



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



**Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses (11. bis 14. Oktober 2017)  
der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft e. V. (DMKG)**

**GEMEINSAM ENTSCHIEDEN!**

**Termin:** Donnerstag, 12. Oktober 2017, 12.30 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**Raum:** Raum „Christian Cannabich“

**Programm:**

**Gemeinsam entscheiden: Wie werden Patienten zu informierten Partnern auf Augenhöhe? – Ausblicke auf den Deutschen Schmerzkongress**

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias Keidel und Prof. Dr. med. Winfried Häuser*

Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2017 und Chefarzt der Neurologische Klinik, Campus Bad Neustadt/Saale

Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2017 und Ärztlicher Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin I des Klinikums Saarbrücken

**Paradoxe Effekte: Wenn Kälte Schmerz auslöst oder lindert – Schmerzmechanismen verstehen**

*Prof. Dr. med. Martin Schmelz*

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Klinik für Anästhesiologie an der Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg mit experimenteller Schmerzforschung

**Die Qualität der Kopfschmerzversorgung in Deutschland - Ergebnisse einer aktuellen Patientenbefragung**

*PD Dr. med. Stefanie Förderreuther und Prof. Dr. med. Andreas Straube*

Präsidentin der DMKG und Oberärztin an der Neurologischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt, München

Vizepräsident der DMKG und Oberarzt an der Neurologische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern, München

**Allheilmittel Cannabis? – Wie Schmerzmediziner den Wirkstoff einordnen**

*Prof. Dr. med. Winfried Häuser*

Kongresspräsident und Ärztlicher Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin I des Klinikums Saarbrücken

**Hat Cannabis einen Stellenwert in der Kopfschmerztherapie? Stellungnahme der Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V.**

*PD Dr. med. Stefanie Förderreuther*

Präsidentin der DMKG und Oberärztin an der Neurologischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt, München

**Moderation:** Thomas Isenberg, Geschäftsführer Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Berlin, und Dagmar Arnold, Stuttgart

**Kontakt für Rückfragen:**

Kongress-Pressestelle Deutscher Schmerzkongress 2017

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

<http://schmerzkongress2017.de/>

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

Tel.: 030 39409689-0, Fax: 030 39409689-9, Mobil: 0171 7831155

E-Mail: [isenberg@dgss.org](mailto:isenberg@dgss.org)

Internet: [www.dgss.org](http://www.dgss.org)



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



**Pressekonferenz anlässlich des  
Deutschen Schmerzkongresses (11. bis 14. Oktober 2017) der Deutschen Schmerz-  
gesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)**

**Termin:** Donnerstag, 12. Oktober 2017, 12.30 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim,

**Raum:** „Christian Cannabich“

### **Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Expertenstatements**

**Lebensläufe der Referenten**

**Programm Patiententag**

**Bestellformular für Fotos**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir es Ihnen gern zur  
Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)*

#### Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle  
Deutscher Schmerzkongress 2017  
Dagmar Arnold  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167  
E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)  
<http://schmerzkongress2017.de/>

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.  
Thomas Isenberg, Geschäftsführer  
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin  
Telefon: 030 39409689-0, Telefax: 030 39409689-9  
Mobil: 0171 7831155  
E-Mail: [isenberg@dgss.org](mailto:isenberg@dgss.org)  
Internet: [www.dgss.org](http://www.dgss.org)

Deutscher Schmerzkongress 2017  
Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. vom 11. bis 14. Oktober 2017 in Mannheim

## **Arzt und Patient: Gemeinsam über Therapie entscheiden** **Voraussetzungen und Barrieren von „shared decision making“ in der Schmerzmedizin**

**Mannheim, Oktober 2017 – „Gemeinsam entscheiden“ lautet das Motto des diesjährigen Deutschen Schmerzkongresses. Partizipative Entscheidungsfindung, auch „shared decision making“ (SDM) genannt, ist ein Modell, in dem Arzt und Patient vertrauensvoll zu einer gemeinsamen Therapieentscheidung kommen. SDM macht diesen Konsens möglich. Welche Voraussetzungen nötig und welche Maßnahmen denkbar sind, um eine partizipative Entscheidungsfindung in der Schmerzmedizin zu etablieren, diskutieren Experten auf dem Deutschen Schmerzkongress (11. bis 14. Oktober 2017) und am 12. Oktober auf der Pressekonferenz in Mannheim.**

Das 2013 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) fordert, dass Patienten umfassend aufgeklärt und an der medizinischen Entscheidung beteiligt werden. Die Leitlinien der Schmerzmedizin fordern ebenfalls eine partizipative Entscheidungsfindung. „Mit unserem diesjährigen Kongressmotto ‚Gemeinsam entscheiden‘ setzen wir einen starken Akzent auf das ‚shared decision making‘ (SDM) und befassen uns mit der Frage, wie diese Beteiligung konkret aussehen kann“, erklärt Professor Dr. med. Matthias Keidel, Kongresspräsident und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Campus Bad Neustadt/Saale.

SDM steht für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung, die aus einem patientenzentrierten Ansatz heraus erwächst und als eine besonders günstige Form der Arzt-Patient-Interaktion angesehen wird. Definiert wird SDM als ein über mehrere Phasen laufender Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patient auf der Basis geteilter Informationen. Am Ende steht eine gemeinsam getroffene Therapieentscheidung. Es gibt Ansätze, die empfehlen, ein SDM dann einzusetzen, wenn verschiedene evidenzbasierte Behandlungsmethoden zur Wahl stehen, die in ihrer Wirksamkeit als gleichwertig gelten. Die möglichen Nebenwirkungen einer Therapie können für den Patienten – in Abhängigkeit von seinen Wertvorstellungen und Begleiterkrankungen – jedoch von unterschiedlicher Bedeutung sein. Für die Behandlung von Nervenschmerzen stehen zum Beispiel verschiedene Medikamentenklassen wie Antidepressiva, Antikonvulsiva (Arzneimittel zur Behandlung von Krampfanfällen) und Opioide zur Verfügung. „Falls eine Gewichtszunahme auf keinen Fall von einem

Patienten oder einer Patientin in Kauf genommen werden will, fallen einige Medikamente bei den Therapieoptionen weg. Weiterhin ist es auch die Aufgabe des Arztes, darüber zu informieren, wie der weitere Krankheitsverlauf vermutlich sein wird, wenn keine Therapie, beispielsweise mit Medikamenten, durchgeführt wird“, berichtet Professor Dr. med. Winfried Häuser, Kongresspräsident, Klinik Innere Medizin I des Klinikums Saarbrücken.

Um ein SDM in der Schmerzmedizin zu implementieren und den Patienten zu einem gleichberechtigten Partner im medizinischen Entscheidungsprozess zu machen, müssen neue Wege beschritten werden. „Dazu gehört, dass Informationen für den Patienten verständlich formuliert werden und der Arzt die Erwartungen, Wünsche, Sorgen und Ideen des Patienten erfragt und ihn darin unterstützt, die eigenen Präferenzen herauszufinden und zu gewichten“, betont Häuser.

Wenngleich es noch nicht ausreichend Erkenntnisse über den Nutzen des SDM gebe, so sei ein positiver Effekt unbestritten: „Ein Patient, der mitentscheidet, ist zuversichtlicher in Bezug auf den Therapieerfolg und motivierter, an der Therapie aktiv teilzunehmen“, weiß Keidel. Es gibt allerdings auch Patienten, die die Entscheidung lieber dem Arzt überlassen möchten. „Gerade diese Patienten profitieren davon, einbezogen zu werden. Ihre passive Haltung ist kein Desinteresse, sondern eher ein Mangel an Selbstwirksamkeitserwartungen“, so der Neurologe. Eine weitere Hürde könne sein, dass die Kommunikationsfähigkeit des Arztes noch nicht „partizipativ“ sei, wenn er beispielsweise zu viele Fremdwörter verwende und nicht nachfrage, ob und wie der Patient das Ausgeführte verstanden hat. Auch das Kommunikationsverhalten der Ärzte müsse sich also unter Umständen ändern. Eine weitere Barriere zur Umsetzung von SDM ist die aktuelle Gebührenordnung, welche Gesprächsleistungen bei manchen Arztgruppen nicht vergütet. „Ein ambulant tätiger Neurologe bekommt je Patient im Quartal je nach Bundesland circa 45 Euro pro Patient. Umgerechnet bedeuten 45 Euro etwa 15 Minuten Zeit im Quartal. Eine Viertelstunde sind für Diagnostik und eine umfassende Aufklärung oft nicht ausreichend“, erklärt Professor Dr. med. Andreas Straube, Vizepräsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) und Oberarzt an der Neurologischen Klinik der Universität München, Klinikum Großhadern.

Das Tagungsthema „Gemeinsam entscheiden“ bezieht sich auch auf die Klug-entscheiden-Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Diese deutsche Qualitätsoffensive greift internationale ‚choosing-wisely-Programme‘ auf, deren Ziel es ist, die Versorgungsqualität durch ausgewählte Empfehlungen zu verbessern. „Neben einer gemeinsamen fach- und berufsübergreifenden Versorgung steht auch hier die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient im Mittelpunkt“, betonen die beiden Kongresspräsidenten. Zwölf Fachgesellschaften haben bereits Positiv- und Negativempfehlungen formuliert, um evidenzbasiert bei Über- oder Fehlversorgung gegensteuern zu können.

Was ein „shared decision making“ in der Schmerzmedizin ausmacht, wie es in den klinischen Alltag implementiert werden kann, welche konkreten Maßnahmen dazu ergriffen werden können und was man bereits über die Wirksamkeit der SDM weiß, sind Fragen, die auf der Pressekonferenz am 12. Oktober 2017 anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses und in einem Symposium des Kongresses diskutiert werden.

**Terminhinweise:**

**SY11 - Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Schmerzmedizin**

**Termin:** Donnerstag, 12. Oktober 2017, 15:30 bis 17:00 Uhr

**Vorsitz:** W. Häuser (Saarbrücken, DE), F. Scheibler (Köln, DE), H. Norda (Lübeck, DE), C. Bieber (Heidelberg, DE); **Chair:** W. Eich (Heidelberg, DE)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Musensaal“

**Patiententag "Gemeinsam entscheiden"**

**Termin:** Samstag, 14. Oktober 2017, 11:00 bis 14:30 Uhr

**Moderatoren:** M. Keidel (Bad Neustadt a. d. Saale, DE) und T. Sprenger (Wiesbaden, DE)

**Ort:** Dorint Hotel, Friedrichsring 6, 68161 Mannheim, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Das Motto für den Kongress 2017 GEMEINSAM ENTSCHEIDEN macht das Thema „partizipatives Entscheiden“ zu einem der Hauptthemen des Kongresses und fragt danach, wie Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe in der Schmerzmedizin verwirklicht werden kann. Mit etwa 40 wissenschaftlichen Symposien, darunter Pflegesymposien und Dutzende Kurse und Seminare, deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2017

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-380

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

<http://schmerzkongress2017.de>

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Tel.: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: [presse@dgss.org](mailto:presse@dgss.org)

<http://www.dgss.org>

Deutscher Schmerzkongress 2017  
Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. vom 11. bis 14. Oktober 2017 in Mannheim

## **Paradoxe Effekte: Kälte als Auslöser oder Hemmer von Schmerzen** **Experten diskutieren Schmerzmechanismen auf dem Deutschen Schmerzkongress 2017**

**Mannheim, Oktober 2017 – Während Kälte bei gesunden Menschen mit akutem Schmerz schmerzhemmend sein kann, existiert bei Patienten mit Nervenschmerzen ein gegenteiliger Effekt: Sie reagieren häufig überempfindlich auf Kälte und empfinden manchmal schon bei einem leichten Luftzug starke Schmerzen. Verantwortlich dafür sind Eiweiße der Zelloberfläche der Nerven, die die Nervensignale um ein Vielfaches steigern und zu der unangenehmen Wahrnehmung führen. Wie lokale Kälte Schmerz auslösen, aber auch reduzieren kann, diskutieren Schmerzforscher auf dem Deutschen Schmerzkongress 2017 in Mannheim (11. bis 14. Oktober) und stellen erste Erkenntnisse auf der Pressekonferenz am 12. Oktober 2017 vor.**

Dass Temperatur auf Schmerzen unterschiedlich wirkt, ist ein bekanntes Phänomen. „Bei einem akuten entzündlichen Schmerz kann es schmerzlindernd sein, wenn man die entsprechende Stelle kühlt, während bei chronisch entzündlichen Schmerzen auch eine lokale Wärmebehandlung helfen kann“, sagt Professor Dr. med. Martin Schmelz, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. Kleine Temperaturänderungen der Haut nehmen Menschen mit besonderen Sensoren wahr. Diese sitzen auf Nervenzellen, die für das Kalt- und Warmempfinden verantwortlich sind: Abkühlen schaltet die Kaltsensoren ein und die Warmsensoren ab. „Durch vermehrte Nervensignale von Kaltsensoren und verminderte Signale von Warmsensoren fühlen wir also eine Abkühlung“, erklärt Schmelz.

Patienten, die wegen eines Krebsleidens mit Platinsalz (Oxaliplatin) behandelt werden, empfinden die Abkühlung oft als viel stärker. Solange das Platinsalz im Körper wirkt, sind die Patienten ausgesprochen kälteüberempfindlich, und selbst kurze Kaltreize lösen ein lang andauerndes übersteigertes Kältegefühl aus. Die Ursache dafür liegt jedoch nicht in den „Fühlern“ für Kälte, sondern in den Eiweißen der Zelloberfläche („Natriumkanäle“), die für die Weiterleitung der Nervensignale entlang der Nervenfasern verantwortlich sind. Man könne sie sich wie Türen entlang eines Ganges vorstellen, die nacheinander geöffnet und dann schnell wieder geschlossen werden, sagt Schmelz, der an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg im Bereich der Experimentellen Schmerzforschung tätig ist. Das Platinsalz wirkt nun wie eine Art „Fuß in der Tür“: Unter Kälte wird die Tür nicht vollständig geschlossen, sondern springt wieder auf und schlägt so in rascher Folge auf und zu. „Damit wird also das ursprüngliche Nervensignal um ein Vielfaches

gesteigert und der Patient fühlt die Kälte als unnatürlich stark und unangenehm“, erklärt Schmelz. Calcium kann dieses „Türklappen“ reduzieren und wird daher bei Patienten mit Neuropathie zur Therapie eingesetzt.

Schaut man sich die Wirkung von Kälte bei Patienten mit Nervenschmerzen, also neuropathischen Schmerzen an, fällt auf, dass sie Kälte nicht nur als unangenehm, sondern sogar als brennenden Schmerz empfinden. „Wir bezeichnen diesen Effekt als Kaltschmerzüberempfindlichkeit, eine Kälteallodynie. Auch Patienten, die mit Platinsalzen behandelt wurden, können im späteren Verlauf einen solchen Nervenschmerz erleiden, der dann aber völlig unabhängig von dem Medikament ist“, erklärt Schmelz. Der Mechanismus, der diesen Schmerz hervorruft, ist noch ungeklärt. Allerdings gibt es Hinweise, dass das „Türklappen“ bei diesen Patienten nicht nur die Natriumkanäle der Nervenfasern für die Kaltempfindung betrifft, sondern auch die für den Schmerz.

Eine weitere Wirkung der Kälte betrifft die Eiweiße der Zellmembran (Kaliumkanäle Kv1.1/2), die beim Abkühlen aktiviert werden und als „Bremse“ der neuronalen Erregung beziehungsweise als Gegenspieler der „Kaltfühler“ funktionieren. Fehlt nun diese Bremse, wirkt die Kälte viel stärker und kann nun auch Nervenzellen mit sehr wenigen Kaltfühlern aktivieren, die vorher nicht erregbar waren. „Selbst Nervenzellen, die überhaupt keinen Kaltfühler besitzen, können durch einen ähnlichen Mechanismus kälteempfindlich werden. Daher verspüren einige Patienten mit Nervenschmerzen schon bei leichtem Abkühlen der Haut, beispielsweise durch einen Luftzug, starke Schmerzen“, so Schmelz.

Neben den speziellen „Kaltfühlern“ können also auch spezielle Kaliumkanäle Schmerzen durch Kälte erklären. Medikamente, die eine Übererregbarkeit von Nervenzellen durch ihre Wirkung an Kaliumkanälen erzielen, werden bereits zur Behandlung von bestimmten Epilepsieformen eingesetzt. „Es ist zu hoffen, dass dies in Zukunft auch für die Behandlung des Schmerzes gelingt“, sagt der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft.

„Solange wir die Wirkmechanismen nicht ganz durchschauen, ist es schwierig, eine geeignete Therapie gegen die Schmerzen zu finden“, sagt Professor Dr. med. Matthias Keidel, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Campus Bad Neustadt/Saale. Die Forschungen zu Temperaturänderungen und zur Erregbarkeit von Nervenfasern helfen daher enorm, das zunächst verwirrend erscheinende Bild mit scheinbar widersprüchlichen Effekten zu klären.

Auf der Pressekonferenz am 12. Oktober zum Deutschen Schmerzkongress (11. bis 14. Oktober 2017) diskutieren die Experten, welche diagnostischen und therapeutischen Schlussfolgerungen aus einer kälteabhängigen Verschlechterung beziehungsweise Reduktion von Schmerzen gezogen werden können.

## **Literatur:**

Sittl R, Lampert A, Huth T, Schuy ET, Link AS, Fleckenstein J, Alzheimer C, Grafe P, Carr RW. Anticancer drug oxaliplatin induces acute cooling-aggravated neuropathy via sodium channel subtype Na(V)1.6-resurgent and persistent current. ProcNatlAcadSciUSA 2012;109(17):6704-6709.  
<http://www.pnas.org/content/109/17/6704.full.pdf>

Tanaka BS, Zhao P, Dib-Hajj FB, Morisset V, Tate S, Waxman SG, Dib-Hajj SD. A gain-of-function mutation in Nav1.6 in a case of trigeminal neuralgia. Mol Med 2016;22.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5023517/pdf/mol-22-16\\_131\\_Tanaka.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5023517/pdf/mol-22-16_131_Tanaka.pdf)

Hao J, Padilla F, Dandonneau M, Lavebratt C, Lesage F, Noel J, Delmas P. Kv1.1 channels act as mechanical brake in the senses of touch and pain. Neuron 2013;77(5):899-914. <http://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273%2813%2900043-3.pdf>

Gonzalez A, Ugarte G, Restrepo C, Herrera G, Pina R, Gomez-Sanchez JA, Pertusa M, Orio P, Madrid R. Role of the Excitability Brake Potassium Current IKD in Cold Allodynia Induced by Chronic Peripheral Nerve Injury. J Neurosci 2017;37(12):3109-3126. <http://www.jneurosci.org/content/37/12/3109.long>

## **Terminhinweise:**

### **SY04 - Wie kann lokale Kälte Schmerz auslösen, aber auch reduzieren?**

Donnerstag – 12. Oktober 2017, 8:30 bis 10:00 Uhr

**Chair:** M. Schmelz (Mannheim, DE), **Vorsitz:** G. Wasner (Kiel, DE) und F. Birklein (Mainz, DE)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Gustav Mahler 1“

## **Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Das Motto für den Kongress 2017 GEMEINSAM ENTSCHIEDEN macht das Thema „partizipatives Entscheiden“ zu einem der Hauptthemen des Kongresses und fragt danach, wie Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe in der Schmerzmedizin verwirklicht werden kann. Mit etwa 40 wissenschaftlichen Symposien, darunter Pflegesymposien und Dutzende Kurse und Seminare, deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

## **Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2017

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-380

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

<http://schmerzkongress2017.de>

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Tel.: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: [presse@dgss.org](mailto:presse@dgss.org)

<http://www.dgss.org>

Deutscher Schmerzkongress 2017  
Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. vom 11. bis 14. Oktober 2017 in Mannheim

## **Neue Umfrage weist auf Informationsdefizite hin: Bei Kopfschmerzen und Migräne greifen viele Menschen zur Selbstmedikation**

**Mannheim, Oktober 2017 – Vier von zehn Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland hatten in den letzten sechs Monaten wenigstens einmal Kopfschmerzen. Nur etwa die Hälfte suchte einen Arzt auf, obwohl Mediziner als kompetenteste Informationsquelle angesehen werden. Zu diesen Ergebnissen kommt eine aktuelle Umfrage, die auf der Pressekonferenz zum Deutschen Schmerzkongress 2017 am Donnerstag, 12. Oktober, in Mannheim vorgestellt wird. Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. und die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. fordern, Hausärzte besser über neue, effektive Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Gerade die Migräne-Prophylaxe bietet gute Chancen, die Zahl der Kopfschmerztage pro Monat zu senken, und sollte deshalb allen Patienten angeboten werden.**

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. hat in einer repräsentativen Stichprobe Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene zu Häufigkeit und Dauer von Kopfschmerzen interviewen lassen. Erfragt wurde auch, welche Informationsquellen zum Thema Kopfschmerzen genutzt werden und ob diese zufriedenstellend und hilfreich sind. Insgesamt 40,2 Prozent der Befragten gaben an, in den letzten sechs Monaten unter Kopfschmerzen gelitten zu haben. Davon hatten 3,8 Prozent der Männer und 10,9 Prozent der Frauen eine Migräne. Die Mehrzahl der Betroffenen hat im Mittel ein bis drei Kopfschmerztage pro Monat, Männer weniger als Frauen. Die Ergebnisse überraschen die Präsidentin der DMKG, Privatdozentin Dr. med. Stefanie Förderreuther vom Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München, nicht. „Wir wissen, dass Kopfschmerzen zu den häufigsten Beschwerden in der Bevölkerung zählen“, sagt die Medizinerin. Allerdings geht nur die Hälfte der Patienten mit den Beschwerden zu einem Arzt, so das Ergebnis der Studie. „Kopfschmerzen sind leider noch immer eine Domäne der Selbstmedikation“, erklärt Förderreuther. Die meisten Menschen vertrauen demnach auf Hausmittel oder frei verkäufliche Schmerzmittel aus der Apotheke. Insgesamt zehn Prozent gaben an, sich bei Kopfschmerzen an einen Heilpraktiker zu wenden.

Die seltene Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe steht im Widerspruch zu einem weiteren Ergebnis der Umfrage: Für insgesamt 35 Prozent der Interviewten sind Ärzte die häufigste Informationsquelle, gefolgt von Apothekern und dem Freundeskreis mit jeweils 20 Prozent. Erst dann folgte das Internet mit 14 Prozent. „Das Internet wird trotz der hohen Durchdringung selten genutzt“, sagt DMKG-Vizepräsident Professor Dr. med. Andreas Straube vom Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München. Laut der Studie bevorzugen viele Patienten bei Kopfschmerzproblemen einen persönlichen Ansprechpartner. Insgesamt fühlten sich die Patienten gut von ihrem Arzt beraten. Die ärztlichen Informationen beurteilten 54 Prozent der Patienten als „gut“ oder sogar „sehr gut“ – und damit leicht besser als Informationen von Apothekern.

Wie wichtig eine fachärztliche Beratung ist, zeigt das Beispiel Migräne. Patienten, die einen Facharzt aufsuchten, erhielten häufiger eine Migräne-Prophylaxe als Patienten, die alleinig vom Hausarzt betreut wurden. Insgesamt nahm jedoch nur jeder fünfte Patient mit vier bis 14 Migränetagen im Monat auf ärztlichen Rat hin Medikamente ein. „Die Migräne-Prophylaxe bietet dem Patienten gute Chancen, die Zahl der Kopfschmerztag zu senken, und sollte deshalb allen Patienten angeboten werden“, fordert Straube.

Medikamente sind jedoch nicht die einzige Behandlungsmöglichkeit. Kongresspräsident Professor Dr. med. Matthias Keidel, Chefarzt am Campus Bad Neustadt/Saale, verweist auf nichtmedikamentöse Therapien: „Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Ausdauersport und verschiedene Arten von Biofeedback sowie die kognitive Verhaltenstherapie können helfen, die Kopfschmerzen in den Griff zu bekommen.“ Leider seien die Behandlungsmöglichkeiten zu wenig bekannt. Alle drei Experten sind sich einig, dass vor allem Hausärzte als erste Ansprechpartner der Patienten über die heutigen Behandlungsmöglichkeiten informiert sein sollten. „Der Hausarzt sollte in der Lage sein, die Diagnose Kopfschmerz oder Migräne sicher zu erkennen und den Patienten mit einer geeigneten Akutmedikation zu versorgen“, so Keidel. Er müsse über die nichtmedikamentöse und medikamentöse Prophylaxe aufklären können. „Als Lotse im Gesundheitssystem ist es erforderlich, dass der Allgemeinarzt aber auch sogenannte Red Flags erkennt, die auf einen sekundären Kopfschmerz und damit möglicherweise auf eine schwerwiegende zugrundeliegende Krankheit hinweisen, die einer akuten Abklärung bedarf“, ergänzt der Kongresspräsident.

Warum und wie die Ergebnisse von Patientenbefragungen für Reformen und Neuerungen genutzt werden sollten und wie sich die Fachgesellschaften eine „Weiterbildung“ der Primärversorger in puncto Kopfschmerz- und Migränetherapie vorstellen, sind Fragen, die auf der Pressekonferenz zum Deutschen Schmerzkongress am 12. Oktober 2017 in Mannheim diskutiert werden.

**Terminhinweise:**

**RF06 und RF10 - Kopfschmerz 1 und 2**

Mittwoch, 11. Oktober 2017, 13:30 bis 16:00 Uhr

Refresherkurse

**Vorsitz:** S. Förderreuther (München, DE); R. Ruscheweyh (München, DE)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Ignaz Holzbauer 3“ und Raum „Ignaz Holzbauer 2“

**SY28 - DMKG meets Allgemeinmedizin: Kopfschmerzversorgung**

Freitag, 13. Oktober 2017 17:30 bis 19:00 Uhr

Symposium

**Vorsitz:** A. Peikert (Bremen, DE)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Arnold Schönberg“

**Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Das Motto für den Kongress 2017 GEMEINSAM ENTSCHEIDEN macht das Thema „partizipatives Entscheiden“ zu einem der Hauptthemen des Kongresses und fragt danach, wie Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe in der Schmerzmedizin verwirklicht werden kann. Mit etwa 40 wissenschaftlichen Symposien, darunter Pflegesymposien und Dutzende Kurse und Seminare, deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2017

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-380

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

<http://schmerzkongress2017.de>

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Tel.: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: [presse@dgss.org](mailto:presse@dgss.org)

<http://www.dgss.org>



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



DEUTSCHE  
MIGRÄNE- UND  
KOPFSCHMERZ-  
GESELLSCHAFT

Deutscher Schmerzkongress 2017

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. vom 11. bis 14. Oktober 2017 in Mannheim

## **Cannabis ist kein Allheilmittel in der Schmerztherapie Schmerzexperten warnen: Einzelfälle mit positiven Effekten reichen nicht**

**Mannheim, Oktober 2017 – Seit März 2017 stehen Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen durch eine Gesetzesänderung nun auch cannabisbasierte Arzneimittel zur Schmerzlinderung zur Verfügung. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) weisen darauf hin, dass lediglich bei einem Bruchteil der Erkrankungen mit chronischen Schmerzen erwiesen ist, dass cannabisbasierte Arzneimittel helfen. Von einer Eigetherapie mit Cannabisblüten raten Experten ausdrücklich ab, da die Dosierungen ungenau seien und es zu unerwünschten, gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen kommen könne. Auf der Pressekonferenz am 12. Oktober 2017 in Mannheim anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses (11. bis 14. Oktober 2017) erläutern Experten, für welche Patientengruppe cannabisbasierte Arzneimittel sinnvoll sind und was beim Umgang mit Cannabisprodukten in der Schmerzmedizin zu beachten ist.**

„Es besteht keine ausreichende Evidenz, dass cannabisbasierte Arzneimittel in der Therapie bei Tumorschmerzen, rheumatischen und gastrointestinalen Schmerzen oder bei Appetitlosigkeit bei Krebs und AIDS wirksam sind“, erklärt Professor Dr. med. Winfried Häuser, Kongresspräsident und Ärztlicher Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin I des Klinikums Saarbrücken. Häuser wertete zusammen mit Kollegen aus insgesamt 750 identifizierten Studien elf systematische Übersichten zu diesem Thema aus, die zwischen Januar 2009 bis Januar 2017 erschienen sind. Die Forscher kommen in der aktuell im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Arbeit (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/193428>) zu dem Ergebnis, dass keine ausreichende Evidenz für cannabisbasierte Arzneimittel (Dronabinol, Nabilon, Medizinalhanf, THC/CBD-Spray) bei Tumorschmerzen, rheumatischen und gastrointestinalen Schmerzen besteht. Auch positive Effekte bei Appetitlosigkeit, unter der Krebspatienten und Menschen mit AIDS häufig leiden, sind nach der wissenschaftlichen Auswertung nicht erwiesen. „Eine ausreichende Quantität der Evidenz besteht nur beim neuropathischen Schmerz“, ergänzt Häuser.

„Cannabis als Schmerzmittel ist seit der Gesetzesänderung im März en vogue. Die intensive Medienberichterstattung hat dazu geführt, dass zum Teil auch Kopfschmerzpatienten eine Verordnung vehement einfordern“, berichtet PD Dr. med. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. „Doch leider ist die Studienlage auch in diesem

Bereich noch zu dürftig, als dass wir eine reguläre Behandlung mit Cannabinoiden empfehlen würden. Wir brauchen Studien, die beweisen, dass ein oder verschiedene Cannabinoide in der Behandlung von definierten Kopfschmerzsyndromen nicht nur wirksam, sondern vor allem auch sicher sind. Anders als bei allen zur Kopfschmerzbehandlung zugelassenen Substanzen fehlen entsprechende Daten.“ Die Oberärztin der Neurologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München warnt daher insbesondere vor der übereilten Verordnung von Cannabis bei Kopfschmerzen und Migräne.

Die weibliche Hanfpflanze *Cannabis sativa* enthält etwa 500 verschiedene Komponenten, davon circa 100 Cannabinoide. Zwar ist die medizinische Wirksamkeit bei Schmerzlinderung und Entzündungen von zwei Cannabinoiden, nämlich Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD), in Einzelfällen und durch einige klinische Studien erwiesen. Doch die Wirkeffekte auf den menschlichen Körper sind noch weitgehend unerforscht. „Es müssen zunächst für jedes Krankheitsbild methodisch gut gemachte, randomisierte, placebokontrollierte Studien vorliegen, die den gewünschten Effekt einer Schmerzlinderung belegen und die Art, Schwere und Häufigkeit von Nebenwirkungen wie zum Beispiel Verwirrtheit oder Psychosen erfassen“, betont Förderreuther. „Es ist darüber hinaus sehr wichtig, verschiedene Formen von cannabishaltiger Medizin zu unterscheiden“, erläutert Häuser. Derzeit sind 14 Sorten Cannabisblüten auf Rezept erhältlich – sogenannter Medizinalhanf. Die Konzentration des darin enthaltenen Tetrahydrocannabinols (THC) liegt zwischen 1 und 22 Prozent, die des Cannabidiols (CBD) zwischen 0,05 und 9 Prozent. „Erschwerend hinzu kommt, dass uns Dosierungsangaben für einzelne Indikationen fehlen“, mahnt Häuser. Des Weiteren stehen aus diesen Blüten gewonnene Extrakte mit definierten Konzentrationen an THC sowie synthetisch hergestellte THC-Analoga zur Verfügung.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V begrüßt dennoch die Gesetzesänderung des Bundestags. Sie hebt nun die bisherige Barriere bei der Kostenerstattung von cannabishaltigen Rezeptur- und Fertigarzneimitteln auf. „Wichtig ist allerdings, dass Cannabinoide nicht als isoliertes Therapieverfahren, sondern in Kombination mit physiotherapeutischen und schmerzpsychotherapeutischen Verfahren genutzt werden“, fordern Häuser und Förderreuther. Jede Form einer Eigentherapie lehnen die Experten wegen unüberschaubaren Nebenwirkungen durch drohende Dosischwankungen ab.

Auf einer Pressekonferenz am 12. Oktober anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses 2017 in Mannheim erklären Schmerzmediziner die Vor- und Nachteile einer Cannabis-Therapie und erläutern, welche Patienten davon profitieren.

**Literatur:**

Häuser W, Fitzcharles M-A, Radbruch L, Petzke F: Cannabinoide in der Schmerz- und Palliativmedizin  
Eine Übersicht systematischer Reviews und prospektiver Beobachtungsstudien  
Dtsch Arztebl Int 2017; 114(38): 627-34; DOI: 10.3238/ärztebl.2017.0627.  
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/193428/Cannabinoide-in-der-Schmerz-und-Palliativmedizin>

Statement der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. zu Cannabis in der Therapie von Kopfschmerzkrankungen. Pressemappe zum Deutschen Schmerzkongress 2017.

**Terminhinweise:****SS01 - Apotheker- und Ärzteforum: Sondersitzung Cannabis**

**Termin:** Donnerstag, 12. Oktober 2017, 14:00 bis 17:00 Uhr

Kooperation der Deutschen Schmerzgesellschaft und der DMKG mit der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg: Apotheker-Symposium

**Vorsitz:** S. Laubscher (Heidelberg, DE)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Ignaz Holzbauer 1“

**SY24 - BVSD-Symposium: „Cannabis als Medizin – Der lange Weg zur Therapiefreiheit“**

**Termin:** Freitag, 13. Oktober 2017, 15:30 bis 17:00 Uhr

**Vorsitz:** A. Kloepfer (Berlin, DE) und A. Kiefer (Koblenz, DE)

**Ort:** Dorint Hotel, Raum „Hörsaal Dorint“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

**Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Das Motto für den Kongress 2017 GEMEINSAM ENTSCHEIDEN macht das Thema „partizipatives Entscheiden“ zu einem der Hauptthemen des Kongresses und fragt danach, wie Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe in der Schmerzmedizin verwirklicht werden kann. Mit etwa 40 wissenschaftlichen Symposien, darunter Pflegesymposien und Dutzende Kurse und Seminare, deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2017

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-380

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

<http://schmerzkongress2017.de>

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Tel.: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

E-Mail: [presse@dgss.org](mailto:presse@dgss.org)

[www.dgss.org](http://www.dgss.org)

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Gemeinsam entscheiden: Wie werden Patienten zu informierten Partnern auf Augenhöhe? – Ausblicke auf den Deutschen Schmerzkongress.**

Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias Keidel, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2017 und Chefarzt der Neurologischen Klinik, Campus Bad Neustadt/Saale.

Professor Dr. med. Winfried Häuser, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2017 und Ärztlicher Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin 1 des Klinikums Saarbrücken.

Das Tagungsthema des Deutschen Schmerzkongresses 2017 „Gemeinsam entscheiden“ bezieht sich auf das Thema der partizipativen Entscheidungsfindung und auf die Initiative „Klug entscheiden“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland.

Das Patientenrechtegesetz fordert die umfassende Aufklärung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten an medizinischen Entscheidungen. Leitlinien der Schmerzmedizin fordern eine partizipative Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Wahl von Therapieoptionen. Die Umsetzung dieser Forderung wirft jedoch Fragen auf, die in einem Symposium diskutiert werden sollen. Was bedeutet partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making, SDM) überhaupt? Welche konkreten Maßnahmen können zur Implementierung in den klinischen Alltag ergriffen werden? Wie wird SDM durchgeführt? Wie ist die Datenlage zur Wirksamkeit von SDM? Welche Maßnahmen sollen ergriffen werden, um SDM in der Schmerzmedizin zu fördern? Wie erleben Betroffene (Schmerzpatienten) Entscheidungsfindungen bei ihrer Schmerzbehandlung?

„Gemeinsam Klug Entscheiden“ ist eine Qualitätsoffensive der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter dem Dach der AWMF und zielt auf die Verbesserung der Versorgungsqualität durch ausgewählte Empfehlungen zu prioritären Themen. Sie betont die Gemeinsamkeit der Fachgesellschaften in der AWMF, die gemeinsame fach- und berufsgruppenübergreifende Versorgung und die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Sie stellt Patienten/Versorgungsaspekte zu Erkrankungen in den Mittelpunkt und nicht Fachgebiete. Sie soll Patienten zur Teilhabe im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung befähigen und eine gemeinsame wissenschaftlich und ethisch begründete Vorgehensweise ermöglichen.

Von besonderer Bedeutung in der Schmerzmedizin ist eine ausführliche Kommunikation mit den Patienten unter Einbeziehung meinungsbeeinflussender Bezugspersonen sowie eine verständliche Information über mögliche Therapieoptionen, die eine gemeinsam getragene ‚kluge‘ Entscheidungsfindung bezüglich einer aussichtsreichen Behandlung ermöglicht. Die patientenseitige zuversichtliche Erwartung eines Therapieerfolgs und die Motivation zur selbstwirksamen und aktiven

*Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses  
der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V.  
Donnerstag, 12. Oktober 2017, 12.30 bis 13.30 Uhr, Mannheim*

Teilnahme an der Therapie hängen wesentlich von einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Konsens in der Entscheidungsfindung der (diagnostischen) und therapeutischen Vorgehensweisen ab.

In ihrem Festvortrag wird Frau Professor Dr. med. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement und Vorsitzende der Guidelines International Network, die Chancen und Gefahren der evidenzbasierten Medizin und von Leitlinien sowie die Relevanz der „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Initiativen verschiedener AWMF-Fachgesellschaften für die Schmerzmedizin darstellen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2017

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Paradoxe Effekte: Wenn Kälte Schmerz auslöst oder lindert – Schmerzmechanismen verstehen.**

Professor Dr. med. Martin Schmelz, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Klinik für Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg mit experimenteller Schmerzforschung.

Aus den Fernsehübertragungen von Fußballspielen kennen wir die Anwendung von Kältespray gegen akuten Schmerz. Durch Abkühlung werden chemische Reaktionen langsamer und auch die Weiterleitung von Nervenimpulsen wird gehemmt: die abgekühlte Haut fühlt sich taub an. Die physikalische Wirkung kann also den schmerzstillenden Effekt der Kälte erklären.

Andererseits haben wir in unserem Körper auch besondere Sensoren zum Fühlen von geringen Temperaturveränderungen. Diese sitzen auf Nervenzellen, die für das Kalt- und Warmempfinden verantwortlich sind: Abkühlen schaltet die Kältsensoren ein und die Warmsensoren ab. Wir fühlen also eine Abkühlung durch vermehrte Nervensignale von Kältsensoren und verminderte Signale von Warmsensoren.

Zusammengefasst kennen wir also eine Hemmung von Schmerz durch den physikalischen Effekt der Kälte und eine Aktivierung von Nerven über spezielle „Fühler“ für Kälte.

Paradoxe Weise können nun bei Patienten mit chronischen Schmerzen niedrige Temperaturen auch als unangenehm stark oder sogar als äußerst schmerzhaft empfunden werden.

Ein Beispiel für unangenehm verstärkte Kälteempfindung beobachtet man bei Patienten, die wegen eines Krebsleidens mit Platinsalz (Oxaliplatin) zur Chemotherapie behandelt werden: Solange dieses Platinsalz im Körper wirkt, sind diese Patienten ausgesprochen kälteüberempfindlich, und selbst kurze Kaltreize lösen ein lang andauerndes übersteigertes Kältegefühl aus. Die Ursache dafür liegt jedoch nicht in den „Fühlern“ für Kälte, sondern in den Eiweißen der Zelloberfläche („Natriumkanäle“), die für die Weiterleitung der Nervensignale entlang der Nervenfasern verantwortlich sind. Man kann sie sich wie Türen entlang eines Ganges vorstellen, die nacheinander geöffnet und dann schnell wieder geschlossen werden. Das Platinsalz wirkt nun wie eine Art „Fuß in der Tür“: Beim langsamen Schließen unter Kälte wird die Tür nicht vollständig geschlossen, sondern schlägt in rascher Folge auf und zu. Damit wird also das ursprüngliche Nervensignal um ein Vielfaches gesteigert und der Patient fühlt die Kälte als unnatürlich stark und unangenehm. Calcium kann dieses „Türklappen“ reduzieren und wird somit für diese Patienten als Therapie eingesetzt.

Eine weitere Wirkung der Kälte betrifft Eiweiße der Zellmembran (Kaliumkanäle Kv1.1/2), die beim Abkühlen aktiviert werden und als „Bremse“ der neuronalen Erregung bzw. als Gegenspieler der „Kaltfühler“ funktionieren. Fehlt nun diese Bremse, wirkt die Kälte viel stärker und kann nun auch

Nervenzellen mit sehr wenigen Kaltfühlern aktivieren, die vorher nicht erregbar waren. Selbst Nervenzellen, die überhaupt keinen Kaltfühler besitzen, können durch einen ähnlichen Mechanismus (Kaliumkanal K<sub>TP2.1/4.1</sub>) kaltempfindlich werden und so erklären, warum einige Patienten mit Nervenschmerzen schon bei leichtem Abkühlen der Haut - z.B. durch einen Luftzug – starke Schmerzen verspüren.

Neben den speziellen „Kaltfühlern“ können also auch spezielle Kaliumkanäle Schmerzen durch Kälte erklären. Medikamente, die eine Übererregbarkeit von Nervenzellen durch ihre Wirkung an Kaliumkanälen erzielen, werden bereits zur Behandlung von bestimmten Epilepsieformen eingesetzt. Es ist damit zu hoffen, dass dies in Zukunft auch für die Behandlung des Schmerzes gelingt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2017

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Die Qualität der Kopfschmerzversorgung in Deutschland – Ergebnisse einer aktuellen Patientenbefragung.**

PD Dr. med. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) und Oberärztin an der Neurologischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt, München.

Professor Dr. med. Andreas Straube, Vizepräsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) und Oberarzt an der Neurologischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern, München.

Viele Reformen und Neuerungen werden initiiert, ohne dass die direkt Betroffenen, die Patienten, vorher befragt wurden. Die DMKG hat sich deshalb die Aufgabe gestellt, belastbare Daten über das Wissen, aber auch zur Zufriedenheit mit der individuellen Kopfschmerztherapie und zu den Quellen, aus denen dieses Wissen bezogen wird, zu erheben.

Im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe von Jugendlichen ab 14 Jahren und Erwachsenen wurden deshalb in einem Interview unter anderem Fragen zur Kopfschmerzhäufigkeit und zum Beginn des Kopfschmerzes, zu Anzahl der Kopfschmerztage und Art der Informationsquelle, der Häufigkeit eines Arztbesuches und zum Grad der Zufriedenheit mit der erhaltenen Information erhoben.

- (1) Die 6-Monats-Prävalenz für Kopfschmerzen ist 40,2 Prozent, davon haben 3,8 Prozent der Männer und 10,9 % der Frauen eine Migräne.
- (2) Die Mehrzahl der Betroffenen haben im Mittel 1-3 Kopfschmerztage pro Monat, Männer weniger als Frauen.
- (3) Die Informationsquelle, die weiterhin am häufigsten genutzt wird, ist trotz Internet mit Abstand der Arzt (35 Prozent), gefolgt von Apotheker und Freundeskreis (je ca. 20 Prozent). Nur 14 Prozent gaben das Internet als Informationsquelle an. Besonders Patienten mit einer Migräne bevorzugten den Arzt als Informationsquelle. Nach der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen befragt, waren die Patienten im Mittel über alle Informationsangebote durchschnittlich zufrieden (2,5 auf einer 5-stelligen Skala), die Information des Arztes wurde von 54 Prozent mit sehr gut bzw. gut bewertet und damit leicht besser als die Information der Apotheker.
- (4) Knapp die Hälfte der von Kopfschmerz Betroffenen hatten einen Arzt aufgesucht, wobei Patienten mit einer Migräne bzw. Frauen dieses etwas häufiger tun. Daneben gaben aber 10 Prozent auch an, wegen der Kopfschmerzen einen Heilpraktiker aufgesucht zu haben.

Patienten, die einen Facharzt aufsuchten, nahmen häufiger eine Migräneprophylaxe ein als die Patienten, die alleinig vom Hausarzt betreut wurden, und insgesamt nahmen nur ca. 20 Prozent der Patienten mit 4-14 Migränetagen eine Prophylaxe (ca. 1/5 aller Kopfschmerzpatienten, die einen Arzt aufgesucht hatten). Die meisten Patienten waren über Verhaltenstherapie bzw. Biofeedback als Möglichkeiten der Prophylaxe nicht informiert.

Diese Daten belegen, dass Kopfschmerzen in der Bevölkerung häufig sind und auch zu einem entsprechenden Informations- und Behandlungsbedarf führen. Trotz eines breiten Informationsangebots im Internet wird der Arzt als Informationsquelle höher eingeschätzt. Dennoch bleiben aber ca. 50 Prozent der Patienten ohne ärztliche Konsultation.

Eine Konsequenz aus der Erhebung sollte sein, dass das ärztliche und hier besonders auch das Wissen der Ärzte in der Primärversorgung über die Möglichkeiten der Therapie von primären Kopfschmerzen weiter ausgebaut wird, dies insbesondere vor dem Hintergrund von neuen, spezifischeren Behandlungsmöglichkeiten in der Zukunft. Das Wissen über nicht-medikamentöse Verfahren in der Kopfschmerz-, speziell Migränetherapie ist nur begrenzt bei den Patienten vorhanden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2017

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Allheilmittel Cannabis? – Wie Schmerzmediziner den Wirkstoff einordnen**

Professor Dr. med. Winfried Häuser, Kongresspräsident und Ärztlicher Leiter des Schwerpunkts Psychosomatik der Klinik Innere Medizin 1 des Klinikums Saarbrücken

Durch das Gesetz zur „Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ vom 06.03.2017 dürfen Ärzte aller Fachrichtungen Cannabisblüten und -extrakte verschreiben. Die Gesetzesänderung wurde von den Medien gelobt, z. B. DIE ZEIT vom 19.01.2017: „Endlich darf Cannabis helfen. Krankenkassen müssen Cannabis für Schwerkranke als Schmerzmittel bezahlen. Das hat der Deutsche Bundestag beschlossen. Gut so.“ Diese Pressemitteilungen haben in der Öffentlichkeit den Eindruck erweckt, dass Patienten mit chronischen Schmerzen bisher ein wirksames Schmerzmittel vorenthalten wurde bzw. jetzt – dank dem einstimmigen Beschluss aller im 18. Bundestag vertretenen Parteien – zur Verfügung steht. Viele Schmerzpraxen und –ambulanzen sehen sich mit mehr oder minder vehement vorgetragenen Forderungen von Patienten zur Rezeptierung von Cannabis konfrontiert.

Bei der Diskussion um den Nutzen von Cannabis in der Schmerz- und Palliativmedizin ist es wichtig, verschiedene Formen cannabishaltiger Medizin zu unterscheiden: Cannabis in Form getrockneter Blüten (sog. Medizinalhanf oder medizinisches Cannabis), standardisierte Extrakte (Rezepturarzneimittel mit aus Cannabisblüten extrahiertem Tetrahydrocannabinol [THC], z. B. Dronabinol und/oder Cannabidiol [CBD]), sowie synthetisch hergestellte Cannabisanaloga (Fertigarzneimittel Nabilon). Nach den Qualitätskriterien einer evidenzbasierten Medizin liegt eine eingeschränkte Evidenz nur für das Rezepturarzneimittel THC/CBD-Spray vor, nicht jedoch für das Dronabinol, Medizinalhanf und Nabilon bei chronischen neuropathischen Schmerzen. Nach den Qualitätskriterien einer evidenzbasierten Medizin liegt keine ausreichende Evidenz für alle Cannabinoide bei allen anderen chronischen Schmerzsyndromen (z. B. Krebschmerzen, Fibromyalgiesyndrom) oder Symptomen in der Palliativmedizin (z. B. Appetitverlust, Übelkeit) vor. Die Bundesärztekammer hatte sich im Vorfeld der Gesetzesänderung gegen die Verschreibungsfähigkeit von Medizinalhanf ausgesprochen, da keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz vorliegt.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßen die Gesetzesänderung, weil sie die bisherigen Barrieren bei der Kostenerstattung von cannabishaltigen Rezeptur- und Fertigarzneimitteln abbaut. Cannabinoide sollten jedoch nicht als isoliertes Therapieverfahren, sondern in Kombination mit physiotherapeutischen und schmerzpsychotherapeutischen Verfahren Anwendung finden. Der Einsatz von Cannabinoiden in der Schmerz- und Palliativmedizin ist mit Ausnahme von chronischen neuropathischen Schmerzen als

individueller Heilversuch anzusehen. Bei der Verwendung von Cannabinoiden in der Schmerz- und Palliativmedizin sind relevante zentralnervöse (z. B. Benommenheit) und psychiatrische Nebenwirkungen (z. B. Verwirrtheit, Psychose) zu beachten.

Aktuell sind 14 Sorten von Cannabisblüten rezeptierbar, deren THC-Konzentrationen zwischen 1 % und 22 % und CBD-Konzentrationen zwischen 0,05 % und 9 % liegen. Dosierungsangaben für einzelne Indikationen fehlen. Wegen der gesundheitsschädlichen Folgen des Tabakrauchens hat sich die Bundesärztekammer gegen die Behandlung mit Medizinalhanf in Form von „Joints“ (Cannabisblüten mit Tabak gemischt) ausgesprochen. Die Zufuhr von Extrakten der Cannabisblüten als Tee oder über einen Vaporisator ist für Menschen, die keine Erfahrungen im Freizeitgebrauch von Cannabis haben, schwierig. Aus diesen Gründen (Dosierung unklar, Zufuhr kompliziert, Verfügbarkeit im Körper sehr variabel) lehnen viele Schmerzmediziner die Verschreibung von Cannabisblüten ab und verschreiben – im Falle von „schwerwiegenden Erkrankungen und bei fehlenden Therapiealternativen“ - das Rezepturarzneimittel Dronabinol in Form von Tropfen oder Kapseln.

#### Literatur:

- Walitt B, Klose P, Fitzcharles MA, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul 18; 7: CD011694.
- Petzke F, Enax-Krumova EK, Häuser W. [Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids for chronic neuropathic pain: A systematic review of randomized controlled studies]. *Schmerz.* 2016 Feb; 30 (1): 62-88.
- Mücke M, Carter C, Cuhls H, Prüß M, Radbruch L, Häuser W. [Cannabinoids in palliative care: Systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety]. *Schmerz.* 2016 Feb; 30(1): 25-36.
- Volz MS, Siegmund B, Häuser W. [Efficacy, tolerability, and safety of cannabinoids in gastroenterology: A systematic review]. *Schmerz.* 2016 Feb; 30 (1): 37-46.
- Tafelski S, Häuser W, Schäfer M. Efficacy, tolerability, and safety of cannabinoids for chemotherapy-induced nausea and vomiting-a systematic review of systematic reviews. *Schmerz.* 2016 Feb; 30 (1): 14-24.
- Ablin J, Ste-Marie PA, Schäfer M, Häuser W, Fitzcharles MA. Medical use of cannabis products: Lessons to be learned from Israel and Canada. *Schmerz.* 2016 Feb; 30 (1): 3-13.
- Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Häuser W, Clauw DJ, Jamal S, Karsh J, Landry T, Leclercq S, Mcdougall JJ, Shir Y, Shojania K, Walsh Z. Efficacy, Tolerability, and Safety of Cannabinoid Treatments in the Rheumatic Diseases: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016 May; 68 (5): 681-8.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2017

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Statement der DMKG zu Cannabis in der Therapie von Kopfschmerzerkrankungen**

PD Dr. med. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) und Oberärztin an der Neurologischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt, München.

Kopfschmerzerkrankungen belegen den sechsten Platz unter den führenden Ursachen für Einschränkungen durch Krankheit. In der Altersgruppe der unter 50-Jährigen ist Migräne der dritthäufigste Grund für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Diese Zahlen lassen ahnen, dass es trotz der guten Behandlungsmöglichkeiten von Kopfschmerzen einen Anteil von Patienten gibt, die nicht ausreichend gut auf die Therapie ansprechen oder etablierte Therapien ablehnen.

Mit dem im März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabis-Arzneimitteln erweitert. Dies hat zu gehäuften Nachfragen von Seiten der Patienten hinsichtlich einer Verordnung von Cannabis zur Behandlung akuter und chronischer Kopfschmerzen geführt.

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) rät von der Verordnung bzw. Anwendung von Cannabis zur Behandlung von Migräne und anderen Kopfschmerzerkrankungen aufgrund der bislang fehlenden Datenbasis ab. Es gibt bislang keinen wissenschaftlichen Beweis dafür, dass die Behandlung von Kopfschmerzerkrankungen mit Cannabinoiden einem Placebo oder gar etablierten Therapieverfahren überlegen ist. Tierexperimentelle Daten zeigen einen möglichen Einfluss auf die Entstehung und Ausbreitung der Cortical Spreading Depression (CSD), der neurophysiologischen Grundlage der Migräneaura. Einzelfälle zu positiven Effekten sind publiziert, kontrollierte Studien, die die Wirkung von Cannabinoiden mit Placebo oder einer etablierten Behandlung vergleichen, fehlen völlig.

Die pharmakologisch wirksamen Komponenten der diversen Cannabisblüten und der verfügbaren Fertigarzneimittel sind in ihrer Zusammensetzung heterogen und deren Wirkeffekte auf den Organismus vielfältig. Cannabinoide haben keinen ausschließlich und spezifisch schmerzlindernden Effekt. Daher können bei Anwendung von „Cannabis“ grundsätzlich weder einheitliche schmerzlindernde noch einheitliche andere Effekte erwartet werden. Nur durch standardisierte Studien kann geprüft werden, ob bei Anwendung von pharmakologisch definierten Cannabinoiden die für die jeweilige Indikation gewünschten Effekte die unerwünschten überwiegen und ob bei Langzeitanwendung die erforderliche Sicherheit gegeben ist. Migräne und andere Kopfschmerzerkrankungen sind für die Betroffenen zweifellos eine große Last. Mit den etablierten medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden können auch Patienten mit chronischen Kopfschmerzen in aller Regel gut behandelt werden. Das Risiko einer ungeprüften

Therapie mit nicht absehbaren Wirkeffekten und unklaren Langzeitfolgen soll und muss in aller Regel nicht eingegangen werden.

Ausführliche Begründung: Cannabis beschreibt kein Arzneimittel, sondern ein pflanzliches Produkt. Es gibt verschiedene Cannabispflanzen, die sich hinsichtlich ihrer pharmakologisch aktiven Inhaltsstoffe erheblich unterscheiden. Für medizinische Zwecke können sowohl Cannabisblüten als auch Cannabis Fertigarzneimittel verordnet werden. Der Gehalt der beiden am besten untersuchten und in Cannabispflanzen und Fertigarzneimitteln auch am häufigsten auftretenden Cannabinoide THC und CBD variiert stark.

THC und CBD unterscheiden sich aber erheblich in ihrer Wirkung:

THC ist im Wesentlichen für die euphorisierende Wirkung von Cannabis verantwortlich. Es kann zudem zu einer veränderten sensorischen Wahrnehmung führen, Gedächtnisstörungen bedingen und vor allem bei Menschen mit einem familiären Risiko für psychische Erkrankungen ihr Risiko, an einer Psychose zu erkranken, weiter erhöhen.

Für CBD werden vor allem aufgrund tierexperimenteller Daten angstlösende, antidepressive, neuroprotektive, schmerzlindernde, entzündungshemmende, antiemetische, antikonvulsive und die Kognition steigernde Effekte angenommen.

Das potentielle Spektrum von Erkrankungen, die mit Cannabis behandelt werden könnten, ist groß. Die bislang vorliegende Datenlage ist aufgrund der pharmakologisch großen Heterogenität der einzelnen Produkte und Pflanzen sowie der erheblichen Unterschiede im Wirksamkeitsprofil (Wirkeintritt, Wirkdauer und Zeitpunkt der maximalen Wirkung) in Abhängigkeit von der gewählten Applikationsart (Inhalationen versus orale Einnahme) unzureichend. Aus diesem Grund konnte der Gesetzgeber auch im Betäubungsmittelrechtsänderungsgesetz keine Indikation für die Verordnung von Cannabis benennen. Aktuell besteht für Cannabis für keine einzige Indikation eine Zulassung. Es gibt in der Literatur keine validen wissenschaftlichen Studien, die die Wirksamkeit von Cannabis bei Kopfschmerzerkrankungen im Vergleich zu Scheinpräparaten (Placebo) oder etablierten Schmerzmitteln untersuchen. Die meisten Berichte über positive, d. h. schmerzlindernde Effekte von Cannabispräparaten beruhen auf offenen Anwendungsbeobachtungen oder Einzelfallberichten. Bedingt durch die sehr unterschiedliche Zusammensetzung der verschiedenen rezeptierbaren oder auf dem Schwarzmarkt erhältlichen Cannabisprodukten können die zum Teil nur im Internet und in Blogs mitgeteilten Effekte von Cannabis nicht pharmakologisch bzw. unter schmerztherapeutischen Gesichtspunkten beurteilt werden.

Die vorliegende Datenlage erlaubt jedoch die Feststellung, dass bei Anwendung von Cannabisprodukten mit zum Teil erheblichen unerwünschten Wirkungen zu rechnen ist. Akute Nebenwirkungen einer Behandlung mit Cannabinoiden betreffen die Psyche und Psychomotorik (Euphorie, Angst, Müdigkeit, reduzierte psychomotorische Leistungsfähigkeit) sowie Herz und Kreislauf (Tachykardie, Blutdruckabfall, Schwindel, Synkopen). Bei regelmäßiger Anwendung tritt meist eine Gewöhnung ein, weshalb Cannabinoide als gut verträglich gelten. Bei regelmäßigem Cannabiskonsum vor dem 18. Lebensjahr muss im Gegensatz zur Anwendung im Erwachsenenalter mit einem höheren Abhängigkeitsrisiko gerechnet werden und mit anhaltenden ungünstigen Auswirkungen auf Aufmerksamkeitsleistungen, verbales Lernen und verbales Gedächtnis sowie auf psychische Veränderungen, die sich zum Beispiel in einer schlechteren Impulskontrolle äußern. Dies ist vor allem im Hinblick auf die hohe Inzidenz von Migräne ab der Pubertät von besonderer Relevanz. Die Anwendung in der Schwangerschaft ist kontraindiziert.

Das pharmakologische Potenzial des Cannabinoids CBD ist in Anbetracht der vorliegenden Datenlage für medizinische Zwecke deutlich höher einzuschätzen als das von THC. Nur durch weitere Grundlagenforschung, die ein verbessertes Verständnis des Endocannabinoidsystems ermöglicht, und durch prospektive placebokontrollierte und verblindete Studien mit pharmazeutisch standardisierten Cannabisprodukten können die Wirkeffekte beurteilt werden. Keines der aktuell eingesetzten Medikamente zur Akuttherapie oder Prophylaxe von Kopfschmerzerkrankungen wurde ohne ausreichende Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit als Arzneimittel zugelassen, dies sollte für Cannabis auch gelten. Die DMKG fordert deswegen entsprechende Studien.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2017

## **Curriculum Vitae**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias Keidel  
Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2017  
und Chefarzt der Neurologischen Klinik, Campus Bad Neustadt/Saale



## **Beruflicher Werdegang**

Studium der Medizin und Psychologie in Freiburg und Erlangen. Weiterbildung zum Neurologen, Nervenarzt (FA für Neurologie und Psychiatrie), Psychologischen Psychotherapeuten, Klinischen Neuropsychologen (GNP) und zum Speziellen Schmerztherapeuten an den Neurologischen und Psychiatrischen Kliniken der Universität Erlangen, der Technischen Universität München und der LMU München sowie an der Neurologischen Klinik der Universität Essen. Zusatzausbildung in spezieller neurologischer Intensivmedizin, in klinischer Geriatrie und zum Biofeedbacktherapeuten (DGS; DGBfb). Forschungsaufenthalte am NIH in Bethesda und der Simon Fraser University in Vancouver. Nach Promotion 1980 und Habilitation 1993 Verleihung der Professur 2000.

2001 - 2016 Chefarzt der Neurologischen Klinik am Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg. Als Spezieller Schmerztherapeut Etablierung der stationären multimodalen Schmerzkomplexbehandlung, der Kopfschmerzambulanz und des Cluster-Kompetenzzentrums des Bundesverbandes der SHG für Clusterkopfschmerz in Bayreuth. Bildung des Oberfränkischen Zentrums für ambulante Telemedizin Bayreuth (Ozean Bay) und Durchführung von durch Drittmittel unterstützten telemedizinischen Projekten.

2016 Übernahme der Chefarztposition der Klinik für Akutneurologie, Stroke Unit und Neurologische Intensivmedizin auf dem Campus Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG, Lehrkrankenhaus der Universität Gießen-Marburg. Aufbau der stationären Schmerzkomplexbehandlung, eines Cluster-Kompetenzzentrums und Gründung einer Migräne- und Kopfschmerz-Selbsthilfegruppe der MigräneLiga e.V. Deutschland.

Wissenschaftliche Arbeiten mit zahlreichen Publikationen über den posttraumatischen Kopfschmerz. Verfasser und Herausgeber von Büchern zum Kopfschmerz-Management in der Praxis, ebenso zur Migräne für Betroffene. Konsensus-Mitglied zur Leitlinienerstellung der Deutschen Neurologischen Gesellschaft (DGN) und der DMKG. Zertifizierter Kopfschmerzspezialist, Preisträger und Regionalbeauftragter für Bayern der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG).

## **Curriculum Vitae**

Prof. Dr. med. Winfried Häuser

Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2017 und Ärztlicher  
Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin I,  
Klinikum Saarbrücken



## **Beruflicher Werdegang**

- 01/1998                    Ärztlicher Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik der Medizinischen  
Klinik I (Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel- und  
Infektionskrankheiten, Onkologie, Psychosomatik); (Professor Dr. Grandt),  
Klinikum Saarbrücken
- Seit 2002                 Ko-Leiter des Zentrums für Schmerztherapie, Klinikum Saarbrücken
- Seit 2012                 Schmerztherapeut und Psychotherapeut im Medizinischen  
Versorgungszentrum für Schmerzmedizin und seelische Gesundheit,  
Saarbrücken

## **Ärztliche Qualifikationen**

- 01/1989                   Facharzt für Innere Medizin
- 02/1995                   Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- 01/2000                   Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

## **Promotion**

- 01/1985                   „Der Paradigmawechsel in der psychosomatischen Medizin“ – Universität des  
Saarlandes, Institut für Psychosomatik und Psychotherapie

## **Habilitation**

- 03/2010                   „Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen – Klassifikation,  
klinische Diagnose und evidenzbasierte Therapie“ - Technische Universität  
München

**Funktionen in Fachgesellschaften**

- Seit 2011 Mitglied der Musculoskeletal Group und Pain and Palliative and Supportive Care Group der Cochrane Collaboration
- Seit 2011 Außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
- Seit 2005 Teilnahme an Leitlinien (Arbeitsgruppenleiter, Sprecher der Steuerungsgruppe) der Deutschen Schmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen zu Darmerkrankungen und chronischen Schmerzsyndromen.

## **Curriculum Vitae**

Prof. Dr. med. Martin Schmelz  
Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.,  
Klinik für Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät  
Mannheim der Universität Heidelberg mit experimenteller  
Schmerzforschung

\*12.06.1964



## **Beruflicher Werdegang**

04/1985	Beginn des Humanmedizinstudiums an der FAU Erlangen-Nürnberg
06/1991	Ärztliche Prüfung
07/1991–12/1992	Tätigkeit als Arzt im Praktikum am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der FAU Erlangen-Nürnberg, Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. G. Lehnert.
2002	Promotion: Comutagenität von Nickel- und Chromsalzen in Verbindung mit UVC-Licht“; abgeschlossen mit Magna cum laude am Institut für Humangenetik.
1993–2000	wissenschaftlicher Assistent
1998	Habilitation am Institut für Physiologie und Experimentelle Pathophysiologie, Lehrbefähigung für das Fach Physiologie.
Seit 2000	Oberassistent (C2) am Institut für Physiologie und Experimentelle Pathophysiologie der FAU Erlangen-Nürnberg.
Seit 2002	Karl-Feuerstein-Stiftungsprofessur für Schmerzforschung, gefördert durch den Daimler-Fonds des Stifterverbandes, am Inst. für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Mannheim, Univ. Heidelberg.

## **Forschungsaufenthalte**

1993–2009 in Schweden und Norwegen, jeweils 1-2 Monate

## **Forschergruppen**

2004–2008	Leiter der Klinischen Forschergruppe 107 „Schmerz“, gefördert von der DFG
2005–2013	Koordinator eines Forschungsnetzwerkes „Pathophysiology of Pain“, gefördert von AstraZeneca unter Beteiligung der Universitäten Oslo, Uppsala, Athen, Mainz, Erlangen und Heidelberg.

## **Forschungsschwerpunkte**

- Elektrophysiologische Charakterisierung von Nozizeptorklassen beim Menschen und Großtier (Schwein)

- Entwicklung objektiver Messverfahren der C-Faser Funktion beim Menschen und Großtier
- Integration der experimentellen und klinischen Schmerzforschung im Sinne der „translational medicine“
- Interaktion zwischen Neuronen, Gewebszellen und Entzündungszellen

### **Gutachterliche Tätigkeit für Wissenschaftliche Zeitschriften**

Science, Nature, Neuroscience, J Neuroscience, Anesthesiology, Brain, J Neurophysiol, JPET, Pain, European Journal of Pain, Journal of Investigative Dermatology, Experimental Dermatology, Brit J Pharmacol, Life Sci, Inflamm Res, Exp. Brain Research u. a.

DFG, NIH – internal reviewer of project grant (Johns Hopkins, Yale, Minneapolis), Wellcome Trust, FWF (Österreich), Schweizer Nationalfonds

### **Auszeichnungen**

- Forschungspreis der Europ. Academy of Dermatology 1998
- Förderpreis der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes 1999
- Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie 2000
- Carl-Ludwig-Schleich-Preis der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin 2003
- Sertürner Preis 2003
- IASP collaborative research grant 2003
- Pfizer Visiting Professorship in Pain Medicine 2012 (Pittsburgh)

### **Gremientätigkeit**

2006–2008	Fachkoordinator Physiologie Reformstudiengang MaReCuM
Seit 2009	Mitglied Habilitationsausschuss
Seit 2012	Stellv. Vorsitzender sc. hum. Promotionsausschuss
Seit 2017	Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

## **Curriculum Vitae**

Prof. Dr. med. Andreas Straube  
Vizepräsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.  
(DMKG) und Oberarzt an der Neurologischen Klinik der Universität  
München, Klinikum Großhadern



## **Beruflicher Werdegang**

- |           |  |
|-----------|--|
| 1983      | Approbation als Arzt   |
| 1984      | Promotion (summa cum laude)  |
| 1989      | Anerkennung als Neurologe  |
| 1997      | Berufung auf eine C3-Professur für klinische Neurophysiologie an der LMU       |
| 1991      | Habilitation für das Fach Neurologie und klinische Neurophysiologie            |
| 1993–1997 | Heisenberg-Stipendium der DFG (Aufenthalt in Seattle 1993-94, Prof.: A. Fuchs) |
| 2004      | Anerkennung „spezielle Schmerztherapie“  |
| 2006      | Leiter des Oberbayerischen Kopfschmerzzentrums (Integrierte Versorgung)        |

## **Publikationen**

Mehr als 450 Veröffentlichungen in peer-reviewed internationalen Journalen (PubMed gelistet) sowie ca. 170 Übersichtsarbeiten, 6 Bücher.

## **Wissenschaftliche Förderung**

- Teilprojektleiter in der klinischen Forschergruppe „Krankheitsbedingte Fehlfunktion des vestibulären Systems, des Kleinhirns und der Augenbewegungen: Grundlagen, Klinik und Therapie.“
- Teilprojektleiter im Projekt: „Prädiktive Mechanismen bei Augenbewegungen“ im SFB 462 Senso-Motorik der LMU und TU (Teilprojekt C4)
- Teilprojektleiter im BMBF-Verbund „Basalganglienerkrankungen“ (Corticale Sakkadensteuerung bei Basalganglienerkrankungen)
- Mitantragsteller im Teilprojekt: „FES bei Patienten mit Hemiparese: Einfluss auf die Erlangung der Gehfähigkeit“ im BMBF-Verbund Rehabilitation

- Projektleiter Projekt 70-2655 Deutsche Krebshilfe (neurologische Spätkomplikationen nach Knochenmarktransplantation)
- Antragsteller und Koordinator: Marie Curie Training Site: Spatial orientation: sensorimotor system research in human and animal. EU-Projekt (MCFH-2000-00087)
- Antragsteller (Teilprojekt D1) und Koordinator Bereich D (chronischer Spannungskopfschmerz) im BMBF-Verbund Kopfschmerz (Projektleiter: Prof. Diener)
- Antragsteller BMBF und Else Kröner-Fresenius-Stiftung: Funktionelle Elektrostimulation bei Querschnittsgelähmten und Patienten mit Hemiparese zur Verbesserung der Gehfähigkeit und des FES-Radfahrens
- Koordinator im Rahmen des BMBF-Verbundes Periphere Magnetstimulation zur Rehabilitation von zentralen Lähmungen (Innovative Rehabilitationstechniken)
- Sprecher des Graduiertenkollegs Raumorientierung (GRK501) an der LMU
- Teilprojekt IFB (Einfluss von Vergenzbewegungen auf die Tiefenwahrnehmung)
- Deutsche Krebshilfe und Else Kröner-Fresenius-Stiftung (ZNS-Lymphome)

### **Kongresse**

- Kongresssekretär: 5th International Symposium Posture and Gait (1990 in Prien)
- Kongresssekretär: 70. Jahrestagung der DGN (1998 in München)
- Kongresspräsident: 25. Jahrestagung der DGSS und 23. Jahrestagung der DMKG (2001 in Berlin)
- Seit Jahren Mitveranstalter Deutscher Schmerzkongress

### **Studien**

Seit 1990 bei multiplen Studien als Prinzipal Investigator (PI) auch in internationale Studien mit dem Schwerpunkt Kopfschmerz, Schmerz und Onkologie eingebunden.

## **Curriculum Vitae**

PD Dr. med. Stefanie Förderreuther  
Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft  
e.V. (DMKG) und Oberärztin an der Neurologischen Klinik, Ludwig-  
Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt, München



## **Beruflicher Werdegang**

01/1989–06/1990	Ärztin im Praktikum an der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Direktor: Prof. Dr. Dr. Th. Brandt FRCP
07/1990	Approbation
1990–2004	Assistenzärztin an der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Direktor: Prof. Dr. Dr. Th. Brandt FRCP
11/1993	Promotion
Seit 1996	Konsiliartätigkeit für externe Krankenhäuser zur Frage der Hirntodfeststellung
07/1998	Facharztanerkennung Neurologie
Seit 07/2004	Oberärztin an der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Direktorin seit 2008: Prof. Dr. M. Dieterich, Leitung des Neurologie Konsildienstes am Standort Innenstadt
11/2004	Habilitation
2010–2015	Generalsekretärin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
Seit 2016	Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
03/2016	Benennung durch den Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) zum Mitglied des Bundesfachbeirates der DSO

## **Mitgliedschaften**

Seit 1990	Arbeitsgemeinschaft für Neurologische Intensiv- und Notfallmedizin in der DGN e.V.
Seit 1995	Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
Seit 1995	Deutsche Gesellschaft für klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN), Mitglied der Kommission „Hirntod“
Seit 1998	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Seit 1999	Deutsche Schmerzgesellschaft (vormals Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) Mitglied der Kommission für Aus-, Weiter- und Fortbildung (seit 2011) Mitglied der Ad-hoc-Kommission Kongressfortbildung (seit 2012)
2013–2015	Mitglied der Kommission bei der Deutschen Bundesärztekammer zur Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes
Seit 2017	Mitglied der Arbeitsgruppe „Anwendungsbezogene Fragen des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls“ der Überwachungskommission der Bundesärztekammer



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



DEUTSCHE  
MIGRÄNE- UND  
KOPFSCHMERZ-  
GESELLSCHAFT

Deutscher Schmerzkongress 2017

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e. V. vom 11. bis 14. Oktober 2017 in Mannheim

## **Patiententag „Gemeinsam entscheiden“**

**Termin:** Samstag, 14. Oktober 2017, 11:00 bis 14:30 Uhr

**Moderatoren:** M. Keidel (Bad Neustadt a. d. Saale, DE) und T. Sprenger (Wiesbaden, DE)

**Ort:** Dorint Hotel, Friedrichsring 6, 68161 Mannheim, Raum „Ludwig van Beethoven“

### **Programm:**

Grußwort	Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft S. Förderreuther (München, DE)
Grußwort	Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft M. Schmelz (Mannheim, DE)
Vorträge	
11:15 Uhr	Cannabis und Kopfschmerz - verträgt sich das? S. Förderreuther (München, DE)
11:30 Uhr	Psycho-Tipps zur Schmerzbewältigung - mit Übungen A. Pielsticker (München, DE)
11:45 Uhr	Ich als mein selbstwirksamer Therapeut - wie geht das? M. Müller (Würzburg, DE)
12:00 Uhr	Autosuggestion und Hypnose – eine hilfreiche Erfahrung A. Lang (Bonn, DE)
12:15 Uhr	Wenn der Schmerz immer noch martert - helfen Natur und Pflanze? M. Marziniak (Haar, DE)
12:30 Uhr	Pause & Imbiss
13:14 Uhr	Workshop – Selbsthilfegruppen stellen sich vor
13:15 Uhr	MigräneLiga e.V. Deutschland L. Gnant (Heidelberg, DE)
13:30 Uhr	Bundesverband der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e.V. H. Müller (Waldfeucht-Braunsrath, DE)
13:45 Uhr	DSL - Selbsthilfegruppen Weinheim/Mannheim „Schmerz lass nach“ M. Simon (Weinheim / Mannheim, DE)
14:00 Uhr	Fibromyalgie Netzwerk Saarland K. Schmidt (Schwalbach, DE)
14:15 Uhr	Streiflicht zum Kopf- und Rückenschmerz M. Keidel (Bad Neustadt a. d. Saale, DE)



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



## Bestellformular Fotos:

**Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses (11. bis 14. Oktober 2017) der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.**

**Termin:** Donnerstag, 12. Oktober 2017, 12.30 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim,

**Raum:** „Christian Cannabich“

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- o Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias Keidel
- o Professor Dr. med. Winfried Häuser
- o Professor Dr. med. Martin Schmelz
- o PD Dr. med. Stefanie Förderreuther
- o Professor Dr. med. Andreas Straube

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.**

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutscher Schmerzkongress 2017

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)