

Online-Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. anlässlich des bundesweiten 14. „Aktionstages gegen den Schmerz“ am 3. Juni 2025

Raus aus dem Einzelsilo: Schmerzversorgung ist Teamarbeit

Termin: Dienstag, 3. Juni 2025, 11.00 bis 12.00 Uhr

Programm:

Millionen Schmerzpatient*innen auch in Zukunft ausreichend und mit hoher Qualität versorgen – was die Gesundheitsreformen der neuen Bundesregierung leisten müssen

Professor Dr. med. Frank Petzke

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und Leiter der Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie an der Universitätsmedizin Göttingen

Pflege gegen den Schmerz: neue fundierte DBfK-Handreichungen stärken Pflegekräfte in der Schmerzversorgung

Vera Lux

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

Schmerzpatient*innen als Expert*innen ihrer Erkrankung: über Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit

Heike Norda

Vorsitzende der Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e. V., Neumünster

Schmerz, Ängste, depressive Stimmung – ein Zusammenspiel, das deutlich mehr in Aus- und Weiterbildung sowie Versorgung vermittelt und berücksichtigt werden muss

Professorin Dr. Christiane Hermann

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

„Bewegung als Medikament“: Physiotherapie als effektiver Beitrag innerhalb der multimodalen Schmerztherapie

Dr. Claus Beyerlein

Physiotherapeut und Diplom-Sportwissenschaftler, Vorstandsmitglied Physio Deutschland, Deutscher Verband für Physiotherapie – Regionalverband Baden-Württemberg

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

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2025
Christina Seddig
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-652, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: seddig@medizin kommunikation.org,
Aktionstag gegen den Schmerz

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

PRESSEMITTEILUNG

Aktionstag gegen den Schmerz am 3. Juni 2025

Schmerz lass nach! – Hilfe und Beratung für Millionen Betroffene

Informationsveranstaltungen an rund 130 Standorten bundesweit +++ Kostenfreie Patientenhotline 0800 1818120 am 3. Juni geschaltet +++ Patientenflyer online verfügbar

Berlin, 3. Juni 2025 – Wer ständig Scherzen hat, leidet oft doppelt: körperlich – und seelisch. Viele Betroffene fühlen sich allein gelassen. Genau das möchte der bundesweite Aktionstag gegen den Schmerz ändern: Am 3. Juni 2025 stehen wieder Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen sowie deren Angehörige im Mittelpunkt. Rund 130 Einrichtungen beteiligen sich mit Vorträgen, Beratungsangeboten und offenen Türen. Begleitet wird der Tag von einer kostenfreien Patientenhotline unter 0800 1818120, die zwischen 9.00 und 18.00 Uhr besetzt ist.

Etwa 23 Millionen Deutsche berichten über chronische Schmerzen. Die Beschwerden gehen bei rund 6 Millionen Betroffenen sogar mit Einschränkungen im Alltag wie Ängsten, Schlafstörungen und sozialem Rückzug einher. 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 dazu auf, das Thema „Schmerz“ in den Fokus zu rücken. „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. Bei mehr als der Hälfte aller Menschen mit chronischen Schmerzen dauert es über 2 Jahre, bis sie eine wirksame Schmerzbehandlung erhalten.

Persönliche Beratung – wohnortnah und niederschwellig

„Ziel des Aktionstags ist es, Menschen mit chronischen Schmerzen konkrete Hilfe zu bieten – wohnortnah, niederschwellig und verständlich“, so Isenberg weiter. Vor Ort beraten Schmerzexpertinnen und -experten über moderne Therapieansätze wie multimodale Schmerztherapie, über neue Wege in der Physiotherapie oder psychologische Unterstützung. Eine **Übersicht aller teilnehmenden Einrichtungen und Aktionen** ist unter www.schmerzgesellschaft.de zu finden.

Hotline für Fragen und Orientierung

Parallel steht am Aktionstag von 9.00 bis 18.00 Uhr die kostenfreie telefonische **Patientenhotline 0800 1818120** zur Verfügung. Wer anruft, erreicht erfahrene Fachleute, die aufklären, zuhören und Wege aus der Schmerzspirale aufzeigen. Sie geben Tipps zur besseren Behandlung und erklären, wie geeignete Therapieeinrichtungen gefunden werden können.

Gemeinsam gegen Schmerz – früher erkennen, besser behandeln

Laut Studien vergehen bei mehr als der Hälfte der Betroffenen über zwei Jahre bis zum Beginn einer wirksamen Behandlung. Dabei ist der frühe Beginn entscheidend: Je eher gezielt behandelt wird, desto geringer ist das Risiko, dass Schmerzen chronisch werden. Auch psychische Belastungen, übermäßiger Medikamentenkonsum oder Vermeidungsverhalten können zur Chronifizierung beitragen – und sollten in einer ganzheitlichen Schmerztherapie unbedingt berücksichtigt werden.

Online-Pressekonferenz: Neues aus der Schmerzversorgung

Am **3. Juni 2025 um 11.00 Uhr** findet begleitend zum Aktionstag eine **Online-Pressekonferenz** statt. Hier sprechen Expertinnen und Experten aus Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie und Selbsthilfe über aktuelle Entwicklungen in der Schmerztherapie und erläutern, welche Strukturen für die Schmerzversorgung in Deutschland notwendig sind, um persönliches Leid zu verhindern oder zu reduzieren.

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.schmerzgesellschaft.de.



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

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

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

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

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2025
Christina Seddig
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-652, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org,
[Aktionstag gegen den Schmerz 2025](http://Aktionstag%20gegen%20den%20Schmerz%202025)

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

PRESSEMITTEILUNG

Aktionstag gegen den Schmerz am 3. Juni 2025

Schmerzversorgung vor dem Kollaps

Deutsche Schmerzgesellschaft fordert politische Rückendeckung für Millionen Schmerz Betroffene

Berlin, 3. Juni 2025 – Rund 23 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen, viele davon jahrelang und mit gravierenden Folgen für ihren Alltag und ihre Lebensqualität. Mehr als zwei Millionen von diesen Betroffenen entwickeln sogar eine sogenannte Schmerzkrankheit, bei der Schmerzen zum beherrschenden Lebensthema werden. Anlässlich des heutigen bundesweiten Aktionstags gegen den Schmerz machte die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie und Selbsthilfe in einer Online-Presskonferenz auf die strukturellen Mängel in der Versorgung aufmerksam. Alle Beteiligten fordern eine nachhaltige Einbeziehung der multimodalen Schmerzversorgung in die Gesundheitsreformen der Bundesregierung. Am 5. Juni veranstaltet die Fachgesellschaft einen [Parlamentarischen Abend](#), an dem sie Schmerzversorgende und Politik zusammenbringt.

„Ohne klare gesetzliche Vorgaben und eine eigenständige Leistungsgruppe für die Schmerztherapie im Rahmen der Krankenhausreform droht der schleichende Rückbau schmerzmedizinischer Versorgungsstrukturen“, warnte Professor Dr. med. Frank Petzke, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. auf der heutigen Pressekonferenz. Bereits heute sei für Millionen Betroffene eine angemessene Behandlung weder zeitnah noch wohnortnah verfügbar. Die Folge: Chronifizierung, psychische Begleiterkrankungen und Arbeitsausfall. „Eine spezialisierte, multimodal angelegte Schmerzmedizin braucht finanzierte, feste Strukturen – mit Qualitätssicherung und Planbarkeit“, erklärt Petzke, Leiter der Schmerzmedizin an der Universitätsmedizin Göttingen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. fordert daher: Die Bundesregierung muss eine eigene Leistungsgruppe „*Interdisziplinäre multimodale Schmerzmedizin*“ mit klaren Standards und Vorhaltepauschalen einführen. Denn bereits jetzt dauert es mehrere Jahre, bis Schmerzpatientinnen und -patienten in eine spezialisierte und für sie indizierte fachlichen Versorgung überwiesen werden. „Der Leidensdruck für Betroffene und die volkswirtschaftliche Belastung sind schon heute immens groß. Ohne zügige Nachbesserungen könnte künftig auch noch bis zu 40 Prozent der Versorgung

wegbrechen. Und bei den dann noch versorgten Schmerzbetroffenen wird sich die Behandlungsqualität erheblich verschlechtern“, prognostiziert Petzke.

Schmerzversorgung ist Teamarbeit – nicht Einzelleistung

Dass Schmerzversorgung nur in einem multiprofessionellen Team gelingt, machten die Referierenden auf der Pressekonferenz sehr deutlich. So betonte Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e. V. (DBfP): „Eine nachhaltige Schmerztherapie kann nur gelingen, wenn alle an Schmerzversorgung beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenarbeiten.“ Pflegekräfte seien oft die ersten, die Schmerzen erkennen und lindern. „Speziell auf Schmerz ausgebildete Pflegefachpersonen – so genannte Pain Nurses oder Advanced Pain Nurses – bringen ein umfassendes Verständnis für körperliche, emotionale und soziale Schmerzfactoren mit – und leisten mit fundierten komplementären Verfahren einen unverzichtbaren Beitrag“, so Lux. Sie stellte zwei neue Handreichungen für Pflegekräfte vor, die pflegerische Interventionen zur Schmerzreduktion systematisch darstellen.

Darüber hinaus sei auch die Physiotherapie für Schmerzbetroffene unabdingbar. Dr. Claus Beyerlein, Physiotherapeut und Vorstandsmitglied von Physio Deutschland: „Bewegung ist mehr als Mobilisation – sie ist Therapie, Prävention und Rückfallprophylaxe zugleich.“ Physiotherapie sei daher ein zentrales Element in der multimodalen Schmerzbehandlung und fördere Selbstwirksamkeit und Lebensqualität.

Chronische Schmerzen gehen auch oft mit Ängsten, Depressionen und sozialem Rückzug einher. Doch psycho-soziale Aspekte würden in der Ausbildung von Fachpersonal und damit in der Versorgung noch zu wenig berücksichtigt, erklärte Professorin Dr. Christiane Hermann, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF): „Ein biopsychosoziales Verständnis von Schmerz ist wissenschaftlich belegt. Strukturell wird es bislang aber vor allem nur stationär und teilstationär berücksichtigt, kaum jedoch in der ambulanten Versorgung.“ Gerade die interdisziplinäre Zusammenarbeit müsse noch stärker in der Aus- und Weiterbildung verankert werden und im ambulanten Bereich müssten beispielsweise für interdisziplinäre Fallkonferenzen neue Abrechnungswege etabliert werden.

Patientinnen und Patienten stärken

„Viele Schmerzbetroffene fühlen sich nicht nur körperlich, sondern auch gesellschaftlich im Abseits“, sagt Heike Norda, Vorsitzende der Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e. V. Sie berichtete auf der Pressekonferenz von Stigmatisierung am Arbeitsplatz, mangelnder Aufklärung und fehlender

Unterstützung. „Wer chronisch krank ist, braucht kein Mitleid, sondern Zugang zu verständlichen Informationen, angemessener Therapie, Anerkennung der Einschränkungen – und Teilhabe“, so Norda. Die Selbsthilfe leiste hier wertvolle Arbeit.

Aktionstag soll Bewusstsein schaffen – Politik wird eingeladen

Der *Aktionstag gegen den Schmerz* richtet sich an die Öffentlichkeit und bietet heute an rund 130 Orten in Deutschland Beratung, Vorträge und direkte Hilfe. Eine bundesweite kostenlose Hotline (0800 1818120) steht Betroffenen den ganzen Tag zur Verfügung. Über 100 Schmerzexpertinnen und -experten engagieren sich dafür ehrenamtlich.

Außerdem richtet die Deutsche Schmerzgesellschaft am 5. Juni 2025 einen parlamentarischen Abend in Berlin aus. „Wir laden die Gesundheitspolitik zum Dialog ein“, so Geschäftsführer Thomas Isenberg. „Unser Ziel ist klar: eine flächendeckende, interdisziplinär aufgestellte Schmerzversorgung – dauerhaft gesichert und für alle zugänglich.“

Details zur Veranstaltung: <https://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzvisite>

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit über 3600 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****

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2025
Christina Seddig
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-652, Fax: 0711 8931-167
E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org,
www.schmerzgesellschaft.de

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

STATEMENT

Millionen Schmerzpatient*innen auch in Zukunft ausreichend und mit hoher Qualität versorgen – was die Gesundheitsreformen der neuen Bundesregierung leisten müssen

Professor Dr. med. Frank Petzke

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und Leiter der Schmerzmedizin an der Klinik für Anästhesiologie an der Universitätsmedizin Göttingen

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

Zunächst möchte ich Ihnen anhand einiger Zahlen und Beispiele verdeutlichen, wie relevant das gesundheitliche Problem Schmerz ist, mit dem wir in der Versorgung konfrontiert sind und das wir zu lösen versuchen:

- Etwa 23 Millionen Deutsche (28 Prozent) berichten über chronische Schmerzen. Von chronischen Schmerzen sprechen wir in der Regel, wenn ein Schmerzzustand länger als drei Monate dauert. Tatsächlich leiden viele Schmerzpatient*innen jahrelang unter Schmerzen.
- Ein wesentliches Kriterium für die Auswirkungen chronischer Schmerzen im Alltag ist die resultierende körperliche Beeinträchtigung. Berücksichtigt man den Schweregrad der Schmerzen als „Messlatte“, so erfüllen 6 Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, stark bis sehr stark beeinträchtigenden Schmerzes.
- Es gibt noch eine weitere Stufe: Sind Schmerzen mit starker körperlicher Beeinträchtigung auch noch mit signifikanten psychischen und sozialen Beeinträchtigungen assoziiert, liegt eine sogenannte Schmerzkrankheit vor: der Schmerz ist zum alles bestimmenden Faktor im Leben Betroffener geworden. An einer solchen Schmerzkrankheit leiden rund 2,2 Millionen Deutsche.

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

- Ganztägig ist eine bundesweite Patiententelefonhotline (Telefon: 0800 1818120) geschaltet: Über den ganzen Tag stehen parallel auf 10 internen Leitungen Schmerzexpert*innen Rede und Antwort. Insgesamt arbeiten über 100 Schmerzexpert*innen ehrenamtlich an der Hotline mit. So können über 3.000 Schmerzpatient*innen oder deren Angehörige wertvolle Tipps und Orientierung zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten.

- Rund 130 mitwirkende Kliniken und Praxen öffnen heute ihre Tür. An vielen Orten finden extra Patientenveranstaltungen mit Tipps oder auch Vorträgen statt. Alle sind zudem aktiv in der regionalen Presse- und Medienarbeit und weisen auf ihre Angebote hin.
- Die mitwirkenden Einrichtungen verteilen kostenlos rund 100.000 Patientenflier mit direkten Tipps der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. zu Schmerzthemen. Diese finden Sie auch auf unserer Homepage unter <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen>
- Mit unserer zentralen Pressekonferenz sowie breiten regionalen Medienarbeit schaffen wir bundesweite Medienresonanz in der Öffentlichkeit.

Dieser Aktionstag steht aufgrund drohender negativer Auswirkungen auf die Schmerzmedizin auch ganz im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen:

- Wir fordern den Gesetzgeber und die Bundesregierung auf, die Rahmenbedingungen der Schmerztherapie zu sichern, nachhaltig zu entwickeln und zukunftsweisende Leitplanken zu schaffen. Gerade bei der Krankenhausreform bedarf es deshalb aus Sicht der Schmerzmedizin dringender Nachbesserungen. Dies werden wir diese Woche auch im Bundestag im Rahmen eines parlamentarischen Abends mit mehreren Bundestagsabgeordneten erörtern.

Aktuelle Daten zur Versorgungslage zeigen:

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

Eine klare Perspektive zur Sicherung der zukünftigen schmerztherapeutischen Krankenhausversorgung ist in den aktuellen Reformen nicht nachvollziehbar, im Gegenteil: Ohne Nachbesserungen (Stichwort: Einführung einer eigenständigen Leistungsgruppe Schmerztherapie) und Schaffung einer klaren Perspektive für die Schmerzmedizin werden existierende Strukturen wegbrechen.

Auf dieses Problem weist auch ein aktueller 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.“

Nachbesserungen bei Krankenhausreform für Schmerzkliniken nötig:

- Bei den aktuellen vielfältigen Reformanstrengungen müssen für die Schmerzmedizin auch die Erreichbarkeit und der Zugang berücksichtigt werden – es braucht ein flächendeckendes Versorgungsangebot und eine Planbarkeit für Patient*innen und Krankenhäuser.
- Gerade die Krankenhausreform der Bundesregierung wird hier, wie es derzeit aussieht, leider zu keiner positiven Entwicklung beitragen. Im Gegenteil:

Da Schmerz keine eigene „Leistungsgruppe“ mit eigenen Rahmenbedingungen und Planungssicherheit in der aktuellen Krankenhausreform ist, drohen gerade nötige spezialisierte Zentren der Schmerzmedizin weiter „ausgedünnt“ zu werden und wegzufallen. Die ohnehin schon eingeschränkten Versorgungsmöglichkeiten für Schmerzpatient*innen werden sich weiter verschlechtern – bis zu 40 Prozent der derzeit erbrachten Fallzahlen könnten ohne zügige Nachbesserungen zukünftig wegfallen bei gleichzeitigen Einbußen an Behandlungsqualität (fachliche Details siehe Anlage).

In den nächsten Jahren werden bis zu 50 Prozent der Schmerztherapeut*innen aus Altersgründen ausscheiden – ohne eine gesicherte Ausbildung zukünftiger Schmerzspezialist*innen, die überwiegend im Krankenhaus stattfindet. In den stationären Einrichtungen ist eine Aufrechterhaltung der Versorgung nicht sicher zu stellen.

Wir fordern deshalb die Bundesregierung dazu auf, die Fraktionen des Deutschen Bundestags und alle an der Krankenhausreform beteiligten Akteure auf Bundes- und Landesebene

- die Strukturen der Schmerzmedizin zu stärken, anstatt zu schwächen. Dazu bedarf es unter anderem der Einführung einer eigenen Leistungsgruppe „Interdisziplinäre multimodale Schmerzmedizin“ mit entsprechenden Qualitätsvorgaben und Vorhaltepauschalen bei der Krankenhausreform!

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Neben den Ärzt*innen sind die anderen Berufsgruppen der Schmerzmedizin unverzichtbar. Die Therapie chronischer Schmerzen erfolgt im interdisziplinären Team. Und nicht nur in den erwähnten klinischen Einrichtungen sind die Psychotherapie, die Physio- und Ergotherapie sowie die Pflege essenzieller Bestandteil im Gesamtkonzept, häufig bewirken gerade deren Kompetenzen eine Nachhaltigkeit der Behandlungsergebnisse. Mit den verfügbaren speziellen Qualifikationen in allen Berufsgruppen hat sich auch die Qualität der Behandlung erhöht. Wichtig ist auch die Beratung und Prüfung der Apothekerschaft. Als Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., der mit rund 3.600 Mitgliedern in Europa und Deutschland größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft im Bereich Schmerz, ist es mir eine große Freude, gleich das Wort Vertreterinnen und Vertretern dieser anderen für die Versorgung von Schmerzpatient*innen so immens wichtigen Berufsgruppen zu übergeben.

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 diese selbst und ohne 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 und das Bild der Schmerzversorgung komplettieren.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2025

ANLAGE: Übersicht / Fachliche Detailerläuterung, warum eine Leistungsgruppe Schmerz nötig ist, um zu verhindern, dass Schmerzkliniken massenhaft schließen müssen und rund 40 Prozent der Versorgung wegfällt.

Inzwischen wurde der Leistungsgruppen-Grouper des InEK veröffentlicht, der die Befürchtungen in Bezug auf die Abbildung der Schmerzmedizin bestätigt: Fälle mit einer schmerztherapeutischen Behandlung mit interdisziplinär-multimodalem Behandlungskonzept (OPS-Kodes aus den Klassen 8-918/8-91b/8-91c) werden vom Leistungsgruppen-Grouper des InEK erratisch zugeordnet. Überwiegend erfolgt die Leistungsgruppenzuordnung nach dem Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V der Fachabteilung mit dem längsten Fachabteilungsaufenthalt. Abhängig von der historischen Entwicklung der Schmerzmedizin am jeweiligen Standort (und damit des genutzten Fachabteilungsschlüssels) erfolgt die Zuordnung der interdisziplinären Therapie daher zu völlig unterschiedlichen Leistungsgruppen (z.B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Neurologie, Neurochirurgie).

Nutzt die schmerztherapeutische Einrichtung bereits einen spezifischen Fachabteilungsschlüssel der Schmerzmedizin (3753 oder 3759) erfolgt die Zuordnung in die Leistungsgruppe *Allgemeine Innere Medizin*. Das gleiche gilt, wenn ein „intensivmedizinischer“ Fachabteilungsschlüssel (36**) genutzt wird. Eine weitere – etwas skurrile – Ausnahme ist zu beachten: Wird ein Fachabteilungsschlüssel der Schmerzmedizin oder der „Intensivmedizin“ genutzt und bei einem OPS-Code aus der Klasse 8-918 eine Schmerzdiagnose aus dem Muskel-Skelettsystem als Hauptdiagnose verschlüsselt (z.B. Rückenschmerzen), werden die Fälle (im DRG-System in den DRGs I42A/B gruppiert) immer der Leistungsgruppe *Allgemeine Chirurgie* zugewiesen. Wird ein anderer Fachabteilungsschlüssel (z.B. Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie) genutzt, erfolgt die Umleitung in die Leistungsgruppe *Allgemeine Chirurgie* nicht. Es klingt nicht nur kompliziert, es ist es auch! Wichtig zu verstehen ist:

1. Fälle der medizinisch klar definierten und in speziellen Einrichtungen konzentrierten Schmerztherapie können über viele unterschiedliche und fachfremde Leistungsgruppen streuen.
2. Die Mindestvoraussetzungen keiner dieser resultierenden Leistungsgruppen beschreiben nur ansatzweise die qualitativen Voraussetzungen für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
3. Auf die Behandlung chronisch kranker Schmerzpatienten spezialisierte Einrichtungen können unmöglich die Mindestvoraussetzungen aller möglichen resultierenden fachfremden Leistungsgruppen erfüllen. Dies stellt kein qualitatives Defizit dar!
4. Jegliche Anpassungen am Leistungsgruppen-Grouper und/oder am DRG-System können wieder zu einer veränderten Leistungsgruppenzuordnung führen.
5. Nicht an allen Standorten mit spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen finden sich zusätzliche Fachabteilungen, die für die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen z.B. der Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin*, *Allgemeine Chirurgie* und *Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* „einspringen“ können.
6. Ohne die Schaffung einer eigenen Leistungsgruppe für die Schmerzmedizin sind die Ziele der Krankenhausreform nicht zu erreichen.
7. Es ist nicht damit genüge getan, mit der Schaffung einer eigenen Leistungsgruppe auf eine spätere Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems zu warten. Aufgrund des Abrechnungsverbotes nach § 8 Abs. 4 KHEntgG, der Systematik der Vorhaltefinanzierung und der geplanten Mindestvorhaltezahlen würden viele – dringend benötigte – schmerztherapeutische Einrichtung diese Weiterentwicklung nicht mehr erleben.

Bezüglich der Ausnahmemöglichkeiten für Fachkrankenhäuser nach § 135d Abs. 4 SGB V weisen wir ebenfalls auf massive Probleme hin. Die Einschränkung, dass eine Zuordnung zum Level F in den Leistungsgruppen 1 und 14 nicht möglich sein soll, findet sich nur in der Gesetzesbegründung, aber nicht im Gesetzestext. Bislang ist auch keine Ausweisung von Fachkrankenhäusern nach Leistungsgruppen gesetzlich vorgesehen. Dem Gesetzestext ist im Gegensatz zu den Leveln I-III noch nicht einmal sicher eine Ausweisung einzelner Krankenhausstandorte (vgl. § 135d Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V) zu entnehmen, auch wenn dies möglicherweise intendiert war. Wichtig ist jedoch, dass das Problem der Schmerzkliniken nicht nur in der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen bei den „verwandten Leistungsgruppen“ (z.B. Leistungsgruppe *Intensivmedizin*) liegt, sondern dass die Fälle primär unpassenden Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die Schmerzkliniken können daher die Mindestvoraussetzungen der Ihnen zugeordneten Leistungsgruppen nicht erfüllen. Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser in Bezug auf die „verwandten Leistungsgruppen“ helfen in diesem Kontext grundsätzlich nicht weiter.

STATEMENT

Pflege gegen den Schmerz: Neue fundierte DBfK-Handreichungen stärken Pflegekräfte in der Schmerzversorgung

Vera Lux

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

Schmerzen sind ein Alarmsignal des Körpers – und doch sind sie für viele Menschen ein alltäglicher Begleiter. Chronischer Schmerz beeinträchtigt die Lebensqualität massiv. Schmerztherapie ist deshalb nicht nur eine medizinische Aufgabe, sondern benötigt ein ganzheitliches Verständnis. Sie gehört in die Hände eines interprofessionellen Teams, in dem Pflegefachpersonen eine unverzichtbare Rolle spielen.

Als Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) danke ich Ihnen, dass ich heute hier sprechen darf – und ich freue mich, dass ich hier von der Expertise unserer Fachgruppe Pflegeexpert*innen Schmerz im DBfK berichten kann.

Pflegefachpersonen erleben täglich, wie Schmerz den Alltag von Menschen dominiert – ob im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen, im Hospiz oder zu Hause. Sie sind oft die Ersten, die Schmerzen wahrnehmen, sie dokumentieren, lindern, kommunizieren und in den Behandlungsprozess einordnen. Gleichzeitig bringen sie ein spezifisches Verständnis für die Bedürfnisse der Betroffenen mit – ein Verständnis, das über das Körperliche hinausgeht und auch das Emotionale, Soziale und Spirituelle umfasst.

Moderne Schmerzversorgung braucht diesen pflegerischen Blick. Sie braucht Pflegefachpersonen, die durch Weiterbildung zu Pain Nurses, zu Advanced Practice Nurses (APNs) oder Pflegeexpert*innen Schmerz qualifiziert sind. Und sie braucht interprofessionelle Teams, in denen Pflege nicht nur „mitarbeitet“, sondern auf Augenhöhe mitgestaltet.

Ein zentraler Baustein einer umfassenden Schmerzversorgung sind komplementäre Maßnahmen – Maßnahmen also, die medizinische und pflegerische Verfahren sinnvoll ergänzen. Sie helfen, Schmerzen zu lindern, Stress abzubauen, Körperwahrnehmung zu verbessern, Vertrauen zu schaffen. Und sie sind evidenzbasiert: Studien belegen die Wirksamkeit von Wickeln, Auflagen, Aromatherapie oder rhythmischen Einreibungen – nicht als Ersatz für medikamentöse Therapie, sondern als Teil eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts.

Gerade Pflegefachpersonen sind es, die diese komplementären Maßnahmen sicher anwenden, bewerten und individuell anpassen können. Sie bringen dafür nicht nur praktische Erfahrung mit, sondern auch die Nähe zum Menschen und das nötige Wissen über Kontraindikationen und Wirkzusammenhänge.

Unsere Fachgruppe Pflegeexpert*innen Schmerz im DBfK hat dazu zwei Handreichungen entwickelt, die pflegerische Interventionen zur Schmerzreduktion systematisch darstellen. Sie richten sich an Pflegefachpersonen in allen Versorgungsbereichen und geben Orientierung bei der Auswahl, Durchführung und Dokumentation komplementärer Maßnahmen. Dabei geht es nicht um Beliebigkeit, sondern um fundiertes pflegerisches Handeln auf Grundlage aktueller Evidenz.

Ich lade Sie herzlich ein, diese Materialien zu nutzen, weiterzugeben, in die Praxis zu bringen. Denn wir brauchen mehr davon: mehr wirksame, niedrighwellige, patient*innenorientierte Schmerztherapie – und mehr Anerkennung für die pflegerische Kompetenz, die dahintersteht.

Die beiden Schmerzbrochüren sind ab sofort auf der Website verfügbar:

https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Broschuere_Schmerz_Kinder.pdf
https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Broschuere_Schmerz_Erwachsene.pdf

Wir wissen: Gute Schmerztherapie ist Teamarbeit. Sie gelingt nur, wenn wir Berufsgrenzen überwinden, Ressourcen sinnvoll einsetzen und den Menschen mit Schmerz ganzheitlich in den Blick nehmen. Pflege kann und will hier mehr Verantwortung übernehmen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit – und für Ihr Engagement für eine bessere, menschlichere und wirksamere Schmerzversorgung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2025

STATEMENT

Schmerzpatient*innen als Expert*innen ihrer Erkrankung: über Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit

Heike Norda

Vorsitzende der Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e. V., Neumünster

In Deutschland leiden viele Menschen unter chronischen Schmerzen. Laut einer Umfrage aus dem Jahr 2014 ist etwa ein Viertel der Deutschen von anhaltenden oder wiederkehrenden, nicht tumorbedingten Schmerzen betroffen. Etwa 7 Prozent fühlen sich durch Schmerzen 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 chronische Schmerzen nicht nur körperliches und seelisches Leid, sondern auch soziale Einschränkungen in der Teilhabe. Eine 2024 durchgeführte nicht repräsentative Umfrage des Arbeitskreises Patientenorganisationen der Schmerzgesellschaft zeigt, dass eine Stigmatisierung für viele Betroffene mit chronischen Schmerzen ein wesentliches Problem ist. Es fehlt weiten Teilen der Bevölkerung an Gesundheitskompetenz, sodass Betroffene mit chronischen Schmerzen ihre An- und Zugehörigen sowie ihr gesamtes soziales Umfeld über die Erkrankung chronische Schmerzen und deren Auswirkungen adäquat informieren müssen. Dies kann vielfach nur gelingen, wenn die Betroffenen eine gute Gesundheitskompetenz haben, also gut aufgeklärt sind über alle Aspekte ihrer Erkrankung.

Chronische Schmerzen sind bei den meisten Betroffenen nicht sichtbar. Die Einschränkungen in der persönlichen Lebensgestaltung sind dadurch vielfach nicht so offensichtlich. Schmerzpatienten sind daher mit dem Unverständnis anderer konfrontiert, wenn diese Einschränkungen nicht beobachten oder Betroffene Aufgaben nur teilweise erledigen können. Dies gilt für das berufliche, aber auch für das private Umfeld. Oft gibt es auch Unverständnis, wenn Schmerzpatienten Fehltag im Beruf haben, wenn Außenstehende doch von der Schmerzerkrankung meistens nichts sehen. Schlimmstenfalls kommt es zu Mobbing („Die/Der macht sich ein schönes, langes Wochenende“). Das wiederum kann die psychischen Auswirkungen der Schmerzkrankheit erheblich verschlimmern.

So ist es immer noch die Aufgabe der Betroffenen, ihre Mitmenschen zu informieren. Viele können dies aber in ihrer Betroffenheit nicht. Zudem verlieren viele den Arbeitsplatz wegen hoher Fehlzeiten. Unter dem Schutz des Schwerbehindertenstatus könnten sie möglicherweise ihren Arbeitsplatz ausfüllen und auch Integrationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Es ist als Schmerzpatient aber fast unmöglich, ohne wesentliche Funktionseinschränkungen einen Schwerbehindertenausweis zu erhalten, weil das bisher nicht in der Versorgungsmedizin-Verordnung vorgesehen ist.

So sind Menschen mit chronischen Schmerzen an vielen Fronten gefordert:

- mangelnde Sichtbarkeit der Erkrankung für ihre Umwelt (Familie, Freunde, Beruf)
- wenig Unterstützung, auch im Berufsleben, meist keine Inanspruchnahme von Integrationsmaßnahmen am Arbeitsplatz möglich
- zu wenige Behandlungsmöglichkeiten ambulant, teilstationär, stationär, mit viel zu langen Wartezeiten

Die dringendsten Probleme aus unserer Sicht sind:

1. Mangelnde Versorgung, lange Wartezeiten, Krankenhausreform
2. Stigmatisierung in vielen Lebensbereichen
3. Mangelnde Gesundheitskompetenz und fehlendes Wissen in allen Bevölkerungsschichten; dadurch Probleme am Arbeitsplatz und in den sozialen Gruppen wie Freunde, Familie
4. Wenig Unterstützung, auch im Berufsleben, meist keine Inanspruchnahme von Integrationsmaßnahmen am Arbeitsplatz möglich
5. Schmerzpatienten sind an vielen Fronten gefordert und sollten adäquat unterstützt werden, Edukation ist erforderlich, schon während der Wartezeit auf einen Behandlungsplatz

Zum Verständnis der Erkrankung und zur Erhöhung der eigenen Gesundheitskompetenz können sich Betroffene an Selbsthilfeorganisationen wie UVSD SchmerzLOS e. V. wenden. Diese halten viele Informationen vor, bieten Beratung aus Betroffenenperspektive und organisieren Selbsthilfegruppen. Dort treffen Menschen mit chronischen Schmerzen auf andere Betroffene, tauschen sich aus, lernen von- und miteinander. So werden sie auf dem Weg zum „Experten für ihre eigene Erkrankung“ begleitet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2025

STATEMENT

Schmerz, Ängste, depressive Stimmung – ein Zusammenspiel, das deutlich mehr in Aus- und Weiterbildung sowie Versorgung vermittelt und berücksichtigt werden muss

Professorin Dr. Christiane Hermann

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

1) Schmerz ist ein biopsychosoziales Phänomen

Neben biologisch-somatischen Faktoren sind psychosoziale Faktoren am Schmerzerleben beteiligt, dies wird unter anderem in der Definition von Schmerz gemäß IASP (1979, 2019) deutlich:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ sowie dem Zusatz „Schmerz ist immer eine persönliche Erfahrung, die durch biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst wird“. Was wir wissen:

- Depressivität, Ängste und ungünstige Bewältigungsstrategien (zum Beispiel negative Bewertung von Schmerz, Grübeln, Gefühle von Hilflosigkeit) sind wichtige Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerz.
- Bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen ist auch eine hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Depression, Traumafolgestörungen) zu beobachten.

In der Versorgung von Patient*innen mit chronischen, aber auch akuten Schmerzen werden psycho(-soziale) Aspekt nicht immer angemessen berücksichtigt. So ist zum Beispiel das Erfragen der Schmerzintensität oder der Beeinträchtigung im Alltagsleben nicht ausreichend, um psychosoziale Einflussfaktoren gut einschätzen zu können. Die Erfassung psychosozialer Faktoren und auch psychischer Komorbiditäten ist insbesondere deshalb wichtig, weil sich Schmerzerleben und psychosoziale Faktoren wechselseitig beeinflussen und verstärken können (zum Beispiel bei Traumafolgestörungen: Intrusive Erinnerungen an das Trauma können Schmerz auslösen oder verstärken und umgekehrt; Depression: Grübeln verschlechtert sowohl das emotionale Befinden wie auch Schmerz).

2) Biopsychosoziales Verständnis von Schmerz – Herausforderung in der Versorgung und in Aus- und Weiterbildung

- Ein biopsychosoziales Verständnis von Schmerz erfordert einen interdisziplinären Ansatz bei der Diagnostik und der Behandlung von Schmerz. Derzeit wird dies im Rahmen der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) umgesetzt, die allerdings in erster Linie Patient*innen mit einem sehr stark chronifizierten Schmerzleiden zugutekommt. Wünschenswert wäre hier zum

Beispiel eine interdisziplinär ausgerichtete, frühzeitige Diagnostik und Behandlungsplanung, um einer Chronifizierung vorzubeugen. Konzepte, wie dies gelingen könnte, werden zum Beispiel in zwei Innovationsfondsprojekten der Deutschen Schmerzgesellschaft evaluiert.

- Im Bereich Akutschmerz werden psychosoziale Risikofaktoren etwa für die Entwicklung chronischer postoperativer Schmerzen im Klinikalltag häufig nicht erfasst und bei der Behandlung berücksichtigt. Auch hier zeigt ein aktuelles Modellprojekt zu neuen Versorgungsformen der Deutschen Schmerzgesellschaft (POET-Pain) Wege auf, wie Patient*innen mit einem erhöhten Risiko für eine Schmerzchronifizierung nach einer Operation multidisziplinär unterstützt werden können, um ihre Funktionsfähigkeit schneller und besser wiederzuerlangen.
- Gerade im Hinblick auf Prävention und frühzeitige Intervention müsste ein interdisziplinärer Diagnostik- und Behandlungsansatz auch ambulant erfolgen können, hier fehlt es momentan an Strukturen (wie Vernetzung von Behandlern) und entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten (zum Beispiel für interdisziplinäre Fallkonferenzen). Eine bessere ambulante interdisziplinäre Versorgung von Patient*innen mit einer Schmerzerkrankung wäre zielführend, da so eine mittel- und längerfristige Versorgung im Lebensalltag der Betroffenen gegeben ist und Patient*innen zum Beispiel dabei unterstützt und begleitet werden, neue Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Schmerzen im Alltag zu erproben und einzuüben. Dies kann sowohl einer Schmerzchronifizierung entgegenwirken als auch ein besseres Schmerzmanagement ermöglichen.
- Eine Herausforderung für eine interdisziplinär ausgerichtete Versorgung insbesondere im ambulanten Setting ist, dass in der Ausbildung von Ärzt*innen, Psycholog*innen und Physiotherapeut*innen interdisziplinäres (Be)Handeln bislang wenig vermittelt wird. Hinzu kommt, dass zumindest bei Psychologie-Studierenden und Psychotherapeut*innen in Ausbildung das Thema Schmerz häufig eher am Rande behandelt wird. Dies hat zum Beispiel vor einigen Jahren eine Umfrage der DGPSF bei Psychologie-Instituten und Ausbildungsinstituten ergeben. Im Medizinstudium wird Schmerz zwar als Querschnittsfach unterrichtet, aber selten aus einer interdisziplinären Perspektive. Hürden für ein mehr an Kompetenzvermittlung für interdisziplinäres Behandeln sind hierbei unter anderem auch die curricularen Rahmenbedingungen für die Studiengänge.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Juni 2025

STATEMENT

„Bewegung als Medikament“: Physiotherapie als effektiver Beitrag innerhalb der multimodalen Schmerztherapie

Dr. Claus Beyerlein

Physiotherapeut und Diplom-Sportwissenschaftler, Vorstandsmitglied Physio Deutschland, Deutscher Verband für Physiotherapie – Regionalverband Baden-Württemberg

„Physiotherapie bedeutet, Menschen Strategien zu geben, um wieder die Kontrolle über ihr Leben zu erlangen und sie wieder dahin zurückzubringen, wo sie hinwollen.“ (O’Sullivan, 2019)

Die wirksame Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen gelingt heute nur im Rahmen eines modernen, interdisziplinären und multimodalen Therapieansatzes (IMST). Ein zentrales Element dieses Ansatzes: die Physiotherapie.

Physiotherapeutisches Schmerzmanagement – mehr als Bewegung

- Physiotherapeutisches Handeln bei chronischem Schmerz umfasst weit mehr als Bewegung allein. Im Mittelpunkt stehen:
- Information und Edukation der Patient*innen
- die Förderung von Selbstmanagement
- Shared Decision Making – also gemeinsame Entscheidungsfindung über den Therapieverlauf
- sowie aktive Bewegungstherapie und
- ein kontinuierliches Training zur Rückfallprophylaxe im Sinne nachhaltiger Prävention

Die vier wichtigsten Fragen von Schmerzpatient*innen

Menschen mit lang anhaltenden Schmerzen suchen in der Regel Antworten auf vier zentrale Fragen:

1. Was stimmt nicht mit mir? Was habe ich? (Diagnose)
2. Wie lange wird das dauern? (Prognose)
3. Kann ich selbst etwas zur Besserung beitragen? (Selbstwirksamkeit)
4. Was können Sie für mich tun? (Therapie & Unterstützung)

Diese Fragen verdienen klare, empathische und evidenzbasierte Antworten – insbesondere auch von Physiotherapeut*innen, die eine Schlüsselrolle im Gesundheitswesen einnehmen.

Bewegung ist Therapie – und Prävention zugleich

Der Dreh- und Angelpunkt des physiotherapeutischen Managements ist die aktive Bewegung – das „Medikament Bewegung“. Warum?

Regelmäßige und gezielte Bewegung - lindert Schmerzen durch die Ausschüttung körpereigener, schmerzlindernder Botenstoffe wie Endorphine und Dopamin,

- stärkt Muskeln und Kreislauf,
- verbessert das körperliche und seelische Wohlbefinden,
- fördert die Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz
- und kann chronischen Schmerzen langfristig vorbeugen.

Schon geringe sportliche Aktivität kann das Schmerzempfinden positiv beeinflussen. Entscheidend ist, Patient*innen dauerhaft zu Bewegung zu motivieren – individuell, alltagstauglich und realistisch.

Bewegung wirkt – und das fast nebenwirkungsfrei

Ein großer Vorteil: Bewegung ist meist frei von Nebenwirkungen, kostengünstig und jederzeit verfügbar – unabhängig von Wohnort, Uhrzeit oder Versicherungsstatus.

Fazit:

Bewegung ist mehr als Mobilisation. Sie ist ein Schlüssel zu mehr Lebensqualität. Sie ist wirksam, nachhaltig – und für jede und jeden erreichbar.

Also, mein Tipp: Beweg dich – für ein längeres, zufriedeneres und schmerzärmeres Leben!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2025

Über die Deutsche Schmerzgesellschaft

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit rund 3 600 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. Die Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. sind interdisziplinär und interprofessionell aufgestellt und bestehen unter anderem aus Schmerzexpertinnen und -experten aus Praxis, Klinik, Psychologie, Pflege, Physiotherapie sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforscherinnen und -forschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

Die Fachgesellschaft 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.
- Verband für Physiotherapie (VPT) 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

3. Juni 2025
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 **3. Juni 2025 der 14. 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 3. Juni 2025, dem 14. 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 3. 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

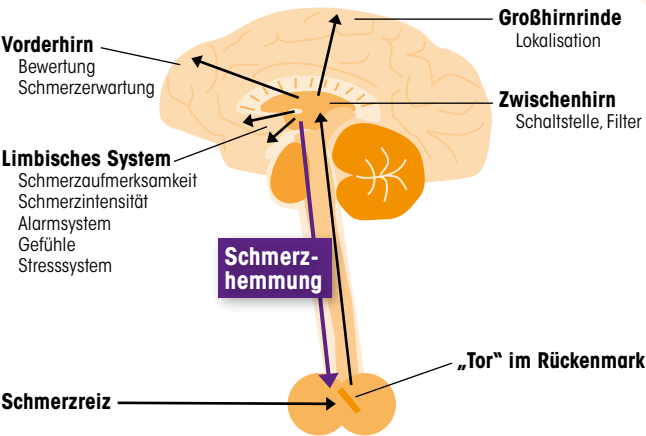
Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz

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?

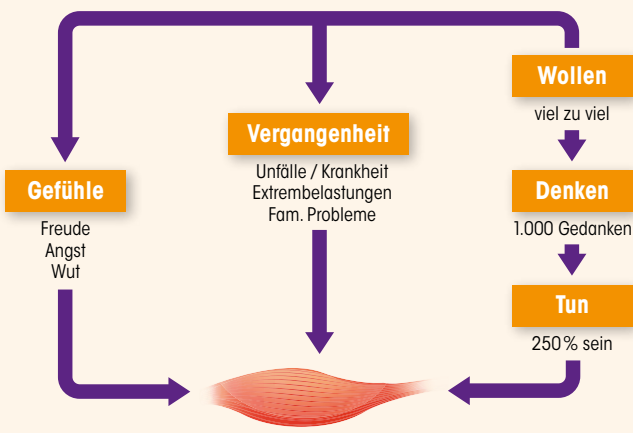
Akuter Schmerz ist ein Alarmsignal, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt, wie z.B. bei Zahnschmerzen, bei einem Knochenbruch oder bei körperlichen Überlastungen. Weil akuter Schmerz uns warnen soll, ist er in der Regel mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken wie Angst, Sorge oder Hilflosigkeit verknüpft.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

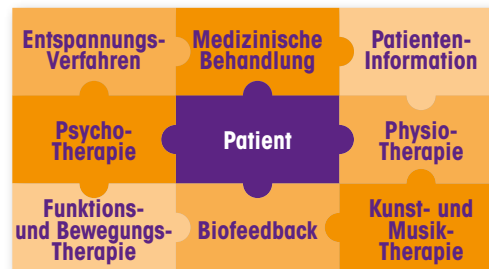
- mehr als drei Migräneattacken bzw. mehr als 10 Kopfschmerztage im Monat auftreten,
- wichtige Alltagsfunktionen (z. B. in Beruf, Familie, Freizeit) stark eingeschränkt sind,
- häufig Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden,
- eine hohe Stressbelastung vorliegt,
- Ängste oder Niedergeschlagenheit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

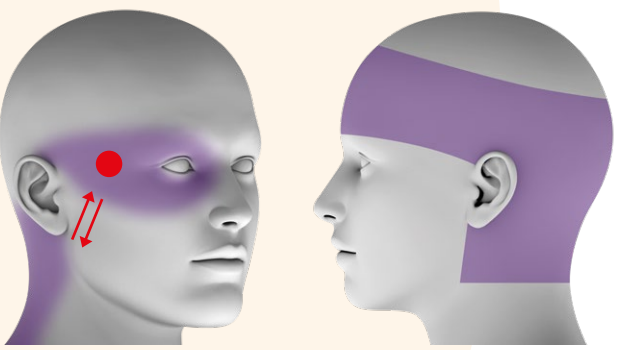
Nahrungsmittel und insbesondere Alkohol können Migräneattacken auslösen. Eine spezielle Diät mit Meiden zahlreicher Lebensmittel ist nicht hilfreich, stattdessen ist eine gesunde ausgewogene Ernährung zu empfehlen.

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.

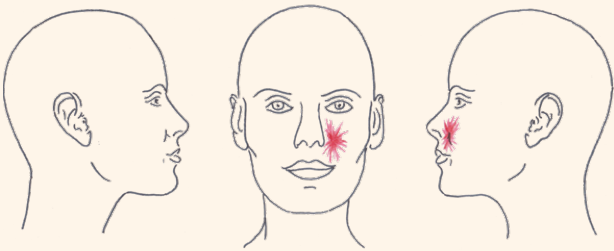


Abb.: Beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz können verschiedene Bereiche des Gesichts betroffen sein.

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.

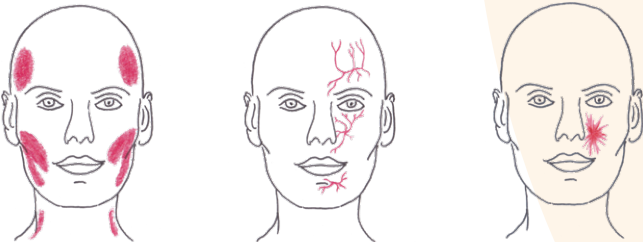


Abb.: Kiefer- und Gesichtsschmerzen haben verschiedene Ursachen.

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 Kaumusculatur, 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.

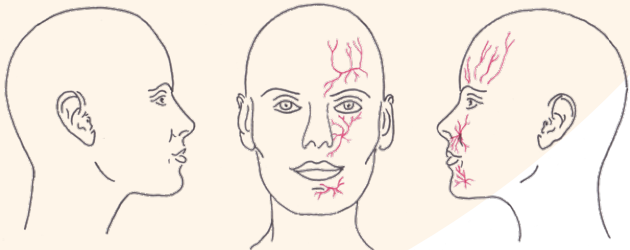


Abb.: Der Trigeminalnerv mit seinen drei Ästen.

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).

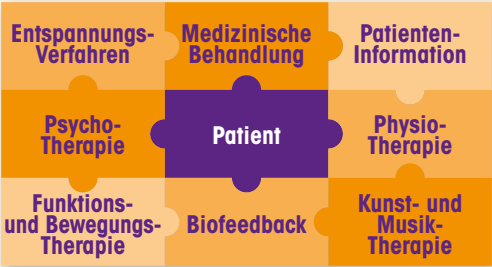


Abb. 2 ©AK Patienteninformation (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)

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 Gebärmutterschleimhaut (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.

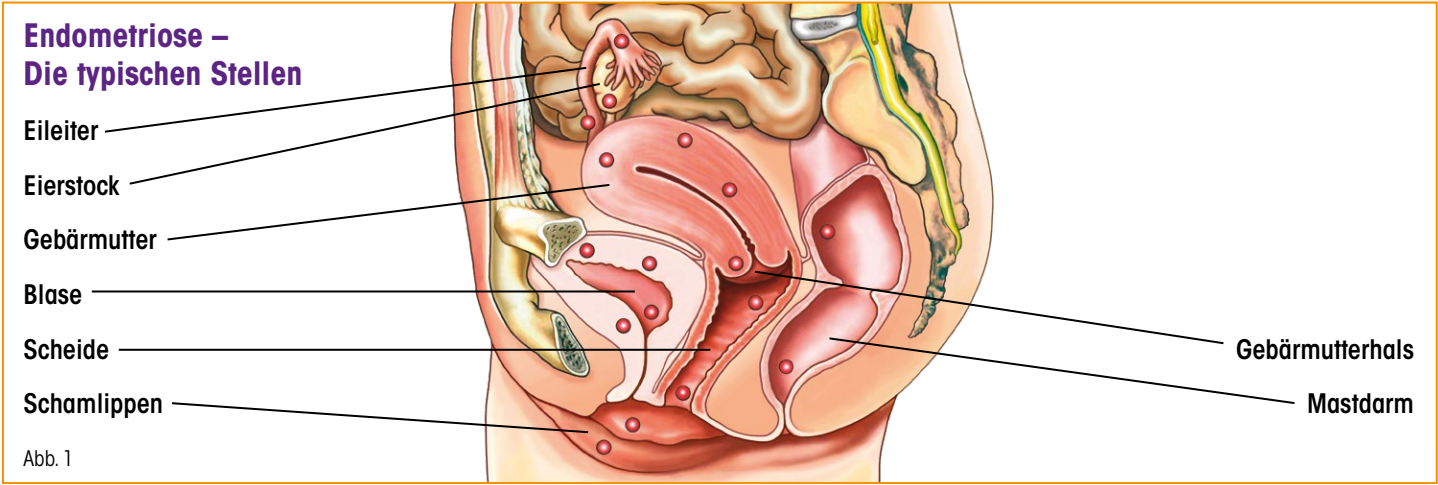
Unspezifische Begleitsymptome

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 Gebärmutterschleimhaut 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?

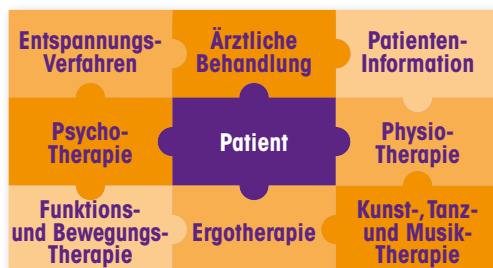
Der Begriff „Schmerztherapeut“ ist in Deutschland nicht geschützt. Von den Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen wird jedoch eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung in der Schmerztherapie vorausgesetzt. Danach sind schmerztherapeutisch tätige Ärzte diejenigen, die nach einer abgeschlossenen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



Patienten-Informationen

Physiotherapie bei Schmerzserkrankungen



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

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 Selbsthilfeedressen wird vorgestellt.



Unser Ratgeber

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

