



Patientenratgeber Schmerz

**BEHANDLUNG UND VERSORGUNG VON
SCHMERZPATIENTINNEN UND SCHMERZPATIENTEN
IN BADEN-WÜRTTEMBERG**



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Internetverfügbarkeit

Diese Broschüre kann auch als PDF-Datei im Internet unter www.sozialministerium-bw.de (Startseite > Gesundheit > Schmerzversorgung > Infomaterial und Downloads) bezogen werden.

Herausgeber

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung,
Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart
Telefon 0711/123-0, Telefax 0711/123-3999
poststelle@sm.bwl.de, www.sozialministerium-bw.de

Inhaltliche Verantwortung

Landesbeirat „Schmerzversorgung Baden-Württemberg“

Redaktionsmitglieder

- Dr. Winfried Dinter
Klinikum Konstanz, Zentrum für Schmerzbehandlung
- Frank Hartkopf
Deutsche ILCO, Landesverband Baden-Württemberg
- Prof. Dr. Magdolna Hornyak
Algesiologikum – Zentrum für Schmerzmedizin, München
- Dr. Holger Kaube
Algesiologikum – Zentrum für Schmerzmedizin, München
- Dr. Kristin Kieselbach
Interdisziplinäres Schmerzzentrum Freiburg
- PD Dr. Stefan Knöllner
Universitätsklinikum Freiburg, Department Orthopädie und Traumatologie
- Ursula Leonhardt, Physiotherapeutin
Deutscher Verband für Physiotherapie,
Landesverband Baden-Württemberg
- Dipl. Psych. Marianne Lüking,
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Interdisziplinäres Schmerzzentrum Freiburg
- Ursula Müller
Interdisziplinäres Schmerzzentrum Freiburg
- Prof. Dr. Norbert Südkamp
Universitätsklinikum Freiburg, Department Orthopädie und Traumatologie
- Dr. Ulrich Voshhaar
Ortenauklinikum Offenburg
- Dr. Regina Wolf
Städt. Klinikum Karlsruhe, Zentrum für Schmerztherapie

Schlussredaktion

Dr. Kristin Kieselbach
Interdisziplinäres Schmerzzentrum Freiburg

Fotos

Archiv, Bilderbox, Fotolia, Zoonar und Pixelio
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) S. 10, 17 und 18
Bundespsychotherapeutenkammer S. 19

Gestaltung

Kreativ plus – Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

Neuaufgabe, März 2013

Vorwort Katrin Altpeter MdL	4
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren	4
1. Was ist Schmerz?	5
1.1. Der akute Schmerz	5
1.2. Der chronische Schmerz	6
1.3. Chronische Schmerzen und psychische Beeinträchtigung	8
1.4. Ist Schmerz sichtbar?	9
2. Behandlung von chronischen Schmerzen	11
2.1. Medikamentöse und interventionelle Verfahren	11
2.1.1. Medikamente zur Schmerzbehandlung	12
2.1.2. Interventionelle Verfahren	14
2.1.2.1. Lokalanästhesie und Regionalanästhesie	14
2.1.2.2. Infiltration/Denervierung von Wirbelgelenken, periradikuläre Therapie	15
2.1.3. Neuromodulation	15
2.2. Physiotherapie/Krankengymnastik	16
2.3. Schmerzpsychotherapeutische Diagnostik und Therapie	19
2.4. Multimodale Schmerztherapie	21
2.5. Sozialberatung	23
2.6. Alternative Therapieverfahren	23
3. Versorgung von Schmerzpatienten	24
3.1. Akuter Schmerz als Notfall	24
3.2. Chronische Schmerzen	25
3.3. Selbsthilfegruppen	28
4. Adressen und Informationen	29
Überregionale und regionale Schmerzzentren in Baden-Württemberg	29
Psychologische/Ärztliche Psychotherapeuten und Schmerzpsychotherapeuten in Baden-Württemberg	30
Regionale und überregionale Adressen zu Selbsthilfegruppen und Informationsdiensten	31
Weitere Links zu Informationen und Leitlinien über chronische Schmerzen	34
Links und Informationen zur Neuromodulation	36
Links zu Fachgesellschaften/-organisationen	37



VORWORT

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen hat große gesundheitspolitische Bedeutung. Baden-Württemberg verfügt über ein leistungsfähiges und gut zugängliches, flächendeckendes Versorgungssystem zur Behandlung von Schmerzen. Für alle Patientinnen und Patienten mit Schmerzen besteht in allen Landesteilen bereits eine adäquate Versorgung auf hohem Niveau. Ziel der Landesregierung ist es, dieses bestehende hochwertige Versorgungssystem kontinuierlich und bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und weiter zu verbessern. Es gilt, neue Behandlungswege für Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu finden. Die Lebensqualität der Betroffenen soll weiter verbessert werden. Außerdem muss es unser Ziel sein, dass die gute Qualität in der Schmerztherapie in der Realität bei den Patientinnen und Patienten auch ankommt.

Deshalb freut es mich, dass der Landesbeirat Schmerzversorgung des Schmerz- und Palliativforums Baden-Württemberg diesen Patientenratgeber konzipiert hat. Mein besonderer Dank gilt allen Autorinnen und Autoren des Patientenratgebers. Ich wünsche den interessierten Leserinnen und Lesern, dass dieser Patientenratgeber eine Hilfestellung gibt, bei der Frage, worauf es bei guter Qualität im Bereich der Versorgung chronischer Schmerzen ankommt.

Katrin Altpeter MdL

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

I | WAS IST SCHMERZ?



Schmerz ist ein entwicklungsgeschichtlich sehr grundlegendes und überlebenswichtiges Körpersignal. Er wird direkt am Ort der Verletzung empfunden oder durch Weiterleitung in einen bestimmten Teil des Körpers übertragen und dort wahrgenommen. Er weist eine unterschiedliche Zeitdauer, unterschiedliche auslösende Faktoren und Ausprägungen auf. Oft ist eine Gewebeschädigung die Ursache, Schmerz kann aber auch ohne eine organische Ursache oder Gewebeschädigung empfunden werden. Akuter Schmerz dient als ein Warnsignal mit Schutzfunktion. Dauert der Schmerz an, kann er seine Warnfunktion verlieren und sich verselbständigen. Der Schmerz kann auch ohne Ursachen weiterbestehen, man spricht dann von einem chronischen Schmerz.

1.1. | DER AKUTE SCHMERZ

Akute Schmerzen sind eine sinnvolle Reaktion des Körpers auf eine Schädigung von Gewebe, z.B. durch einen Schnitt, einen Knochenbruch oder eine Entzündung. Im Gewebe werden aus den Zellen dann bestimmte Botenstoffe freigesetzt, die zu einer Erregung der fast überall vorhandenen Nervenzellen führen. Diese elektrischen Reize werden dann im Rückenmark und Gehirn – dem zentralen Nervensystem – zusammengefasst, gebündelt und bewertet. „Unwichtige“ Reize kann das zentrale Nervensystem unterdrücken. „Wichtige“ Schmerzen werden an der geschädigten Stelle empfunden. Von subakuten Schmerzen spricht man, wenn der Schmerz über sechs bis zwölf Wochen anhält, über chronische Schmerzen, wenn die Schmerzen länger als drei Monate andauern.



Jeder Mensch kann Schmerzen empfinden, Ungeborene ebenso wie bewusstlose Menschen. Akute Schmerzen sind starke Weckreize und sind immer mit verschiedenen Stressreaktionen des Körpers verbunden. Die Stresshormone führen zu einem Anstieg der Pulszahl, des Blutdruckes sowie zu vermehrtem Schwitzen. Die Muskulatur kann sich als Reaktion auf den Schmerz anspannen.

Schmerzen sind immer auch mit Gefühlsreaktionen verknüpft. Sie können z. B. Angst auslösen. Akute Schmerzen dienen als Warnsignal und führen dazu, die Aufmerksamkeit des Menschen auf eine Verletzung oder Erkrankung des Körpers zu lenken und sich so zu verhalten, dass Heilung einsetzen kann. Neben der Behandlung der Ursache und der Einnahme von Schmerzmedikamenten ist es beispielsweise im Falle eines Knochenbruches sinnvoll, sich wenig zu bewegen oder bei einem Wespenstich kühlende Auflagen zu machen.

Der Akutschmerz verschwindet nach Behebung seiner Ursache.

1.2. | DER CHRONISCHE SCHMERZ

Nach Literaturangaben und offiziellen Schätzungen zufolge leiden mindestens acht Millionen Bundesbürgerinnen und Bundesbürger an chronischen Schmerzen. Etwa 20 Prozent der Betroffenen können meistens nur von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten/Fachleuten behandelt werden.

Schonung und kurzfristig lindernde Maßnahmen können beim akuten Schmerz hilfreich sein. Bei chronischen Schmerzen, führt eine Schonhaltung und die Vermeidung von vermeintlich schmerzverstärkenden Aktivitäten zu einer Verschlimmerung und weiterer Chronifizierung. Chronische Schmerzen werden auch dann begünstigt, wenn Schmerzen für längere Zeit nicht oder nicht ausreichend behandelt werden. Über



chronische Schmerzen spricht man dann, wenn die Schmerzen länger als drei Monate anhalten.

- Schmerzgedächtnis

Bei chronischen Schmerzen kommen die körpereigenen Kontrollfunktionen über den Schmerz zum Erliegen: Schmerzdämpfende Mechanismen funktionieren nicht mehr. Daraus folgt eine erniedrigte Schmerzschwelle, sodass auch schwache Reize als Schmerz wahrgenommen werden. Manchmal werden auch Schmerzen wahrgenommen, wenn überhaupt keine Reize mehr vorhanden sind. In beiden Fällen hat das Gehirn den Schmerz gelernt, man spricht vom sogenannten „Schmerzgedächtnis“.

Diese Veränderung der Schmerzregelung im Gehirn stellt einen Lernprozess dar. Eine Verselbständigung der Regelkreise im Gehirn ist die Folge. Schmerzen können durch eine angemessene Therapie mit der Zeit auch wieder „verlernt“ werden, die Regelkreise wieder normalisiert werden.

- Schmerzkrankheit

Bei der Erkennung und Behandlung von chronischen Schmerzen ist es sinnvoll nicht nur nach der auslösenden Ursache der Schmerzen zu suchen, sondern auch nach besonderen Belastungsfaktoren wie z. B. der aktuellen Lebenssituation, der aktuellen psychischen Verfassung und nach anderen Faktoren, wie z. B. Schlafstörungen. Solche psychosozialen Belastungen können die Schmerzwahrnehmung beeinflussen und zur Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik beitragen. Der Begriff „Schmerzkrankheit“ drückt die Beteiligung von körperlichen aber auch sozialen und psychischen Schmerzursachen am chronischen Schmerz aus – der Schmerz ist eine eigenständige Erkrankung geworden.

- Behandlungswege bei chronischen Schmerzen

Die Behandlung von chronischen Schmerzen richtet sich nach den vielfältigen Ursachen und den verstärkenden Faktoren. Meist ist eine Behand-



lung mit einer Kombination aus medikamentösen, krankengymnastischen und schmerzpsychotherapeutischen Verfahren erforderlich. In einigen Fällen können ergänzend lokale Behandlungen mit Medikamenten, z.B. an Wirbelgelenken oder Nervenwurzeln, sinnvoll sein. Eine solche kombinierte und vielschichtige Therapie wird als multimodale Therapie bezeichnet. Durch medikamentöse und lokale Behandlungen wird das schmerzdämpfende System unterstützt.

Durch nicht medikamentöse Verfahren, z.B. Krankengymnastik und Psychotherapie, können die Schmerzwahrnehmung und die psychischen und sozialen Folgeprobleme, die durch chronische Schmerzen entstehen, positiv beeinflusst werden. Ziel der Behandlung von chronischen Schmerzen ist vor allem eine anhaltende Linderung und die Vermittlung einer verbesserten Umgangsweise mit chronischen Schmerzen – damit auch die Eröffnung von Möglichkeiten eines aktiven und eigenverantwortlichen Umganges mit Schmerzen.

1.3. | CHRONISCHE SCHMERZEN UND PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG

Chronische Schmerzen können auch auf eine tiefer gehende psychische Störung zurückgehen. So klagen knapp zwei Drittel aller depressiven Patientinnen und Patienten über körperliche Schmerzen. Inzwischen weiß man, dass eine Depression die Schmerzempfindlichkeit im Gehirn verändert. Daher gehen chronische Schmerzen und Depressionen häufig Hand in Hand: depressive Patientinnen und Patienten mit Schmerzen sind somit einer Doppelbelastung ausgesetzt.

Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass depressive Patientinnen und Patienten, die auch unter körperlichen Schmerzen leiden, ein dreimal so hohes Risiko haben, eine erneute depressive Episode zu erleiden. Als Auslöser für die Schmerzen diskutieren die Forscherinnen und Forscher



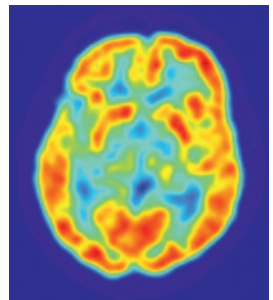
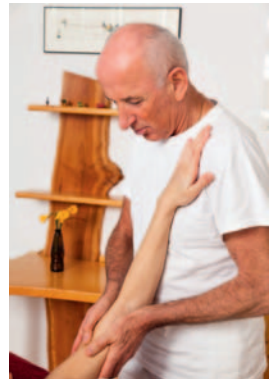
unter anderem die durch die Depressionen verursachte Schlaflosigkeit. Es ist bekannt, dass Schlafprobleme das Schmerzempfinden beeinflussen. Neben Depressionen spielen auch Ängste oder negativer Stress eine große Rolle beim Auftreten chronischer Schmerzen.

Es ist wichtig, sowohl die seelischen als auch die körperlichen Symptome zeitgleich zu behandeln. Die Behandlung einer Depression oder einer Angststörung kann durch Medikamente und Psychotherapie oder durch Psychotherapie allein erfolgen. Bei im Vordergrund stehender stark ausgeprägter Depression kann auch eine psychosomatische oder psychiatrische stationäre Behandlung vorrangig sein. Bei der Kombination von psychosozialer Belastung und chronischen Schmerzen ist eine schmerzpsychotherapeutische Mitbetreuung in einem multidisziplinären, d. h. aus mehreren Fachrichtungen bestehenden und auf Schmerztherapie spezialisierten Team empfehlenswert.

1.4. | IST SCHMERZ SICHTBAR?

Schmerzen sind für die Betroffenen eine Qual. Dabei ist vor allem für viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen die Frage nach der Nachweisbarkeit der Schmerzursache ein Problem: ein gebrochenes Bein führt zu akuten Schmerzen und dem Nachweis eines Knochenbruchs im Röntgenbild. Hier besteht ein einfacher ursächlicher Zusammenhang.

Bei chronischen Schmerzen ist ein solcher Zusammenhang jedoch oft nicht mehr gegeben. Es existieren auch keine Untersuchungstechniken, die Schmerzen sichtbar machen können. Wohl aber ist es Forschern gelungen, sichtbar zu machen, was im Gehirn eines Menschen vorgeht, wenn er Schmerzen hat. Mit Hilfe bildgebender Verfahren, wie z. B. der Positronen-Emissions-Tomographie, kurz PET, oder der Kernspintomografie, können sie dem Gehirn dabei zuschauen, wie es Schmerz verarbeitet. Diese Verfahren sind geeignet, neue Erkenntnisse in die



Schmerzforschung einzubringen. Es hat sich dabei gezeigt, dass sich der Schmerz in bestimmten Bereichen im Gehirn lokalisieren lässt, und dass man die Größe und die Aktivität dieser Bereiche messen kann. Eine interessante Feststellung ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass ein langandauernder (chronischer) Schmerz größere Gebiete im Gehirn einnimmt als ein kurz andauernder (akuter) Schmerz und dass die Schmerzgebiete bei erfolgreicher Behandlung des akuten Schmerzes verschwinden. Bei chronischen Schmerzen sind sie schwerer zu beeinflussen. Die Bildgebung ist allerdings kein neutraler Gradmesser für Schmerzen, weil jeder Mensch seinen Schmerz auf seine eigene Weise empfindet. Die neuen Bildgebungsmethoden sind auch nicht geeignet, Schmerzsachen herauszufinden oder gar den Schmerz damit auszuschalten. Es konnte aber in Experimenten mit Hilfe der Bildgebung gezeigt werden, dass das Gehirn Schmerzen selbstständig abschalten kann. Ändert ein Schmerzpatient z. B. seine Aufmerksamkeit und achtet auch auf andere Dinge als den Schmerz, kann er den Schmerz regelrecht vergessen. Diese neuen Beobachtungen unterstützen die Forderung, bei dem Vorliegen von chronischen Schmerzen frühzeitig Schmerzspezialisten verschiedener Fachrichtungen in die Behandlung mit einzubeziehen. Eine solche ganzheitliche Behandlung des Schmerzpatienten, eine sogenannte multimodale Behandlung, zeigt deutlich bessere Ergebnisse in der Therapie von chronischen Schmerzen.



2

BEHANDLUNG VON CHRONISCHEN SCHMERZEN

Zur Behandlung von chronischen Schmerzen steht uns eine ganze Palette von Möglichkeiten zur Verfügung. Wesentliche Aspekte einzelner Methoden sollen in den nachfolgenden Abschnitten in Grundzügen vorgestellt werden. Zum persönlichen Umgang mit chronischen Schmerzen ist es wichtig zu verstehen, welche Einflussfaktoren das Schmerzerleben mitbestimmen. Bei Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ kann man die hierzu nötigen Informationen erhalten. Sie/er wird die Vorgänge im Körper erläutern; dann aber auch auf der Grundlage der ganz persönlichen Krankheitsgeschichte mit der Patientin und dem Patienten erarbeiten, welche Wechselwirkungen sich bei Ihnen entwickelt haben zwischen Körpererleben, Stimmungslage und Umgang mit den Schmerzen sowie den Reaktionen der näheren und weiteren persönlichen Umwelt. Möglicherweise wird er/sie dazu auch Kolleginnen und Kollegen weiterer Fachrichtungen zu Rate ziehen (z. B. Physiotherapie, Psychologie). Aus diesen Erkenntnissen lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, denen Sie als Patientin oder Patient durch ihre aktive Mitarbeit mit zum Erfolg verhelfen können.



Hinweise zum Auffinden von Ärztinnen und Ärzten mit schmerztherapeutischer Zusatzqualifikation finden Sie im Kapitel 4.

2.1. | MEDIKAMENTÖSE UND INTERVENTIONELLE VERFAHREN

Medikamente spielen in der Behandlung akuter und chronischer Schmerzen eine wichtige Rolle, sie werden auf verschiedene Arten verabreicht (z. B. Tabletten, Pflaster, Spritzen). Die gezielte, lokale Verabreichung von Medikamenten und minimalinvasive Verfahren zur Beeinflussung von Schmerzen werden als interventionelle Verfahren zusammengefasst.



2.1.1. | **Medikamente zur Schmerzbehandlung**

Eine der Möglichkeiten, die vielen Patientinnen und Patienten häufig als erste in den Sinn kommt, ist die Schmerzbehandlung mit Medikamenten.

Die verschiedenen Präparate, die auf dem Markt sind, lassen sich in Gruppen zusammenfassen. So unterscheidet man Schmerzmittel, die wie Opium (= Opioidanalgetika) wirken von solchen, die auf eine andere Art als Opium wirken (= Nichtopiodanalgetika).

Nichtopiodanalgetika bewirken überwiegend eine leichte Schmerzlinderung. Sie haben darüber hinaus, wie Diclofenac, Ibuprofen oder Celecoxib, eine entzündungshemmende Wirkung oder wirken krampflösend, wie Novaminsulfon oder fiebersenkend, wie Paracetamol. Allen diesen Nichtopiodanalgetika ist gemeinsam, dass man bei Ihrer Einnahme Tageshöchst Dosen und mögliche Nebenwirkungen an Leber, Niere und Magen sowie Einflüsse auf den Blutdruck unbedingt beachten muss.

Bei den Opioidanalgetika können wir solche mit schwacher schmerzdämpfender Wirkung, wie Tramadol oder Tilidin oder Codein von Medikamenten mit starker schmerzlindernder Wirkung, wie z.B. Morphin unterscheiden. Andere Wirkstoffe mit starker Wirkung heissen: Fentanyl, Hydromorphon, Oxycodon, Buprenorphin. Man kann die Wirkung von Opioidanalgetika erhöhen und/oder Opioidanalgetika einsparen, indem man Opioidanalgetika, Nichtopiodanalgetika und Begleitmedikamente miteinander kombiniert.

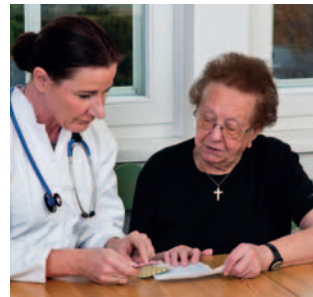
Begleitmedikamente wirken insbesondere bei Nervenschmerzen. Dabei handelt es sich um Medikamente, die ursprünglich für die Behandlung von Depressionen (Antidepressiva) entwickelt wurden, wie z.B. Amitriptylin bzw. für die Behandlung von Krampfleiden (Antikonvulsiva), wie z.B. Gabapentin oder Pregabalin. Sie beeinflussen den Botenstoffhaushalt im Nervensystem günstig bzw. dämpfen die Nervenimpulse bei Schmerz-



attacken, sodass Schmerzen als weniger belastend empfunden werden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Ihnen die verordneten Medikamente näher erläutern, warum gerade diese Substanz ausgewählt wurde und welche Wirkungen davon für die Behandlung erwartet werden.

Für die Behandlung von Tumorschmerzen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein dreistufiges Schema entwickelt, das sich daran orientiert, wie stark einzelne Substanzen die Schmerzen dämpfen. Das Schema ist einfach, sieht es doch in einer ersten Stufe den alleinigen Einsatz von Nichtopioidanalgetika vor, in einer zweiten Stufe den gemeinsamen Einsatz von schwach wirksamen Opioidanalgetika zusammen mit einem Nichtopioidanalgetikum und auf der dritten Stufe den gemeinsamen Einsatz eines stark wirksamen Opioidanalgetikums mit einem Nichtopioidanalgetikum. Auf allen Stufen können bei Vorliegen von Nervenschmerzen auch die Begleitmedikamente zum Einsatz kommen.

Neben der Art des Medikaments ist es noch wichtig, wie eine Wirksubstanz in den Körper gelangt, sei es in Tropfenform, als rasch wirksame Tablette, als langwirksame Tablette oder über ein Pflaster, das auf die Haut aufgeklebt wird. Möchte man erst einmal klären, welche Wirkstoffmenge zu einer ausreichenden Schmerzlinderung benötigt wird, so wird man diese Dosisfindung mit kurzwirksamen Präparaten unternehmen. Hat man die wirksame Dosis gefunden, so geht man auf Tabletten über, die über einen längeren Zeitraum von 8, 12 oder 24 Stunden relativ konstante Wirkstoffspiegel und damit auch eine entsprechende konstante Schmerzlinderung herbeiführen. Auftretende Schmerzspitzen wiederum kann man insbesondere im Fall von Tumorschmerzen in besonders rasch wirksamer Weise behandeln, z.B. durch spezielle Tabletten oder ein besonderes Nasenspray. Ein Pflaster wird dann zur Anwendung kommen, wenn ein recht gleichmässiger Opioidbedarf besteht, das Schlucken erschwert ist oder eine regelmässige Tabletteneinnahme nicht sicher gewährleistet ist; es wird nach Anweisung der Ärztin oder des Arztes gewechselt.



Die Einnahme von Schmerzmedikamenten kann häufig mit Nebenwirkungen einhergehen. Bei einer Einnahme von Opioiden stehen Verstopfung, Übelkeit und Müdigkeit im Vordergrund. Während die Übelkeit nur vorübergehend behandelt werden muss, bedarf die Verstopfung der dauernden Behandlung. Bei einer Einnahme von Nichtopioidanalgetika wie Diclofenac oder Ibuprofen können Magenbeschwerden, Nierenprobleme und die Verstärkung eines erhöhten Blutdruckes auftreten.

2.1.2 | Interventionelle Verfahren

Mit interventionellen Verfahren sind Maßnahmen gemeint, die einerseits diagnostischen Zwecken dienen (z.B. ein Betäubungsmittel, das direkt an die Nervenwurzel gespritzt wird) und zur Klärung der schmerzauslösenden Ursache führen, damit möglicherweise gezielte Behandlungen eingeleitet werden können. Andererseits handelt es sich auch um therapeutische Verfahren: die lokale Verabreichung von Medikamenten zieht hier eine Schmerzlinderung nach sich und weitere Therapieansätze (z.B. Krankengymnastik) werden ermöglicht.

2.1.2.1. | Lokalanästhesie und Regionalanästhesie

Unter örtlicher Betäubung oder Lokalanästhesie versteht man die vorübergehende Ausschaltung von Nerven. Dies führt zu Schmerzfremheit im Gebiet, welches dieser Nerv versorgt. Werden ganze Nervenstränge oder Teile des Rückenmarkes betäubt, spricht man von Regionalanästhesie. Verwendet werden Lokalanästhetika sowie rückenmarksnah auch Opioide, Cortison und andere Medikamente. Diese Techniken werden in allen Bereichen der Medizin (z.B. beim Zahnarzt) und auch in der Therapie von akuten Schmerzen, vor allem nach Operationen und in der Geburtshilfe, und von chronischen Schmerzen benutzt. Oft erreicht man durch eine Wiederholung der Lokalanästhesie auch eine langsame Verringerung chronischer Schmerzen. Meist reichen diese Methoden bei der Behandlung chronischer Schmerzen jedoch alleine nicht aus und sind nur eine unter vielen gleichzeitig angewendeten Therapieformen.



2.1.2.2. | Infiltration/Denervierung von Wirbelgelenken, periradikuläre Therapie

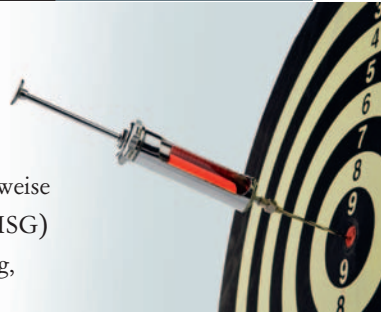
Die Infiltration oder Betäubung von Nervenstrukturen, die beispielsweise (Wirbel)gelenke oder das Kreuz-Darmbeingelenk (Iliosakralgelenk, ISG) versorgen, wird mit lokalen Betäubungsmitteln zur Schmerzlinderung, teilweise unter Zusatz von Cortison zur Entzündungshemmung und Abschwellung, durchgeführt. Unter Denervierung ist die Erhitzung (Radiofrequenztherapie) oder Vereisung (Kryoneurolyse) von kleinsten Nerven im Bereich der Wirbelgelenke zu verstehen, die eine längerfristige Schmerzlinderung erzielen kann ohne die Nerven komplett zu zerstören.

Im Rahmen der periradikulären Therapie werden Nervenwurzeln im Bereich der Wirbelsäule zur Linderung von Nervenreizungen unter Zusatz von Cortison umspritzt.

Alle Verfahren werden meist unter röntgenologischer Kontrolle durchgeführt. Eine Kombination mit anderen Therapieverfahren, z.B. medikamentös - krankengymnastischen Maßnahmen, ist häufig sinnvoll.

2.1.3. | Neuromodulation

Bei einigen Krankheitsbildern können nicht ausreichend behandelbare Schmerzen nach Ausschöpfung von konservativen Therapiemaßnahmen bzw. Fehlen von operativen Alternativen durch die Verfahren der Neuromodulation behandelt werden. Die Neuromodulationstherapie moduliert, d. h. beeinflusst die Weitergabe von schmerzhaften Nervenimpulsen. Im Gegensatz zu früheren Techniken (z.B. Nervendurchtrennung) handelt es sich bei der Neuromodulation um reversible, d.h. rückgängig zu machende und nicht zerstörende Verfahren. Neuromodulation kann durch elektrische Impulse (Neurostimulation, z.B. epidurale Rückenmarkstimulation) oder Medikamente (Arzneimittelgabe ins Nervenwasser (intrathekal)) erfolgen.





Anwendungsgebiete der Neurostimulation sind einerseits dauerhafte Schmerzen nach Nervenverletzung/-erkrankungen, z.B. chronische Bein-schmerzen nach Bandscheibenvorfall, M. Sudeck (komplexes regionales Schmerzsyndrom CRPS Typ I und II), Polyneuropathie. Andererseits können auch medikamentös unzureichend behandelbare Schmerzen bei Angina pectoris oder bei arterieller Verschlusskrankheit und anderen Durchblutungsstörungen (z.B. Raynaud - Syndrom, M. Winniwarter-Buerger) therapiert werden.

Arzneimittel können über eine Schmerzpumpe und einen ins Nervenwasser (intrathekal) eingelegten Katheter verabreicht werden. Diese Therapie kommt bei schwersten chronischen Schmerzen ohne zufriedenstellende Schmerzlinderung durch Schmerzmedikamente, aber auch bei unzumutbaren medikamentenbedingten Nebenwirkungen und zur Therapie der schweren Spastik (z.B. bei multipler Sklerose) zum Einsatz.

Hinweise zu weiteren Informationen zur Neuromodulationstherapie sind unter Kapitel 4 zu finden.

2.2. | PHYSIOTHERAPIE/KRANKENGYMNASTIK

Bewege dich regelmäßig, ausreichend und dem Alter entsprechend, sonst quält dich dein Körper mit Schmerzen!

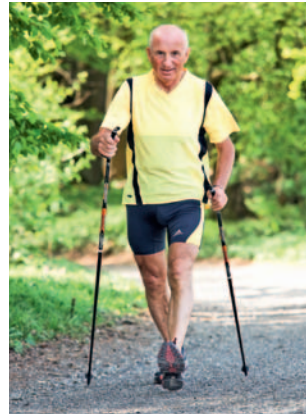
In der Therapie von chronischen Schmerzen hat sich der Blickwinkel verändert: Statt Schonung und Immobilität (Liegen und Entlasten beispielsweise durch Stufenlagerung) empfehlen Physiotherapeuten und Ärzte heute körperliche Aktivität und Bewegungstherapie.

Vorbeugen ist besser als Behandeln: Wer sich regelmäßig bewegt, trainiert automatisch Gelenke und Muskulatur. In vielen Fällen können Schmerzen und Bewegungseinschränkungen so bereits im Vorfeld verhindert werden. Möglichkeiten für tägliche körperliche Aktivitäten sind beispielsweise flottes Spazierengehen, Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen, Joggen

(wenn die Gelenke es erlauben), idealerweise mindestens dreimal pro Woche für 30 Minuten. Hilfreich ist, die Bewegungszeiten so gut es geht in den normalen Tagesablauf zu integrieren: z. B. Treppen steigen, anstatt den Aufzug zu benutzen, beim Fernsehen Bewegungs- und Dehnübungen machen, während der Arbeit Bewegungspausen einlegen, mittags einmal um den Block gehen.

Wenn bereits Gelenkverschleiß (Arthrosen) und Schmerzen bestehen, helfen Physiotherapie und regelmäßige Bewegung, die Schmerzen in Grenzen zu halten und Gelenkversteifungen vorzubeugen. Zahlreiche Untersuchungen bestätigen dies. Auch in der Behandlung von Schmerzen, deren Ursache ein muskuloskelettales Problem ist oder denen ein neuro-muskuloskelettales Muster zugrunde liegt, nimmt die Physiotherapie einen hohen Stellenwert ein. Bei Schmerzen in Gelenken, Muskeln, Sehnen, Faszien (Weichteil-Komponenten des Bindegewebes) und im Bereich von Nerven, die nicht nach kurzer Zeit wieder verschwinden, sollte nach der ärztlichen Diagnose eine physiotherapeutische Behandlung erfolgen.

Am häufigsten treten Schmerzen, die physiotherapeutisch gut behandelbar sind, in folgenden Bereichen des Körpers auf: Wirbelsäule (akuter und chronischer Rückenschmerz, insbesondere der Lenden- und Halswirbelsäule), Kniegelenke (unter anderem Arthrosen, nach Gelenkersatzoperationen), Hüftgelenke (Arthrosen, nach Gelenkersatzoperationen) Schultergelenke (hier vor allem Verletzungen oder degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette, Sehnenläsionen, Arthrosen), Füße und Hände (rheumatische Veränderungen und Beschwerden, degenerative Gelenkprobleme), Kiefergelenke (vor allem Dysfunktionen, oft in Verbindung mit Beschwerden der oberen Halswirbelsäule). Fast immer sind die umgebenden Weichteile von den Schmerzen mit betroffen.





Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten verfügen auf Grundlage ihrer Ausbildung über eine Vielzahl an Therapiemöglichkeiten. Diese setzen sie je nach Krankheitsbild, Ursachen und den entsprechenden Schmerzen ein. Die wichtigsten Behandlungsformen sind: allgemeine krankengymnastische Behandlung, Manuelle Therapie, Triggerpunktbehandlung, Manuelle Lymphdrainage, klassische Massage, Querfraktionen, Traktion, Wärme, Kälte, Elektrotherapie, osteopathische Techniken und spezielle Schmerzbehandlungen wie z.B. die myofasziale Reflextherapie. Neben den hier genannten Therapieformen gibt es viele weitere physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten – immer natürlich in Abhängigkeit der individuellen Diagnose. Die Krankenkassen übernehmen nicht für alle dieser Therapien die Kosten. In Zweifelsfällen sollte deshalb mit der Krankenkasse Kontakt aufgenommen werden.

Wie läuft eine physiotherapeutische Behandlung ab?

Vor der ersten Behandlung untersuchen die Physiotherapeutinnen und -therapeuten den Patienten. Sie schauen dabei nicht nur auf die betroffene Körperregion, sondern beachten das Zusammenspiel des ganzen Körpers. Anschließend erheben sie einen Befund, erstellen einen individuellen Behandlungsplan und definieren Behandlungsziele. Im Rahmen der Therapie behandeln sie dann gezielt die den Schmerz auslösenden Körperregionen. Beispielsweise lösen sie Blockierungen der Wirbel (im Volksmund „ausgerenkte Wirbel“) oder bringt verspannte Weichteilstrukturen (Muskeln, Faszien, Sehnen, Bänder) mit speziellen Behandlungstechniken wieder in ihren normalen Spannungszustand (= Tonus). Um den Therapieverlauf nachvollziehen zu können, wird jede Behandlung dokumentiert.

Eine physiotherapeutische Behandlung hat immer einen ganzheitlichen Ansatz. Und sie ist frei von negativen Nebenwirkungen. Zielsetzung der Behandlung ist die Besserung oder Beseitigung der Schmerzen, in jedem Fall aber die Förderung von Kraft und der Beweglichkeit. Dazu gehört auch ein „Hausaufgabenprogramm“ für die Patientin und den Patienten.

Unter Anleitung erlernen sie Übungen, die vorbeugend und als „erste Hilfe“ beim Auftreten von Schmerzen angewendet werden können. Ist die Behandlungsserie abgeschlossen, sollten Physiotherapeut, Arzt und Patient das weitere Vorgehen gemeinsam besprechen und festlegen.

*Physiotherapeuten-
suche unter:
www.physio-verband.de*

2.3. | SCHMERZPSYCHOTHERAPEUTISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Häufig werden bereits beim ersten schmerzdiagnostischen Arztgespräch auch Fragen zur Stimmung und den Lebensumständen gestellt. In den Schmerzfragebögen sind solche Fragen ebenfalls enthalten. In einigen Fällen macht der ärztliche Schmerztherapeut im Laufe der Behandlung den Vorschlag, unterstützend einen Schmerzpsychotherapeuten zu Rate zu ziehen. Viele Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten reagieren darauf verständlicherweise erst einmal mit Verwunderung: „Was soll das – ich hab’s doch nicht im Kopf? Glaubst du mir jetzt meine Schmerzen nicht und meinst, ich bilde sie mir nur ein?“ Denn anders als einen Gipsarm kann man Schmerzen schließlich nicht sehen. So ist die Sorge groß, nicht ernst genommen zu werden. Diese Sorge ist allerdings unbegründet: Psychologie beschäftigt sich damit, wie Menschen im Alltag funktionieren, d. h. wie sie Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln. Und ein länger anhaltender Schmerz nimmt ganz automatisch auf diesen Alltag Einfluss: der Schlaf kann sich verändern, die Erholungsfähigkeit ist beeinträchtigt; was früher selbstverständlich war, kostet nun viel Kraft. Häufig können Alltagstätigkeiten – sei es im Beruf oder im Haushalt – nicht mehr in gewohntem Maße ausgeübt werden, so dass sich auch die Rollen in Familie und Beruf verändern. Das alles können belastende Entwicklungen sein.

Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten, wie unser Erleben, unser Verhalten und unsere Lebensumstände mit Schmerzen in Beziehung stehen können. Dies erklärt sich aus der Arbeitsweise unseres Schmerzsystems, das körperliche und seelische Vorgänge eng vernetzt verarbeitet:



Beispielsweise verschlimmern viele Verhaltensweisen, die bei akuten Verletzungen Sinn machen, wie das Schonen eines schmerzhaften Körperteils oder auch entgegengesetzte Strategien, die in bestimmten Lebenssituationen hilfreich sein mögen, wie das Handeln nach dem Motto „Zähne zusammenbeißen und durch“, länger anhaltende Schmerzen. So können schließlich die wiederholten Versuche, die schwierige Schmerzsituation mit wenig hilfreichen Strategien zu verändern, zu Enttäuschungen und Hilflosigkeit bis hin zu Depressionen führen. Aus den anhaltenden Schmerzen können aber auch Ängste entstehen („wie soll meine Zukunft mit diesen Schmerzen werden? Habe ich nicht doch eine schlimme Krankheit?“). Diese Depressionen und Ängste beeinflussen dann zusätzlich ungünstig die Schmerzen mit.



Aber auch der umgekehrte Weg ist möglich: manchmal sind Schmerzen auch Ausdruck von bereits bestehenden Depressionen oder Ängsten. Gelegentlich treten Dauerschmerzen auch in der Folge lang anhaltender anstrengender Lebensumstände (Pflege von Angehörigen, beruflicher Dauerstress o. ä.) auf oder werden immer wieder durch die gleichen Situationen ausgelöst oder verstärkt.

Das Wissen der Psychologie darüber, wie Menschen „funktionieren“ kann nun helfen, mit den Schmerzen möglichst günstig umzugehen, dort auf die Schmerzen Einfluss zu nehmen, wo Einfluss möglich ist und diejenigen Schmerzanteile anzunehmen und mit in den Alltag zu nehmen, bei denen das nicht möglich ist.

Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten unterstützen, indem sie zunächst einmal in einer ausführlichen Bestandsaufnahme einen möglichst genauen Überblick über die momentane Situation des Patienten erheben und das Ergebnis gemeinsam mit dem Patienten ausführlich besprechen. Möglicherweise reicht eine Empfehlung und Beratung zur Verhaltensänderung oder der Rat, ein Entspannungsverfahren zu erlernen, aus. In manchen

Fällen – gerade bei lang anhaltenden Schmerzen – ist allerdings mehr Unterstützung erforderlich: hier kann die Empfehlung zu einer Schmerzpsychotherapie gegeben werden. Diese kann in Einzeltherapien oder in Gruppen, ambulant oder im stationären bzw. teilstationären Rahmen an Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken erfolgen. Besonders im stationären oder teilstationären Rahmen sind schmerzpsychotherapeutische Elemente häufig in ein multimodales Behandlungsprogramm eingebettet.

- Durchgeführt werden sollte die Therapie von einem approbierten Psychotherapeuten. Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten verfügen über eine spezielle und anerkannte Fachausbildung im Bereich Psychotherapie.

2.4. | MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE

Unter einer multimodalen Schmerztherapie versteht man die engmaschig vernetzte Behandlung eines chronischen Schmerzproblems mittels verschiedener Behandlungsverfahren, durchgeführt von Behandlern unterschiedlicher Fachgebiete (interdisziplinär). Die Deutsche Fachgesellschaft für Schmerztherapie (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.) hat wichtige Kriterien für eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie erstellt. Dazu gehören u.a. eine interdisziplinäre Abstimmung der Behandlungsinhalte, ein festgelegter intensiver Behandlungsplan und eine Gruppengröße von höchstens acht Patientinnen und Patienten. Diese Angebote bestehen auf Grund ihrer Therapiedichte vor allem im stationären bzw. teilstationären Rahmen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

Eine solche multimodale Schmerztherapie ist bei chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten mit folgenden Problembereichen sinnvoll:

- Mangelnder Erfolg ambulanter schmerztherapeutischer Maßnahmen
- Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit



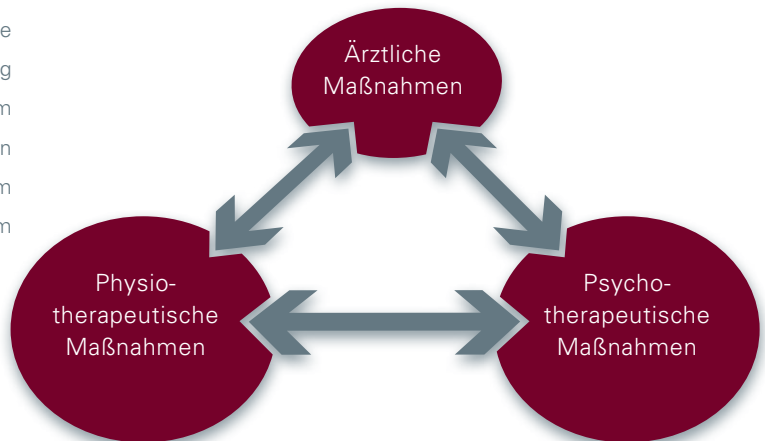
- Psychosoziale Beeinträchtigung
- Schwerwiegende psychische Begleiterkrankung
- Schwerwiegende körperliche Begleiterkrankung

Es handelt sich um Gruppenprogramme mit einer Behandlungsdauer zwischen ein und fünf Wochen.

Vor einer multimodalen Schmerztherapie muss ein sogenanntes multidisziplinäres Assessment (multidisziplinäre algesiologische Diagnostik) erfolgen. Hierunter versteht man eine ausführliche Untersuchung der Betroffenen durch Therapeutinnen und Therapeuten aus verschiedenen Fachdisziplinen (ärztlich, schmerzpsychologisch und physiotherapeutisch). Anhand der erhobenen Befunde werden die Diagnosen überprüft und ein Therapieplan erstellt.

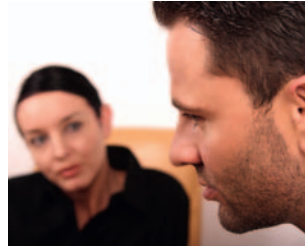
Abbildung 1 Multimodale Behandlung von chronischen Schmerzen

Die multimodale Schmerzbehandlung erfolgt nach einem gemeinsam festgelegten Therapieplan im interdisziplinären Team



2.5. | SOZIALBERATUNG

In Folge von chronischem Schmerz treten häufig beträchtliche Einschnitte im Leben auf, die Sorgen um die persönliche, beruflich und soziale Zukunft sowie die wirtschaftliche Existenz nach sich ziehen. Die Sozialberatung soll die Überwindung dieser Schwierigkeiten erleichtern. Eine kompetente Beratung setzt genaue Kenntnis der Lebensumstände und der gesundheitlichen Situation voraus. Eine Sozialberatung bietet Orientierung zu bestehenden Hilfsangeboten und Information zu sozialrechtlichen Ansprüchen, mit dem Ziel, bei der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung vor allem hinsichtlich der Bewältigung des Alltags, der Pflege sozialer Beziehungen und der Arbeit zu unterstützen. Dies erfolgt in Kooperation mit Berufsbildungswerken sowie wohnortnahen sozialen Netzwerken.



2.6. | ALTERNATIVE THERAPIEVERFAHREN

Es werden von verschiedenen nichtärztlichen und ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten Behandlungsangebote bei chronischen Schmerzen gemacht, die nicht wissenschaftlich überprüft sind und daher von den Krankenkassen nicht erstattet werden. Manchmal können solche Angebote zwar unterstützend sein, vor allem wenn sie im Rahmen eines Gesamtkonzeptes der Schmerztherapie eingesetzt sind. Erfahrungsgemäß können sie alleine jedoch ein seit längerer Zeit bestehendes Schmerzbild nicht verändern. Überprüfen Sie selber, ob Ihnen die Kosten und der Aufwand sowie die Erfolgsversprechungen realistisch erscheinen. Ergänzend empfehlen wir Ihnen das offene Gespräch darüber mit Ihrem Hausarzt oder behandelnden Schmerztherapeuten.



3

VERSORGUNG VON SCHMERZPATIENTEN

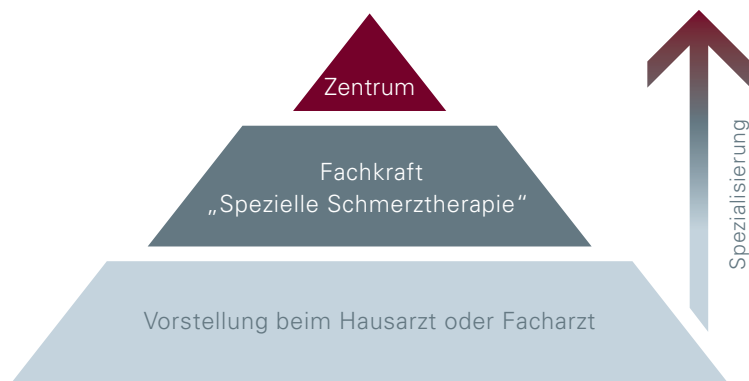
3.1. | AKUTER SCHMERZ ALS NOTFALL

Die Behandlung akuter Schmerzen erfolgt durch den Haus- oder Facharzt, der je nach Notwendigkeit den Notarzt hinzuzieht oder die gezielte Krankenhauseinweisung veranlassen kann. Es ist wichtig zu wissen, welche Schmerzen immer zu einem Arztbesuch führen sollten: Erstmals aufgetretene starke Schmerzen sind ein Warnsignal:

- Bei plötzlich auftretenden schweren Kopf- und Nackenschmerzen, die vorher so nicht bekannt waren, ist ein Arztbesuch jederzeit erforderlich.
- Brustschmerzen sind ein Signal, dass ein Herzinfarkt vorliegen kann, vor allem wenn sie einhergehen mit Ausstrahlungen in den Arm oder Rücken und mit starkem Krankheitsgefühl.

Abbildung 2 Behandlungsebenen bei chronischen Schmerzen.

Zunehmende
Spezialisierung
bei fehlendem Erfolg
von Behandlungs-
maßnahmen
(modifiziert nach
Thoma, 2007)



Bei beiden Erkrankungen ist es sinnvoll den Notarzt zu alarmieren.

- Auch Patienten mit Bauchschmerzen, die mit Übelkeit, Erbrechen und oder Fieber zusammen auftreten und sich nicht schnell nach Einnahme von leichten Hausmittel bessern, sollten immer von einer Ärztin oder einem Arzt untersucht werden.
- Auch starke Rückenschmerzen, vor allem wenn sie mit Fieber oder einer Lähmung oder Blasen- und Mastdarmentleerungsstörungen einhergehen, sollten sofort zum Arzt führen.



3.2. | CHRONISCHE SCHMERZEN

Erste Anlaufstelle ist in der Regel der Hausarzt. Er oder auch ein eventuell ebenfalls schon zu Rate gezogener niedergelassener Facharzt stellt auch die Überweisung zum niedergelassenen Schmerztherapeuten aus. Mit Wartezeiten ist zu rechnen, da die Zahl der Schmerztherapeuten – Fachärzte verschiedener Gebiete mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ – und die Nachfrage nach Schmerztherapeuten sich nicht die Waage hält.

In manchen Regionen Baden-Württembergs wird die Versorgung schmerzkranker Patienten insbesondere sichergestellt durch Kolleginnen und Kollegen, die an Schmerzambulanzen von Krankenhäusern arbeiten (siehe Karte S. 26). Sie haben eine persönliche Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und können mit einer üblichen Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes aufgesucht werden.

Manchmal ist auch speziell die Überweisung durch einen niedergelassenen Schmerztherapeuten erforderlich. Entsprechend des Umfangs der Ermächtigung dürfen diese Ärzte spezielle Leistungen erbringen – und manche eben nicht.

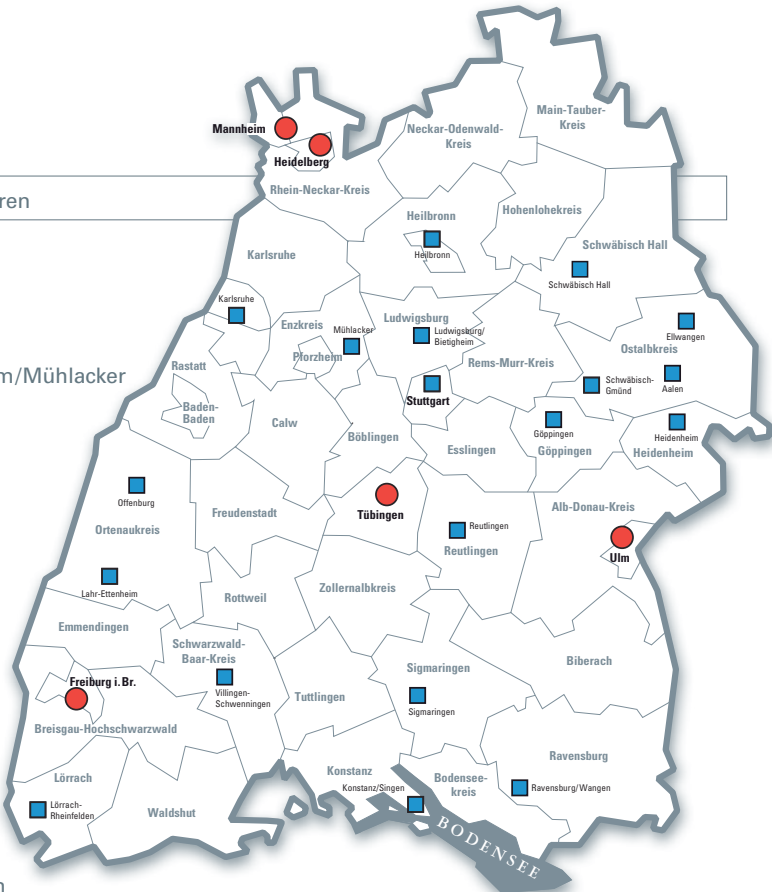
Vielfach sind die Schmerzambulanzen auch Teil eines Regionalen Schmerzzentrums bzw. eines Überregionalen Schmerzzentrums. Diese unter Federführung und mit Unterstützung des Sozialministeriums Baden-Württembergs und engagierter Schmerztherapeutinnen und -therapeuten geschaffenen Strukturen finden Sie so nur in Baden-Württemberg.

● Überregionale Schmerzzentren an den Universitätskliniken

- Freiburg
- Heidelberg/Mannheim
- Tübingen
- Ulm

■ Regionale Schmerzzentren

- Göppingen
- Konstanz/Singen
- Lörrach
- Ludwigsburg/Bietigheim/Mühlacker
- Karlsruhe
- Offenburg-Gengenbach
- Lahr-Ettenheim
- Heidenheim
- Aalen
- Ellwangen
- Schwäbisch-Gmünd
- Ravensburg/Wangen
- Reutlingen
- Schwäbisch Hall
- Sigmaringen
- Stuttgart
- Villingen-Schwenningen



Die Krankheitsvorgeschichte wird in allen Zentren gleichermaßen zunächst mithilfe des „Deutschen Schmerzfragebogens“ erfasst, der vorab zugeschickt wird. Ferner sollten Vorbefunde fachärztlicher Untersuchungen und Befunde bildgebender Untersuchungen zusammengetragen und zum Vorstellungstermin mitgebracht werden. Auf Grundlage der Vorbefunde, Voruntersuchungen wird man dann die Krankheitsvorgeschichte im persönlichen Gespräch ergänzen, eine körperliche Untersuchung durchführen, notwendige ergänzende Untersuchungen festlegen und dann gemeinsam einen Behandlungsplan entwerfen.



In den Schmerzzentren wird neben einer ambulanten Versorgung teilweise auch stationäre und teilstationäre/tagesklinische Versorgung angeboten. Der Behandler ist nicht mehr eine Ärztin/ein Arzt einer Fachgruppe sondern ein Behandlungsteam, dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen angehören, wie z. B. Physiotherapeuten, psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten, Anästhesisten, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden. Nicht mehr nur ein Behandlungsverfahren kommt zur Anwendung, sondern ein abgestimmter Mix aus verschiedenen Behandlungsverfahren – alle mit demselben Ziel: nämlich diejenigen Anteile des Schmerzes zu verändern, die gut verändert werden können. Wichtig ist es, Wege aufzuzeigen, wie auch mit Schmerzen ein erfülltes Leben geführt werden kann. Man spricht von einer multimodalen und multi- oder interdisziplinären Behandlung.

Der gemeinsamen multidisziplinären Abstimmung von Diagnose und Behandlung dient auch die Durchführung von sogenannten Schmerzkonferenzen, die in jedem regionalen und überregionalen Schmerzzentrum regelmässig abgehalten werden. In einer solchen Schmerzkonferenz stellt sich eine Patientin oder ein Patient mit der Unterstützung seiner Behandler mit seiner Krankheitsgeschichte persönlich vor. Wichtige

Untersuchungsbefunde werden präsentiert. In einer gemeinsamen Diskussion mit dem an der Konferenz beteiligten multidisziplinären Team wird das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen erarbeitet.

3.3. | SELBSTHILFGRUPPEN

Die Selbsthilfegruppe „Schmerz“ ist eine Solidargemeinschaft von Menschen, die ständig oder in Abständen wiederkehrend Schmerzen haben. Es handelt sich um chronische Schmerzpatientinnen und -patienten. Ziel und Aufgabe der Selbsthilfe bei den regelmäßigen Gruppentreffen mit Gleichbetroffenen und deren Angehörigen sind Hilfe bei der Bewältigung der schwierigen Lebenssituation durch Informationsgespräche, Erfahrungsaustausch oder auch nur allgemeine Gespräche, dies kann in Gruppen- bzw. in Einzelgesprächen stattfinden.



*Die gesundheitliche
Selbsthilfe ergänzt
die professionelle Ge-
sundheitsversorgung.*

Aus der eigenen Betroffenheit heraus entwickeln chronisch kranke Menschen in Gruppen eine Kraft, die sich positiv auf ihre Lebensqualität auswirkt. Auch das Internet wird als neues Medium genutzt. In der Regel haben die meisten Gruppenmitglieder Kontakt untereinander und können sich auch mal bei schwierigen Situationen helfen. Durch die Kontakte möchte man einer Vereinsamung vorbeugen. Arztvorträge über Behandlungsmöglichkeiten, Vorträge von Krankenkassen über Kostenübernahmen bei bestimmten Behandlungen, Vorträge der Pharmaindustrie über neue und alte Schmerzmedikamente sowie Vorträge zu Rentenfragen durch Vertreter der Rentenanstalt runden die regelmäßigen Treffen ab. Einige Selbsthilfegruppen arbeiten eng mit Kliniken zusammen und bieten sogar einen Besucherdienst im Krankenhaus oder zu Hause an.

Einige Links zu den unterschiedlichsten Schmerzselbsthilfegruppen finden Sie unter Adressen und Informationen.

4

ADRESSEN UND INFORMATIONEN



ÜBERREGIONALE UND REGIONALE SCHMERZZENTREN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Überregionale Schmerzzentren

- Universitätsklinikum Freiburg
- Universitätsklinikum Heidelberg/Mannheim
- Universitätsklinikum Tübingen
- Universitätsklinikum Ulm

Regionale Schmerzzentren

- Aalen
- Ellwangen
- Göppingen
- Karlsruhe
- Heidenheim
- Konstanz/Singen
- Lahr-Ettenheim
- Lörrach
- Ludwigsburg/Bietigheim/Mühlacker
- Offenburg-Gengenbach
- Ravensburg/Wangen
- Reutlingen
- Schwäbisch Gmünd
- Schwäbisch Hall
- Stuttgart
- Villingen-Schwenningen

Informationen und die Adressen der überregionalen und regionalen Schmerzzentren können über folgenden Link abgerufen werden:

www.gesundheitsforum-bw.de

- 1 unter „Krankheit A - Z“ die Rubrik „Diagnose und Therapie“ auswählen
- 2 in der Liste „Schmerzen“ auswählen
- 3 in der Liste „Schmerzzentren“ auswählen





www.kvbawue.de

- 1 „Arztsuche“ rechts oben wählen
- 2 Arztsuche/Arztgruppe: alle, Fachgebiet: bitte auswählen (so belassen),
PLZ/Ort: eintragen
- 3 „Zur erweiterten Suche“ wählen
- 4 Zusatzbezeichnung: „spezielle Schmerztherapie“ wählen
- 5 „Treffer anzeigen“ anklicken
- 6 „[+] mehr Informationen“ zeigt unter „Genehmigungen“,
ob die Behandlung mit der Kasse abgerechnet werden kann
(Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung)

www.krankenhaus-fuehrer.de

Im Krankenhausführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft kann über die „Detailsuche“ nach dem Therapieangebot „Schmerztherapie-/Schmerzmanagement“ in den Krankenhäusern gesucht werden.

www.dgss.org (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.)

Hier können sich Ärzte mit der Weiterbildungsbefugnis im Gebiet „Spezielle Schmerztherapie“ nennen lassen.

www.stk-ev.de

Hier können Sie sich unter der Rubrik „Schmerzzentren“ die Schmerzpraxen der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) anzeigen lassen.

PSYCHOLOGISCHE/ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND SCHMERZPSYCHOTHERAPEUTEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

www.lpk-bw.de

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten finden sich auf dieser Seite der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg unter „Therapeutensuche“.

www.kvbawue.de

Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin mit Kassenzulassung für Baden-Württemberg lassen sich hier finden.

www.dgpsf.de

Einige Psychologische Psychotherapeuten haben darüber hinaus eine Weiterqualifikation im Bereich der Speziellen Schmerzpsychotherapie, erkennbar an der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerzpsychotherapie DGPSF“. Entsprechende Therapeuten finden sich unter o.g. Adresse.

www.dgss.org

Hier finden Sie psychotherapeutisch arbeitende Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz „Spezielle Schmerztherapie“.



REGIONALE UND ÜBERREGIONALE ADRESSEN ZU SELBSTHILFEGRUPPEN UND INFORMATIONSDIENSTEN

Spitzenorganisationen der Selbsthilfe in Baden-Württemberg

www.lag-selbsthilfe-bw.de

www.selbsthilfe-bw.de

www.paritaet-bw.de

www.selbsthilfe-info.de

Die LAG Selbsthilfe, die LAG KISS und der PARITÄTISCHE vertreten die Interessen der Selbsthilfe in Baden-Württemberg. Sie sind Ansprechpartner für die vielfältigen Anliegen der Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen auf Landes- und Ortsebene. Örtliche Selbsthilfegruppen zum Thema Schmerz können Sie auch über die Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen erfahren (www.selbsthilfe-bw.de).

Deutsche Schmerzakademie e.V.

www.schmerzakademie.de

Ziel des Vereins ist die Förderung der ärztlichen Aus- und Fortbildung in der Schmerztherapie. Betroffene können dort direkt mit Expertinnen und Experten



in Kontakt treten. Das Infoangebot umfasst Übungen zur Entspannung nach Jacobson, Adressen von Schmerztherapeutinnen und -therapeuten, aktuelle Nachrichten aus der Welt der Schmerztherapie sowie ein aktives Forum, um nur einiges aus dem umfangreichen Service zu nennen. Reinschauen lohnt sich.

Deutsche Schmerzliga e.V.

www.schmerzliga.de

Der Verein möchte die Lebensqualität von Menschen mit chronischen Schmerzen verbessern. Auf den Webseiten finden Interessierte vielfältige Infos rund um den Schmerz. Außerdem gibt es Bewegungs- und Schmerztagebücher zum runterladen. Eine Mitgliederzeitschrift kann bestellt werden.

Deutsche Schmerzhilfe e.V.

www.schmerzhilfe.de

Eine weitere Selbsthilfevereinigung ist die Deutsche Schmerzhilfe e.V. Hamburg (DSH). Sie wurde als gemeinnützig anerkannter eingetragener Verein 1978 in Hamburg gegründet. In der DSH haben sich Betroffene, Angehörige, Ärzte, Apotheker, Psychologen, Fachleute weiterer Heilberufe und verschiedene Institutionen zusammengeschlossen, um die desolote Versorgungssituation chronisch schmerzkranker Menschen zum Positiven zu verändern.

Forum Schmerz des Deutschen Grünen Kreuzes e.V.

www.forum-schmerz.de

Das „Forum Schmerz“ ist eine Sektion des Deutschen Grünen Kreuzes e.V. (DGK), der ältesten Organisation für Gesundheitsaufklärung in Deutschland. Das DGK beschäftigt sich seit mehr als zehn Jahren mit chronischen Schmerzsyndromen, ihrer Prävention, Diagnostik und Therapie.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG

Patienteninformationen zu Kopf-, Rücken- und Kreuzschmerzen

www.gesundheitsinformation.de

Das IQWiG wurde nach dem Willen des Gesetzgebers im Zuge der deutschen

Gesundheitsreform des Jahres 2004 gegründet. Das Institut ist eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung der privaten und gemeinnützigen Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Sie verfolgt das Ziel, evidenzbasierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu unterstützen. Die o. g. Seiten sind zweisprachig (deutsch und englisch) verfasst und informieren gesunde und kranke Menschen zu gesundheitlichen Fragen.

Sozialfragen

www.unabhaengige-patientenberatung.de

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) versteht sich als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitssystem. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten so zu stärken, dass sie ihre Interessen wahrnehmen und eigenständig handeln können. Dazu bieten sie Ratsuchenden eine neutrale und von Kostenträgern und Leistungserbringern unabhängige Beratung, Information und Unterstützung.

Migräne Liga e.V.

www.migraeneliga-deutschland.de

Der Selbsthilfverband unterstützt Betroffene bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe und bietet auf seiner Webseite die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch an.

Information zu Tumorschmerzen

www.tumorschmerz.de

Die Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, die schmerztherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumorschmerzen durch eine Informationsoffensive zu verbessern. In der Initiative haben sich die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS), das Forum Schmerz im Deutschen Grünen Kreuz e. V. (DGK), die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Krebsinformationsdienst (KID), die Deutsche Schmerzliga, die Krebshilfe, der Krebsinformationsdienst sowie die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) zusammengeschlossen.



Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

www.krebsinformationsdienst.de und

www.krebsinformationsdienst.de/leben/schmerzen/schmerzen-index.php

Der Krebsinformationsdienst informiert Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte zu allen Aspekten der Behandlung von Schmerzen bei einer Tumorerkrankung und nennt Adressen von wichtigen Ansprechpartnern. Erreichbar ist der Krebsinformationsdienst über das Internet, per E-Mail unter krebsinformationsdienst@dkfz.de sowie telefonisch, täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr unter der Nummer 0800/420 30 40.

Krankheitserfahrungen von Betroffenen

www.krankheitserfahrungen.de

Patienten mit chronischen Schmerzen berichten von ihrem Leben und über ihre Erfahrungen, Behandlungsmethoden und Veränderungen in ihrem Alltag.

WEITERE LINKS ZU INFORMATIONEN UND LEITLINIEN ÜBER CHRONISCHE SCHMERZEN

Informationen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu chronischen Schmerzen (2001)

www.bmbf.de/pub/chronischer_schmerz.pdf

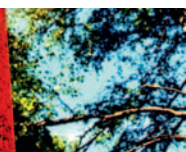
Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz (veröffentlicht Oktober 2010)

Zusammenfassung:

www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl-kreuzschmerz-zusammenfassung.pdf

Ausführliche Version:

www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf



Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)

www.awmf.org/ (dann: Leitlinien – Leitlinien – Suche – Schmerz)

Neben vielen anderen Aufgaben koordiniert die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) seit 1995 die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Die Resultate dieser Arbeit sind elektronisch im Volltext im WWW publiziert.



Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opiaten bei chronischen Schmerzen:

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-003l.pdf

Leitlinie (Kurzversion/Patientenversion) zu „Definition, Ursachen, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“:

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-004p.pdf

Bielefelder Rückenmodell

www.birmod.de/literatur.php

Fach- und sektorübergreifendes (lernendes) Modell zur Vermeidung und Versorgung von Rückenerkrankungen, Schwerpunkt: Vermeidung einer Chronifizierung unkomplizierter Rückenschmerzen (in Arbeit seit 8. September 2004)

Deutscher Forschungsverbund zu Neuropathischen Schmerzen

www.neuro.med.tu-muenchen.de/dfns/

Neuropathische Schmerzen entstehen bei einer Erkrankung des schmerzleitenden Systems selbst. Der Deutsche Forschungsverbund zu Neuropathischen Schmerzen wurde im Jahr 2002 mit dem Ziel gegründet, die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Nervenschmerzen grundlegend zu verbessern. Eine Patientenrubrik erklärt die neuesten Projekte und Ergebnisse.



Wege zur Psychotherapie

http://www.lpk-bw.de/archiv/news2012/pdf/lpk_broschuere_bw_web.pdf

Diese von der Bundespsychotherapeutenkammer erstellte Broschüre hilft Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Freunden, sich zu orientieren, welche Hilfsangebote es bei psychischen Erkrankungen gibt.

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

www.akdae.de

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft ist ein wissenschaftlicher Fachausschuß der Bundesärztekammer und informiert Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten zur Arzneimitteltherapie und -sicherheit auf der Basis von Forschungsergebnissen. Es existieren Seiten zur Behandlung von chronischen Kopf- und Gesichtsschmerzen, Kreuzschmerzen und Tumorschmerzen.

LINKS UND INFORMATIONEN ZUR NEUROMODULATION

Deutsche Gesellschaft für Neuromodulation (DGNM)

www.dgnm-online.de/patienteninfos/informationen.php

Unter dieser Adresse finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Neuromodulation (DGNM) Erläuterungen zum Thema Neuromodulation und den einzelnen Verfahren.

Leitlinie zur epiduralen Rückenmarkstimulation

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-002p_01.pdf

Hier ist die aktuelle S3 - Leitlinie zur epiduralen Rückenmarkstimulation in einer Patientenversion nachzulesen.

LINKS ZU FACHGESELLSCHAFTEN/-ORGANISATIONEN

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (DGSS)

www.dgss.org

Die DGSS ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der schmerztherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen. Hier finden Sie Informationen auch für Betroffene und weitere Links.

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (DGS)

www.dgschmerztherapie.de

Die Seiten der DGS enthalten ausführliche Informationen zum Thema Schmerz- und Schmerztherapie. Informationen für Patienten stehen unter Deutsche Schmerzliga e.V.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e.V. (DIVS)

www.divs-ev.de/

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e.V. ist ein Dachverband wissenschaftlich – medizinischer Fachgesellschaften. Das Ziel der DIVS ist die interdisziplinäre Förderung der Schmerztherapie über die Fachgebietsgrenzen hinweg in klinischer Praxis und Forschung. An Schmerztherapie interessierte Ärzte, Psychologen, Grundlagenwissenschaftler und Laien finden hier Informationen zu den Schmerztherapie- Aktivitäten der DIVS und Ihrer Mitgliedgesellschaften.

Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)

www.dgpsf.de/

Die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychologische Schmerzexperten in Forschung, Weiterbildung und spezieller schmerzpsychotherapeutischer Versorgung. Sie verbindet ein interdisziplinäres Verständnis von Schmerz, welches biologische, psychologische und soziale Faktoren der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung einbezieht.



Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)

www.igps-schmerz.de

Unter dieser Adresse firmiert die ärztliche Fachgesellschaft für Psychosomatische Schmerzbehandlung. Sie hat das Ziel, Berufsgruppen übergreifend die Behandlungskompetenz von Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Schmerzpatientinnen und -patienten zu verbessern, zur Veränderungen von Versorgungsstrukturen chronisch Schmerzkranker beizutragen und aktuelle psychosomatische Forschungserkenntnisse zum Thema „Schmerz“ bei Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten zu verbreiten.

Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e. V. (BVSD)

www.bv-schmerz.de

Der Verband vertritt die berufspolitischen Interessen aller schmerztherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen und setzt sich für die weitere qualitative und strukturelle Entwicklung der Schmerztherapie ein. Hier finden Sie Informationen zu aktuellen Fragen der Schmerztherapie-Versorgung in Deutschland.

Deutsche Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft e. V. (DMKG)

www.dmkg.de

Die DMKG ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für den Kopfschmerz. Dort finden Sie die aktuellen Therapieempfehlungen und Merkblätter für Betroffene.

Krebsverband Baden-Württemberg e. V.

www.krebsverband-bw.de

Im Krebsverband sind die Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte, pflegerische, psychoonkologische und rehabilitative Berufsgruppen sowie die Selbsthilfegruppen nach Krebs zusammengeschlossen.

Der Krebsverband ist die Landesorganisation der Deutschen Krebsgesellschaft (www.krebsgesellschaft.de). Beide bieten Patientenberatung und weitere Links.

Herausgeber

Ministerium für Arbeit und
Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren
Baden-Württemberg

Schellingstraße 15
70174 Stuttgart
Telefon 07 11/123-0
poststelle@sm.bwl.de
www.sozialministerium-bw.de