinträchtigung, so erfüllen 6 Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes.

- Es gibt noch eine weitere Stufe: Sind Schmerzen mit starker körperlicher Beeinträchtigung auch noch mit signifikanten psychischen Beeinträchtigungen assoziiert, liegt eine richtige Schmerzkrankheit vor, bei der der Schmerz der alles bestimmende Faktor im Leben ist. An einer solchen Schmerzkrankheit leiden rund 2,2 Millionen Deutsche.

In diesem Jahr, 2024, findet der „bundesweite Aktionstag gegen den Schmerz“ zum 13. Mal statt. Und zwar wie immer am ersten Dienstag im Juni eines Kalenderjahres.

- Rund 150 Einrichtungen wirken heute an dieser Aktion mit. Begonnen haben wir vor 13 Jahren mit nur 16 mitwirkenden Zentren. Durch die Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft und ihrer Geschäftsstelle konnten wir den Kreis der aktiv Mitwirkenden rund um das 10-Fache steigern.

Neben den Ärzten sind andere Berufsgruppen in der Schmerzmedizin unverzichtbar. Bei der Therapie der Schmerzkrankheit ist eine spezielle Schmerzpsychotherapie essenzieller Bestandteil im Gesamtkonzept. Physiotherapeutische Maßnahmen sind Bestandteil aller Behandlungskonzepte. Enorme Bedeutung hat auch die Pflege, weil häufig gerade diese eine längerfristige praktische Umsetzung der Behandlungsziele bewirken kann. Wichtig ist auch die Apothekerschaft.

Ein weiterer Gesichtspunkt hat eine große Bedeutung in der Schmerzmedizin, nämlich die aktive Beteiligung der vom Schmerz Betroffenen. Niemand versteht die Auswirkung von Schmerzen besser als die Betroffenen selbst. Ohne die aktive Mitwirkung der Betroffenen ist eine langfristige Besserung chronischer Schmerzen nicht möglich. Glücklicherweise haben wir in Deutschland eine sehr aktive bundesweite Selbsthilfevereinigung, die SchmerzLOS e.V. Die Präsidentin von SchmerzLOS, Frau Norda, wird nachfolgend selbst das Wort ergreifen. Sie wird dafür plädieren, dass vom Schmerz Betroffene, Familienangehörige und auch Führungskräfte viel mehr über Schmerzen wissen müssen, damit sich auch die Schmerzpatienten am gesellschaftlichen Leben ausreichend beteiligen können. Diese Forderung hat auch eine große gesundheitspolitische Dimension.

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. 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.

- Die rund 150 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 150 mitwirkenden 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>

Wichtig ist mir aber noch Folgendes: Wir sprechen beim Aktionstag nicht nur Menschen an, die bereits an chronischen Schmerzen leiden. Die effektivste Maßnahme gegen chronische Schmerzen ist deren Vermeidung.

Seit einigen Jahren versucht die Schmerzgesellschaft aktiv, im Gesundheitssystem immer mehr präventive Therapieangebote zu etablieren. Patientinnen und Patienten, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer chronischen Schmerzerkrankung haben, sollen frühzeitig identifiziert werden und Zugang zu einer guten Versorgung erhalten. Und gleichzeitig im Optimalfall auch noch ihrem Beruf nachgehen können!

Diesbezüglich führt die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. mit einem Netzwerk von medizinischen Einrichtungen derzeit vier bundesweite Projekte mit einem Gesamtvolumen von rund 25 Mio. Euro durch. Diese Projekte werden gefördert vom sogenannten Innovationsfonds, mit dem der Bund Projekte der angewandten Versorgungsforschung unterstützt. Ziel dieser Projekte ist es neue innovative Therapieansätze in die Regelversorgung zu überführen. Das konkrete Ziel unserer Projekte ist es, die Therapie chronischer Schmerzen in Deutschland durch ganzheitliche interdisziplinäre Therapiekonzepte signifikant zu verbessern.

Doch dazu bedarf es auch neuer Leitplanken in der Gesundheitspolitik:

Schon heute ist ein Großteil der spezialisierten (teil)stationären Einrichtungen für Patientinnen und Patienten schwer zu erreichen, zudem fehlt es an genügend Kapazitäten auch im ambulanten Bereich. Und das Fatale ist: die aktuelle Krankenhausreform greift dieses Thema nicht auf, es droht sogar eine weitere Ausdünnung der ohnehin wenigen Strukturen. Mehr dazu wird Ihnen mein Präsidiumskollege, Professor Petzke in seinem Statement verdeutlichen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2024

STATEMENT

Krankenhausreform: Schmerz muss eigene Leistungsgruppe werden!

Aktuelle Daten enthüllen gravierende Lücken in der Schmerzversorgung und bei der Erreichbarkeit von Einrichtungen

Professor Dr. med. Frank Petzke

Leiter der Abteilung Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Aktuelle Daten zur Versorgungslage zeigen:

- Spezialisierte schmerzmedizinische Angebote sind in Deutschland nicht ausreichend und oft unerreichbar – Millionen Schmerzpatientinnen und -patienten haben keinen Zugang zu einer ausreichenden Versorgung.
- Insbesondere multimodale, interdisziplinäre Therapieeinrichtungen sind für bis zu über die Hälfte der Betroffenen de-facto von ihrem Wohnort aus nicht zu erreichen.
- Es bestehen gerade aufgrund der Erreichbarkeit einer schmerztherapeutischen Versorgung für Patienten große Zugangsprobleme.

Gerade teilstationäre Angebote zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie – welche bei bereits fortgeschrittenen chronischen Schmerzen dringend notwendig sind – liegen in über der Hälfte aller Fälle in nicht realistischer Fahrzeitenentfernung. Eine engere Anbindung mit häufiger Anreise vom Wohnort der Patienten sind schlicht nicht möglich. Auch eine Behandlung in einer stationären Schmerztherapie kann nicht mit der fehlenden Erreichbarkeit von Alternativen begründet werden. Hier werden von den Krankenkassen zusätzliche medizinische Aspekte (z.B. schwere Begleiterkrankungen) eingefordert, die nicht alle Patienten – trotz eindeutigem interdisziplinärem Therapiebedarf – erfüllen.

Wesentliche Zahlen im Überblick:

- **Universitäre Schmerzambulanzen:** Etwa 48 km einfache Anfahrstrecke, bis maximal 161 km. Für die Anfahrt mit dem Auto in 70 Prozent kritisch und in 49 Prozent nicht realistisch, bei Anreise mit ÖPV in 80 Prozent kritisch, in 68 Prozent nicht realistisch.
- **388 vollstationäre Einrichtungen (davon 259 analysiert mit > 75 Patienten/Jahr):** Durchschnittlich 26 km vom Wohnort entfernt, mit Extremwerten bis zu 244 km. Für Anfahrt mit dem Auto in 39 Prozent kritisch und in 14 Prozent nicht realistisch, bei Anreise mit ÖPV in 61 Prozent kritisch, in 48 Prozent nicht realistisch.
- **93 teilstationäre Schmerztageskliniken (fast die Hälfte davon liegt in Bayern):** Im Durchschnitt 51 km entfernt, maximal 237 km. Für Anfahrt mit dem Auto in 68 Prozent kritisch und in 49 Prozent nicht realistisch, bei Anreise mit ÖPV in 83 Prozent kritisch, in 75 Prozent nicht realistisch.
- **1.089 ambulante spezialisierte schmerzmedizinische Einrichtungen:** Im Durchschnitt 13 Minuten bzw. 13 km entfernt. Aber: Als „ambulante, spezialisierte Basisversorgung“ sind dies

bei weitem nicht genügend, um die Menge der Schmerzpatienten ambulant „aufzufangen“. Bis zu 60 Prozent der aktuell niedergelassenen Schmerztherapeuten werden in den nächsten 10 Jahren aus der Versorgung ausscheiden.

Immer weniger Schmerzpatientinnen und -patienten sind adäquat versorgt

- Bei den aktuellen vielfältigen Reformanstrengungen muss für die Schmerzmedizin auch die Erreichbarkeit und der Zugang zu Versorgungsangeboten berücksichtigt werden.
- Gerade die Krankenhausreform der Bundesregierung wird hier, wie es derzeit aussieht, leider zu keiner positiven Veränderung beitragen. Im Gegenteil: Da Schmerz keine eigene „Leistungsgruppe“ mit eigenen Vorhaltepauschalen und Planungssicherheit in der aktuellen Krankenhausreform wird, drohen grade nötige spezialisierte Zentren weiter „ausgedünnt“ zu werden und wegzufallen. Die ohnehin schon sehr ausgedünnte Versorgung für Schmerzpatientinnen und -patienten droht sich weiter zu verschlechtern.
- Ein weiterer Effekt ist der dann noch verschärfte Mangel in der Ausbildung zukünftiger Schmerzspezialisten, die überwiegend im Krankenhaus stattfindet.
- Schon heute fehlen gute Versorgungsstrukturen und eine flächendeckende Schmerzexpertise. Eine klare Perspektive zur Sicherung der zukünftigen schmerztherapeutischen Versorgung ist in den aktuellen Reformen nicht nachvollziehbar.

Auf dieses Problem weist auch der aktuelle Beschluss des Deutschen Ärztetages (Mainz 7.05. bis 10.05.2024) hin:

„...in den Plänen der Bundesregierung zur Klinikreform ist eine Förderung der spezialisierten Schmerzmedizin bisher nicht vorgesehen. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wird aktuell in rund 450 Kliniken durchgeführt. Aktuell kommt es bereits zu Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen, Neuplanungen werden eingestellt.“

„...Die teil- und vollstationäre schmerzmedizinische Versorgung ist ebenso wie eine umfassende ambulante Betreuung unerlässlich für eine Gewährleistung der Versorgungssicherheit von chronischen Schmerzpatienten in Deutschland.“

Wir fordern die Bundesregierung, die Fraktionen des Deutschen Bundestags und alle an der Krankenhausreform beteiligten Akteure auf Bundes- und Landesebene dazu auf, die Strukturen der Schmerzmedizin zu stärken, statt zu schwächen. Dazu bedarf es u.a. der Einführung einer eigenen Leistungsgruppe „Interdisziplinäre multimodale Schmerzmedizin“ mit entsprechenden Qualitätsvorgaben und Vorhaltepauschalen bei der Krankenhausreform!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2024

Interview zu Details einer aktuellen bundesweiten Studie „Gravierende Lücken in der Schmerzversorgung – regionaler Vergleich spezialisierter ambulanter und (teil-)stationärer schmerzmedizinischer Versorgung in Deutschland

(zur Veröffentlichung eingereicht, erscheint in den nächsten Wochen)

Thomas Isenberg, Geschäftsführer Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
mit Studienautor

Professor Dr. Joachim Erlenwein, Mitarbeiter in der Abteilung Schmerzmedizin (Leitung Prof. Frank Petzke) an der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Isenberg:

Guten Tag Professor Erlenwein! Sie haben auf dem letzten Kongress Daten zur ambulanten und stationären schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland vorgestellt und konnten damit erstmals ein Bild der Versorgungsstrukturen spezieller schmerzmedizinischen Einrichtungen bundesweit darstellen.

Erlenwein:

Wir haben nicht nur erstmals für das Bundesgebiet alle Standorte teil- und vollstationärer schmerzmedizinischer Angebote zur interdisziplinär-multimodalen Schmerztherapie darstellen können, sondern auch am Beispiel der Teilnehmer der Qualitätssicherungsvereinbarung und anhand der universitären Schmerzambulanzen die ambulante spezialisierte schmerzmedizinische Versorgung abgebildet. Dabei war es uns besonders wichtig nicht nur die reine Struktur darzustellen, sondern gerade auch aus Patientenperspektive die Erreichbarkeit entsprechender Einrichtungen.

Isenberg:

Warum ist Ihnen die Anfahrtszeit bei ihrer Analyse so wichtig gewesen?

Erlenwein:

Gerade die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion mit unklarer Perspektive für die Schmerzmedizin macht es besonders wichtig auch die strukturellen Gegebenheiten und die zukünftige Planung von Versorgungsangeboten mit Blick auf realistische Erreichbarkeit zu betrachten und zu diskutieren. Denn man darf nicht vergessen, dass es sich bei Menschen mit chronischen Schmerzen in vielen Fällen um ein in der Belastbarkeit und Mobilität hoch eingeschränktes Patientenkollektiv handelt. D. h. wir haben uns konkret die Bedingungen hinsichtlich der Erreichbarkeit im Individualverkehr, also mit dem Auto, bzw. mit den zur Verfügung stehenden öffentlichen Verkehrsmitteln angeschaut.

Isenberg:

Inwiefern spielt Erreichbarkeit für Sie in der täglichen Versorgung eine Rolle?

Erlenwein:

Dies ist etwas, das wir im therapeutischen Kontext seit vielen Jahren beispielsweise in unserer Schmerztagesklinik täglich berücksichtigen müssen. Die Erreichbarkeit ist dabei in vielen Fällen der limitierende Faktor. Für viele der Betroffenen bleibt am Ende kein interdisziplinär multimodales Therapieangebot, wenn sie entweder zu weit weg wohnen, kein Auto haben, zu wenig Geld für tägliche Anfahrten und Parkgebühren, in infrastrukturellen weniger gut ausgebauten Nahverkehrsbereichen leben, oder schlichtweg im Rahmen ihrer Erkrankung zu erschöpft, um die Fahrten zu schaffen.

In vielen Fällen ist die anfahrtsbedingte Belastung auch für die Therapie an sich völlig kontraproduktiv. Viele unserer Patientinnen und Patienten sind im Rahmen ihrer Erkrankung ausgeprägt erschöpft und belastet. Bei hohem Anfahrtsaufwand kann es sein, dass die therapeutischen Bestrebungen durch die zusätzliche Erschöpfung der täglichen An- und Abfahrt völlig konterkariert werden. In solchen Fällen gibt es für diese Patientinnen und Patienten schlichtweg keine Möglichkeit einer interdisziplinär multimodalen Behandlung, wenn nicht andere medizinische Indikationen vorliegen, die eine vollstationäre IMST rechtfertigen würden. Für die Kostenträger ist Erreichbarkeit keine Indikation einer vollstationären Behandlung! Gerade die Diskussion hinsichtlich Ambulantisierung macht es erforderlich, dass Menschen REALISTISCH morgens zu ihrem Behandlungsort kommen und nachmittags wieder nach Hause fahren.

Isenberg:

Wie haben Sie das konkret untersucht?

Erlenwein:

Wir haben für 1000 imaginäre Modellpatienten in Deutschland, also für 1000 Wohnadressen, die wir entsprechend des jeweiligen Anteils der Bundesländer an der Gesamtbevölkerung über Deutschland per Zufallsprinzip verteilt haben, Fahrzeiten zu der jeweils nächstgelegenen ambulanten oder teil- bzw. vollstationären Behandlungseinrichtung analysiert.

Isenberg:

Und wie erreichbar sind denn nun schmerzmedizinische Behandlungsangebote für die Betroffenen?

Erlenwein:

Es kommt darauf an, welche Versorgungsart Sie sich anschauen. Wir haben für den Individualverkehr, also zum Beispiel mit dem Auto als realistische Grenze 30 Minuten Fahrzeit, bzw. als kritische Grenze 45 Minuten gesetzt. Für den öffentlichen Verkehr haben wir als realistische Grenze 45 Minuten, als kritische Grenze 60 Minuten gesetzt. Diese Grenzwerte haben wir anhand der langjährigen Erfahrung tagesklinischer Behandlungen und entsprechend realistischer Umsetzbarkeit festgelegt. Diese soll berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten zum Beispiel in einem engen therapeutischen regelmäßigen Kontakt oder gar im Rahmen eines Therapieprogramms täglich an- und abreisen

müssen. Eine der von uns identifizierten 1089 Standorte in Deutschland an denen eine ambulante spezialisierte Einrichtung besteht, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnimmt, ist in der Regel von den meisten analysierten Adressen in Deutschland realistisch zu erreichen. Diese liegen ca. im Mittel 13 Minuten entfernt bzw. um die 13 km im Durchschnitt. Natürlich sind auch diese für einige Wohnadressen schwierig zu erreichen. Bezüglich der QSV-Standorte die mindestens 75 Prozent Schmerztherapie machen und gleichzeitig eine Vernetzungsstruktur zur Schmerzbehandlung nachweisen müssen, lagen diese im Durchschnitt fast 19 km (117 km) von den analysierten Wohnorten entfernt. Für 80 Prozent der Modellpatienten konnten wir eine ÖPNV-Verbindung identifizieren und analysieren. Universitäre Schmerzambulanzen sind von den analysierten Wohnorten deutlich weiter entfernt. Hier waren es im Mittel ca. 48 km bis maximal 161 km einfache Anfahrtstrecke. Eine realistische Erreichbarkeit bezüglich der Fahrzeit lag hier nur für 51 Prozent der Adressen im Individualverkehr und für 32 Prozent im ÖPV vor.

Isenberg:

Das klingt doch ganz gut für die ambulante Versorgung?

Erlenwein:

Auf den ersten Blick hinsichtlich der Erreichbarkeit ja. Aber nicht berücksichtigt wurden in unserer Analyse die Kapazitäten! Stand 2016 nahmen 1206 Ärztinnen und Ärzte über die QSV an der ambulanten spezialisierten schmerzmedizinischen Versorgung teil. Für die von uns analysierten Abrechnungsziffern, über die wir die Einrichtungen identifizieren konnten, gibt es jedoch geltende Höchstgrenzen von in der Regel 300 Fällen pro Quartal. Aufgrund bereits bestehender erheblicher Versorgungsengpässe werden diese teilweise von den kassenärztlichen Vereinigungen hochgesetzt, zum Beispiel in Niedersachsen auf 450 Fälle pro Quartal. Dies ist bereits teilweise problematisch da schnell die Grenze der Plausibilität erreicht wird, sodass Praxen diese hoch gesetzten Zahlen entweder nicht voll ausschöpfen oder Behandlungsinhalte entsprechend vernachlässigt werden, da die Fallzahl anders überhaupt nicht betreut werden könnte. Berücksichtigt man die 1206 Behandler und hypothetisch für alle diese hoch gesetzte Fallzahlen, würde dies in Deutschland die Versorgung von maximal ca. einer halben Million Menschen mit chronischen Schmerzen ermöglichen. Das daraus bestehende Versorgungsdefizit wird deutlich, wenn man bedenkt, dass wir in Deutschland von ca. 6 Millionen Menschen ausgehen, die einer hochspezialisierten ambulanten Schmerztherapie bedürfen.

Isenberg:

Und wie ist es für die teil- und stationäre Versorgung?

Erlenwein:

Für die vollstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerzbehandlung konnten wir insgesamt 388 Einrichtungen identifizieren, die in unserem Bezugsjahr die entsprechende DRG abgerechnet haben.

Da es hierbei jedoch hinsichtlich der Fallzahlen um sehr unterschiedliche Einrichtungen handelte, hatten wir in unserer Analyse nur Einrichtungen berücksichtigt, die mindestens 75 Fälle pro Jahr behandeln. Dies waren immerhin noch 259 Einrichtungen. Die nächste vollstationäre Einrichtung lag im Durchschnitt ca. 26 km vom Wohnort entfernt. Auch hier gab es Extremwerte bis 244 km. So war eine vollstationäre Einrichtung entsprechend der analysierten Grenzwerte realistisch mit dem Auto zu erreichen. Für fast ein Viertel der Wohnorte konnte keine Verbindung über den öffentlichen Nahverkehr dargestellt werden, und von den analysierten ÖPV-Verbindungen waren nur 85 Prozent für das Patientenkollektiv überhaupt umsetzbar – also nicht zu lange Gehstrecken oder häufiges Umsteigen inkludiert.

Auch hier ist es besonders wichtig daran zu denken, dass für den Großteil der Menschen mit chronischen Schmerzen und entsprechender Behandlungsbedürftigkeit im Rahmen eines interdisziplinären multimodalen Behandlungsprogramms sicherlich keine medizinischen Gründe eine vollstationäre Behandlung rechtfertigen würden.

In der teilstationären Behandlung haben wir in unserer Analyse für Deutschland die größte Versorgungsheterogenität darstellen können. Insgesamt haben wir 93 Schmerztageskliniken identifizieren können. 45 Prozent davon liegen in Bayern, wo es speziell für Schmerz-Tageskliniken eine gesetzliche Sicherstellung gibt. Von unseren analysierten Adressen lag die nächstgelegene Schmerztagesklinik im Durchschnitt 51 km entfernt, maximal 237 km. Bezüglich der realistischen Erreichbarkeit war diese für 68 Prozent mit dem Auto bzw. 83 Prozent der Modellpatienten bereits kritisch.

Für Menschen aus 49 Prozent der analysierten Wohnorte in Deutschland war die Erreichbarkeit einer Schmerztagesklinik im Individualverkehr, bzw. in 75 Prozent der Fälle bei Nutzung des öffentlichen Verkehrs überhaupt nicht realistisch zu erreichen. Für die meisten Menschen in Deutschland bleibt also in der Versorgungsrealität nur eine vollstationäre Behandlung, in Fällen ohne ausreichende medizinische Indikation für vollstationäre Aufnahme zum Risiko der Versorger, oder es steht keine entsprechend leitliniengerechte und dem Krankheitsbild gerecht werdende Therapie in der Versorgungsrealität zur Verfügung.

Isenberg:

Was bedeutet das aus Ihrer Sicht für die Versorgungsplanung?

Erlenwein:

Zum einen könnte die regional bessere Erreichbarkeit durch Ambulantisierung, und damit mehr mögliche Anbieter, gegebenenfalls verbessert werden. Aber ehrlich gesagt würde dies sämtlichen Bemühungen, die in anderen medizinischen Bereichen in den letzten Jahren und auch bei der aktuellen Krankenhausreform angestrebt werden, widersprechen. Bei diesen gilt Qualität vor Masse. Für mich persönlich ist es völlig widersprüchlich, dass man in einem Versorgungsangebot mit hochkomplexen

Patientinnen und Patienten und hochkomplexer therapeutischer Versorgung zumindest diskutiert, hier über Ambulantisierung mehr in die Breite zu gehen, während man in anderen Bereichen eher auf Qualität durch Routine und häufige Umsetzung von Therapieverfahren, zum Beispiel bei Mindestmengen-Regelungen setzt. Warum geht man nicht eher den Weg Lösungen zu finden, die Betroffenen an weniger, aber dafür hoch-spezialisierte und routinierte Zentren zu bringen, um eine möglichst gute Versorgungsqualität zu erreichen!? Wenn man Sektorengrenzen überwinden möchte und Hotelleistungen im Krankenhaus bei Übernachtungen reduzieren möchte, könnte man auch andere Wege gehen, Menschen eine Behandlungsstandort-nahe Unterbringung zu ermöglichen. Zudem wäre es sinnvoller, flächendeckend Schmerz-Tageskliniken anzubieten.

Kontakt für Rückfragen:

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

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verankerung der spezialisierten multimodalen Schmerzmedizin in der Klinikreform

Beschlussantrag

Von: Dr. Andreas Botzlar als Abgeordneter der Bayerischen Landesärztekammer
PD Dr. Peter Bobbert als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Pedram Emami als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Rudolf Henke als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Prof. Dr. Henrik Herrmann als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Gerald Quitterer als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Martina Wenker als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Mirko Barone als Abgeordneter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Markus Beck als Abgeordneter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Lydia Berendes als Abgeordnete der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Karl Breu als Abgeordneter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Sven Dreyer als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Matthias Fabian als Abgeordneter der Landesärztekammer Baden-Württemberg
Dr. Florian Gerheuser als Abgeordneter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Melanie Kretschmar als Abgeordnete der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Heidemarie Lux als Abgeordnete der Bayerischen Landesärztekammer
Prof. Dr. Jörg Weimann als Abgeordneter der Ärztekammer Berlin
Dr. Andreas Schießl als Abgeordneter der Bayerischen Landesärztekammer

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE BESCHLIESSEN:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert Bund und Länder auf, im Zuge der anstehenden Krankenhausreform für eine bessere und weiterhin flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu sorgen. Dazu sind die bereits bestehenden schmerztherapeutischen Versorgungsstrukturen im stationären und teilstationären Bereich zu erhalten sowie bedarfsgerecht und sektorenverbindend auszubauen.

Begründung:

Angenommen: ☒ Abgelehnt: ☐ Vorstandsüberweisung: ☐ Entfallen: ☐ Zurückgezogen: ☐ Nichtbefassung: ☐

Stimmen Ja: 163

Stimmen Nein: 22

Enthaltungen: 25

ANGENOMMEN

Rund vier Millionen Patienten in Deutschland leiden an schweren und hochchronifizierten, nicht tumorbedingten Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2019). Diese Gruppe benötigt in der Regel eine multimodale Therapie durch Schmerzspezialisten, bei der neben einer spezifischen medizinischen Versorgung auch verschiedene Methoden wie Psychotherapie, Physiotherapie und Kreativtherapie gezielt im stationären und tagesklinischen Rahmen kombiniert werden, die sog. interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST).

Ähnlich wie bei der Palliativmedizin handelt es sich bei der multimodalen Schmerztherapie um eine seit Jahrzehnten etablierte Komplexbehandlung.

In den Plänen der Bundesregierung zur Klinikreform ist eine Förderung der spezialisierten Schmerzmedizin bisher nicht vorgesehen. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wird aktuell in rund 450 Kliniken durchgeführt. Aktuell kommt es bereits zu Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen, Neuplanungen werden eingestellt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Juli 2022 in einem Beschluss offiziell festgestellt: "In den letzten zehn Jahren zeigt sich eine stetige Zunahme der Schmerzpatienten (...). Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und professionell ausgerichteten Schmerzzentren, und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung (...). Dies weist auf Strukturmängel hin."

Die teil- und vollstationäre schmerzmedizinische Versorgung ist ebenso wie eine umfassende ambulante Betreuung unerlässlich für eine Gewährleistung der Versorgungssicherheit von chronischen Schmerzpatienten in Deutschland.

STATEMENT

Pflegekompetenzgesetz – Eine Revolution in der Schmerztherapie? Wie Schmerzpatientinnen- und -patienten von neuen heilkundlichen Aufgaben der Pflegenden profitieren

Professor Dr. h.c. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V. (DBfK)

Immer weniger Hausärzte, besonders in einigen Regionen des Landes, führen zu weniger schmerzreduzierenden Angeboten. Seit mehr als 30 Jahren qualifizieren sich Pflegefachpersonen im Bereich der Schmerztherapie und absolvieren umfangreiche Weiterbildungen. Bisher war es ihnen nicht möglich, verordnete Bedarfsmedikation weiter zu verschreiben.

Besonders in der palliativen Pflege sind Pflegefachpersonen in ein palliatives Team eingebunden – leider noch nicht flächendeckend. Die Rückmeldungen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen machen deutlich, dass spezialisierte Pflegefachpersonen eine große Hilfe darstellen und zur Lebensqualität beitragen.

Die seit Jahrzehnten vorhandenen Kompetenzen der Pflegefachpersonen werden bisher nur unzureichend wahrgenommen und genutzt. Im Angesicht der zunehmenden Bedarfe der Bevölkerung und der abnehmenden Angebote zur Unterstützung, müssen heilkundliche Aufgaben verantwortlich von Pflegefachpersonen mit einer erworbenen zusätzlichen Kompetenz übernommen werden.

Das Pflegekompetenzgesetz sieht dies vor. Es befindet sich auf der Ziellinie. Noch vor der Sommerpause soll es vorgestellt und möglichst verabschiedet werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Juni 2024

STATEMENT

Das Thema Schmerz gehört ins Klassenzimmer und in die Vorlesungssäle: Frühe Aufklärung und Weiterbildung für bessere Schmerzprävention

Heike Norda

Vorsitzende der Selbsthilfegruppe SchmerzLOS e. V. in Neumünster

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

Für die Betroffenen bedeuten Schmerzen nicht nur körperliches und seelisches Leid, sondern auch soziale Einschränkungen. Zudem verursachen Schmerzerkrankungen nicht nur hohe Behandlungskosten, sondern auch hohe Folgekosten für die Volkswirtschaft durch krankheitsbedingte Fehltag, Frühberentungen, Arbeitsplatzverlust und mehr. Daher ist Prävention dringend notwendig.

Der Arbeitskreis Patientenorganisationen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. empfiehlt vor diesem Hintergrund, verstärkt Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, um Menschen über das Thema „Schmerz“ aufzuklären. Dabei sollen einfache Botschaften wie „Nach einer Operation müssen Sie keine Schmerzen ertragen“ oder „Lassen Sie akute Schmerzen effektiv behandeln“ dazu beitragen, chronischen Schmerzen vorzubeugen.

Kinder und Jugendliche sind ebenso wie Erwachsene anfällig für Schmerzen – sei es durch Verletzungen, Krankheiten wie z. B. Migräne oder andere Ursachen. Es ist wichtig, dass sie verstehen, was Schmerzen sind und wie sie damit umgehen können. Durch Aufklärung über den Schmerz können Kinder und Jugendliche lernen, ihre Beschwerden zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Sie sollten wissen, dass Schmerzen ein Warnsignal des Körpers sind und nicht ignoriert werden sollten. Es ist darüber hinaus auch wichtig, dass sie verstehen, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, um Schmerzen zu lindern. Durch eine frühzeitige Aufklärung können Kinder und Jugendliche lernen, selbstständig mit Schmerzen umzugehen und bei Bedarf rechtzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Bei der Aufklärung zum Thema Schmerz können Schulen eine wichtige Rolle spielen, denn die Schule hat einen wesentlichen Einfluss darauf, inwieweit Kinder und Jugendliche Gesundheitskompetenz entwickeln. Der Arbeitskreis Patientenorganisationen schlägt daher vor, dass im Setting Schule sowohl auf Unterrichtsebene durch Gesundheitsbildung als auch auf Schulebene durch Zugang zu qualifizierten Gesundheitsinformationen das Thema chronische Schmerzen an Kinder und Jugendliche vermittelt werden sollte. Denn wenn Schülerinnen und Schüler frühzeitig über Ursachen, Symptome und Risikofaktoren informiert werden, können sie ein besseres Verständnis für ihre Gesundheit entwickeln und präventive Maßnahmen ergreifen. Durch Aufklärungskampagnen lernen junge

Menschen zudem, wie sie ihren Körper pflegen, gesunde Lebensgewohnheiten entwickeln und frühzeitig auf Warnsignale achten können. Dadurch können sie im späteren Leben besser in der Lage sein, chronische Schmerzen zu vermeiden und ein gesundes, schmerzfreies Leben zu führen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft wird gebeten, die Bildungsministerien der Bundesländer darauf hinzuweisen. Eine verbesserte Information soll zu weniger Chronifizierungen von Schmerzen führen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2024

Arbeitskreis Patientenorganisationen der Deutschen Schmerzgesellschaft

Heike Norda, UVSD SchmerzLOS e. V.



Veronika Bäcker, Migräneliga e. V. Deutschland



Dr. Katharina Glanz, RLS e.V. Deutsche Restless Legs Vereinigung.



Marion-Sybille Burk, CRPS Netzwerk gemeinsam stark e.V.



Claudia Lang, Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V.



Über die Deutsche Schmerzgesellschaft

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

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

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

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

Regelmäßig veranstaltet die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

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

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

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

Werden Sie Partner des „Aktionstag gegen den Schmerz“

Machen Sie mit Ihrer Einrichtung bei Aktionen mit!

Im Rahmen des „Aktionstages gegen den Schmerz“ ruft 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

4. Juni 2024
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 **4. Juni 2024 der dreizehnte 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 4. Juni 2024, dem dreizehnten 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 4. Juni zwischen 9:00 und 18:00 Uhr renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.



Wenn seelische und soziale Anteile frühzeitiger 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“.



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)



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

Patienten-Informationen

Schmerzen verstehen

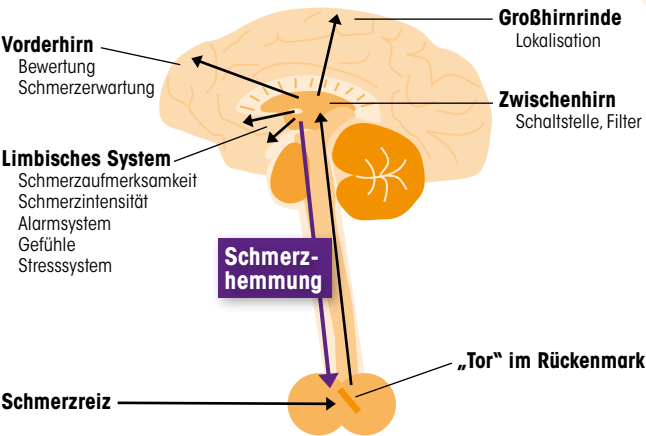
Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz

Was ist Schmerz?

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

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

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



Grafik: Schmerzverarbeitung © von Wachter

Was ist akuter Schmerz?

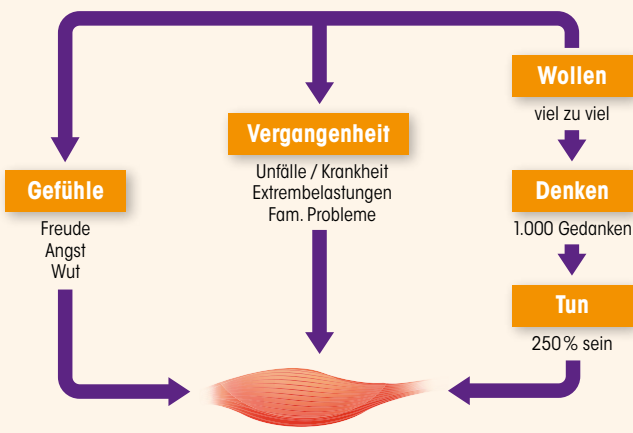
Akuter Schmerz ist ein Alarmsignal, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt, wie z.B. bei Zahnschmerzen, bei einem Knochenbruch oder bei körperlichen Überlastungen. Weil akuter Schmerz uns warnen soll, ist er in der Regel mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken wie Angst, Sorge oder Hilflosigkeit verknüpft.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

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

Wie kann Stress zu Schmerzen führen?

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

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



Grafik: Wie kommt die Spannung in den Muskel? © Nobis/Lechner

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

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

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

Was ist chronischer Schmerz?

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

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

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

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



Grafik: Wie wird aus Schmerz chronischer Schmerz? © Nobis/Lechner

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 Schmerzmittelaufnahme 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 Lebensereignisse 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:

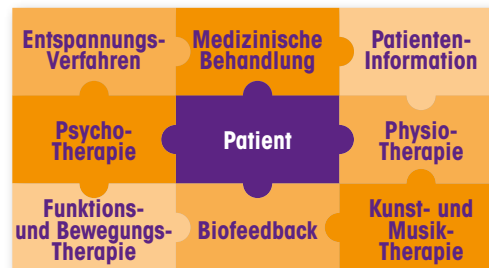
- mehr als drei Migräneattacken bzw. mehr als 10 Kopfschmerztage im Monat auftreten,
- wichtige Alltagsfunktionen (z. B. in Beruf, Familie, Freizeit) stark eingeschränkt sind,
- häufig Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden,
- eine hohe Stressbelastung vorliegt,
- Ängste oder Niedergeschlagenheit 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.dmkkg.de/patienten/dmkkg-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 Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.
Geschäftsstelle
Ölmühlweg 31, 61462 Königstein
Tel. 06174 29040
Fax 06174 2904100



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 abzuschirmen 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.

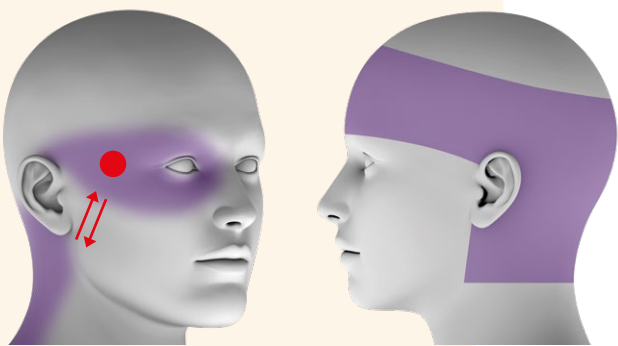
Nahrungsmittel und insbesondere Alkohol können Migräneattacken auslösen. Eine spezielle Diät mit Meiden zahlreicher Lebensmittel ist nicht hilfreich, stattdessen ist eine gesunde ausgewogene Ernährung zu empfehlen.

Viele Patienten kennen Auslöser für ihre Migräneattacken wie wenig Schlaf, das Auslassen von Mahlzeiten oder Stress bzw. zu krasse 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 zur 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 Auto fahren. 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)



Patienten-Informationen

CRPS – Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen



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



Was ist CRPS?

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

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

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

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

Typische Symptome

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



Sichtbare Zeichen eines CRPS der Füße
© Frank Birklein

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

Häufige Symptome bei CRPS:

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

Diagnostische Abklärung

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

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

Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

Infos zur Spiegeltherapie:

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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



Risikofaktoren

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

3. Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz

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

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

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

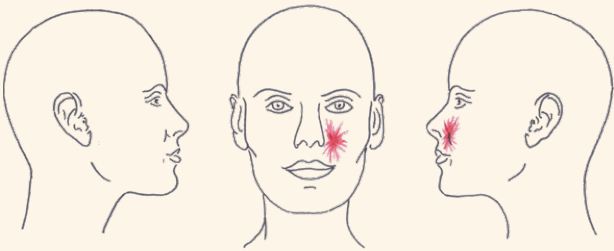


Abb.: Beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz können verschiedene Bereiche des Gesichts betroffen sein.

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

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

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

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

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



Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

Autoren: Monika Daubländer (Deutsche Schmerzgesellschaft)
Bernd Kappis (AK-Patienteninformation/Deutsche Schmerzgesellschaft)
Illustrationen: Claudia Welte-Jzyk
Layout: smart-Q / K. Schirmer / Stand: Januar 2021

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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.

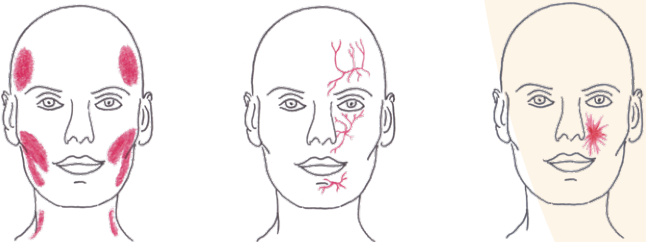


Abb.: Kiefer- und Gesichtsschmerzen haben verschiedene Ursachen.

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, Schienentherapie (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.

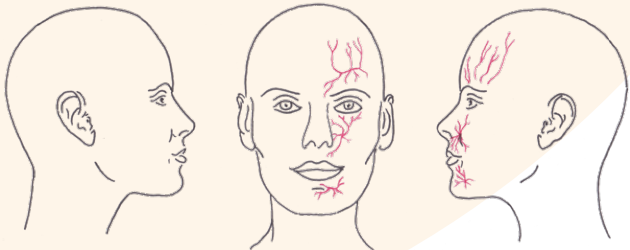


Abb.: Der Trigeminalnerv mit seinen drei Ästen.

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).

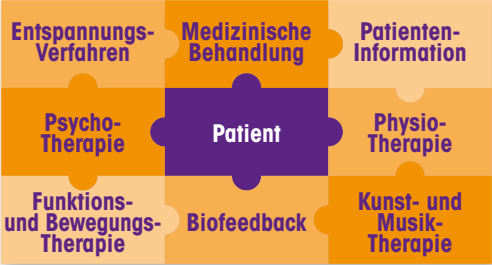


Abb. 2 ©AK Patienteninformation (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)

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



Patienten-Informationen

Endometriose-Schmerzen verstehen

Was ist Endometriose?

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

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

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

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

Äußerst problematisch ist, dass das Zeitintervall vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnosestellung im Mittel 6-8 Jahre beträgt. Diese Problematik ist unter anderem durch die Unkenntnis der Zusammenhänge der Schmerzmechanismen der Endometriose, aber auch durch die mangelnde Bekanntheit dieser Erkrankung unter den Ärzten bedingt. Die häufig „unauffälligen“ körperlichen Untersuchungsbefunde erschweren zudem die Diagnose. Daher sind für eine korrekte Diagnose die ausführliche Anamnese (Befragung zum Gesundheitszustands) 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).

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.

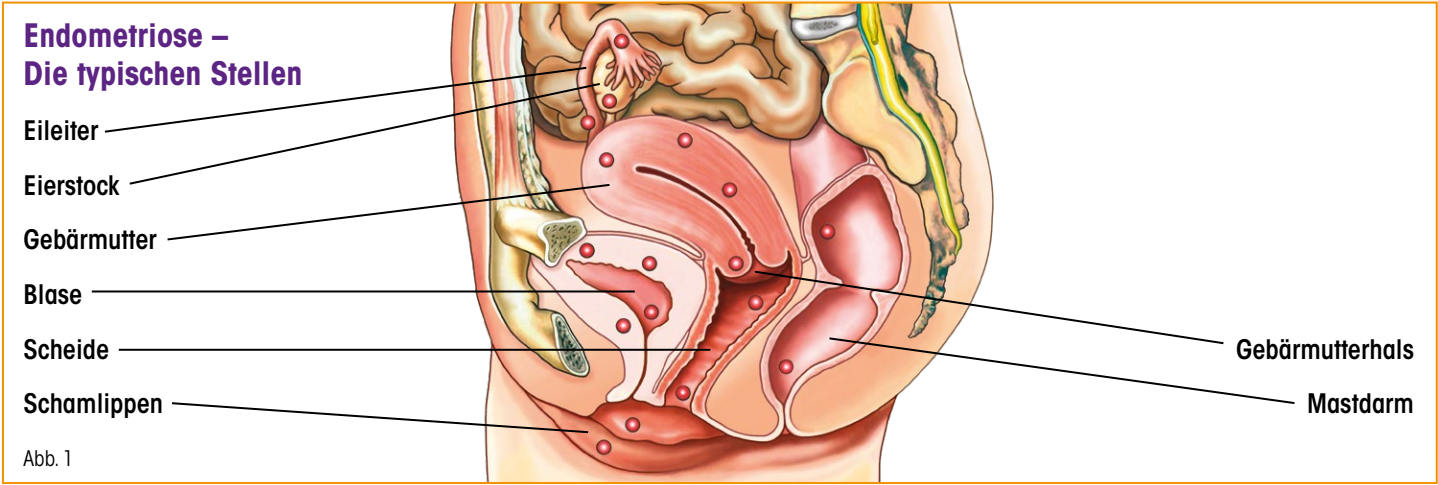
Unspezifische Begleitsymptome

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, Stuhlgangsassoziierte 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



Patienten-Informationen

Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

Wie finde ich eine passende Einrichtung?

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



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?

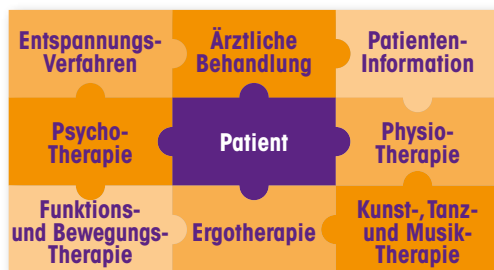
Der Begriff „Schmerztherapeut“ ist in Deutschland nicht geschützt. Von den Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen wird jedoch eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung in der Schmerztherapie vorausgesetzt. Danach sind schmerztherapeutisch tätige Ärzte diejenigen, die nach einer abgeschlossenen 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 Schmerzklinik 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.

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.



Medikamentöse Behandlung bei Schmerz

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

Medikamentöse Einschränkungen

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

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

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

Nicht-medikamentöse Möglichkeiten

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

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

Selbsthilfe

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

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

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

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

Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

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

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

Überreicht von:

Sie finden uns auch auf



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



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



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



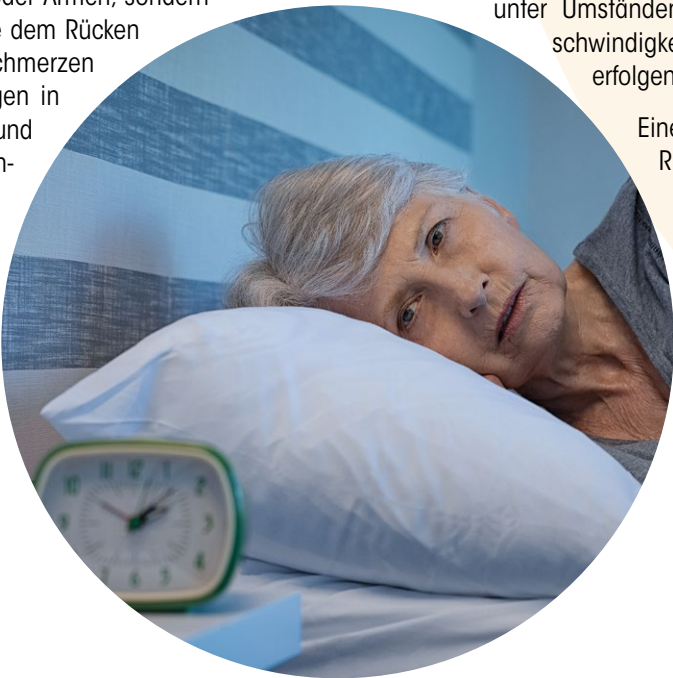
Patienten-Informationen

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 Syndrom 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 Schmerzwahrnehmung. Sie entzieht dem Körper Wärme und reduziert die Schwellung. Als Spätreaktion werden die Gefäße weitgestellt und es kommt zu einer besseren Durchblutung.

Elektrotherapie (ET)

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

Worauf kommt es an?

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

www.schmerzgesellschaft.de/Patienteninformationen

Buch-Tipp: 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 Schmerzserkrankungen



Heilmittelkatalog

Im Heilmittelkatalog ist festgelegt, bei welchen Erkrankungen bzw. bei welchem Verordnungsfall Ärzt*innen welches Heilmittel verordnen können.

Physiotherapie bei Schmerzserkrankungen

Physiotherapie ist ein Oberbegriff und umfasst die aktive Bewegungstherapie und die passive physikalische Therapie mit Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie (äußerliche Anwendung von Wasser) und Thermotheapie (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 Schmerzserkrankungen 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 Organ-tätigkeit.

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 Hilfstellungen 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 Selbsthilfeadressen 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.

