



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 5. Juni 2018

Termin: Dienstag, 5. Juni 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Vorläufiges Programm:

Handeln, bevor Rückenschmerzen chronisch werden: Wie kann die Versorgungsqualität verbessert werden? Lösungsansätze des Versorgungsforschungsprojekts PAIN 2020

Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser

Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz, Mitglied des Präsidiums der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Vorsitzender des Arbeitskreises Rückenschmerz

Opioidhaltige Schmerzpflaster: Was man bei Anwendung und Entsorgung beachten sollte Umfrageergebnisse und neuer Leitfaden vor dem Hintergrund zunehmenden Fentanylmissbrauchs bei Drogenabhängigen

Professor Dr. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e. V. und ehemalige Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke

Schmerzmittel im Spannungsfeld zwischen Selbstmedikation und ärztlicher Verordnung.

Berend Groeneveld

Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) e. V.,
Patientenbeauftragter des DAV

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

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2018

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20, 70451 Stuttgart

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

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

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

0171 7831155

E-Mail: isenberg@dgss.org

Internet: www.dgss.org

Pressekonferenz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich des bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“ am 5. Juni 2018

Termin: Dienstag, 5. Juni 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Inhalt:

- Pressemitteilung zum Aktionstag, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Flyer: Aktionstag gegen den Schmerz
- Expertenstatements
- Lebensläufe der Referenten
- Ergebnisse: Online-Umfrage Entsorgung gebrauchter opioidhaltiger Schmerzpflaster, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Leitfaden zum Umgang mit gebrauchten opioidhaltigen Schmerzplastern, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)
- Akute Kreuzschmerzen: Plötzlich Kreuzschmerzen – was kann ich tun? (äzq)
- NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz: Was ist wichtig? (äzq, KBV, AWMF)
- Flyer Schmerzen verstehen: Akuter Schmerz – chronischer Schmerz
- Flyer Kopfschmerzen verstehen: Migräne, Spannungskopfschmerz, Medikamentenkopfschmerz

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

Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Aktionstag gegen den Schmerz 2018

Dagmar Arnold

Postfach 30 1 20, 70451 Stuttgart

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

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin

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

E-Mail: isenberg@dgss.org

Internet: www.dgss.org



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



Aktionstag
gegen den Schmerz

Pressekonferenz: Innovationsfonds-Projekt PAIN 2020, Risiken bei der Eigenmedikation freiverkäuflicher Schmerzmittel und Umgang mit gebrauchten opioidhaltigen Schmerzpflastern

Aktionstag gegen den Schmerz: Schmerzexperten, Apotheker und professionell Pflegende informieren am 5. Juni 2018 rund um das Thema Schmerz

Berlin, 5. Juni 2018 – In Deutschland haben 27 Prozent der Bevölkerung chronische Rücken- oder Gelenkschmerzen sowie Kopfschmerzen oder Migräne. Mit dem 7. bundesweiten „Aktionstag gegen den Schmerz“ am 5. Juni 2018 weist die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. gemeinsam mit Partnerorganisationen auf die lückenhafte Versorgung dieser Schmerzpatienten hin. Die Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz müssen erhöht werden. „Unser vom G-BA-Innovationsfonds gefördertes Projekt PAIN 2020 lotet hier neue Wege aus und stärkt ein interdisziplinäres und multimodales Konzept, um bei Patienten eine Chronifizierung der Beschwerden zu verhindern und ihnen eine geeignete Therapie zu bieten“, sagt Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser, Präsidiumsmitglied der Schmerzgesellschaft. Über die Risiken bei der Eigenmedikation mit Schmerzmitteln und den Umgang mit gebrauchten opioidhaltigen Schmerzpflastern informieren zudem Experten auf der Pressekonferenz zum Aktionstag am 5. Juni 2018 in Berlin.

Über 300 Einrichtungen bundesweit beteiligen sich an dem Aktionstag gegen den Schmerz und beraten am 5. Juni 2018 Patienten, Angehörige und Interessierte rund um das Thema Schmerz. Patienten können an diesem Tag auch telefonisch Rat einholen: Unter der Rufnummer 0800 18 18 120 stehen von 9.00 bis 18.00 Uhr mehrere Duzend Expertinnen und Experten zur individuellen Beratung bereit. „Schmerzen zu behandeln ist oft schwierig und erfordert Spezialisten, die möglichst berufs- und fächerübergreifend mit anderen Experten zusammenarbeiten“, erklärt Professor Casser. „Diese Erkenntnis muss noch viel stärker in den Behandlungsalltag eingebracht werden. Das war der Grund für die Bewerbung beim G-BA-Innovationfonds mit dem Projekt PAIN 2020“, so Casser, Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz. PAIN 2020 steht für „Patientenorientiert. Abgestuft. Interdisziplinär. Netzwerk.“ und wird bundesweit zusammen mit der BARMER und über 30 Kooperationspartnern durchgeführt. Es hat eine Laufzeit von drei Jahren und ein Gesamtvolumen von rund sieben Millionen Euro. Das Projekt soll Wege aufzeigen, die Versorgung von Patienten, die ein hohes Risiko für die Entwicklung chronischer Schmerzen haben, zu verbessern. „Ein Ziel ist also auch, unnötige Chronifi-

zierungsverläufe zu verhindern, von denen wir wissen, dass sie eine immense Belastung für die Patienten und die Gesellschaft darstellen“, sagt Casser. Im PAIN 2020-Projekt sollen diese Patienten rechtzeitig identifiziert werden, um dann eine spezielle Schmerzdiagnostik in Form eines interdisziplinären multimodalen Assessments und eine auf ihre Problematik zugeschnittene Therapie zu erhalten. Wenn dadurch die Versorgung verbessert werden kann, könnte dieses Modellprojekt in die Regelversorgung überführt werden.

Wohin mit opioidhaltigen Schmerzplastern?

Schmerzmittel werden als Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Säfte oder Pflaster verabreicht, dazu gehören auch verschreibungspflichtige opioidhaltige Schmerzplaster. Letztere enthalten nach dem Gebrauch noch eine recht große Menge an Wirkstoff. „Einer der verwendeten Wirkstoffe ist das Opioid Fentanyl, das bis zu hundertmal stärker als Heroin ist. Das macht die gebrauchten Pflaster interessant für Drogenabhängige“, sagt Professor Dr. Christel Bienstein, Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Drogenabhängige sammeln gebrauchte Pflaster im Müll von Kliniken, Heimen und Hospizen, kochen sie aus, um die herausgelösten Wirkstoffe dann zu injizieren, so die Expertin. Überdosierung führt zu Bewusstlosigkeit, Atemlähmung und sogar zum Tod.

Die Entsorgung der Pflaster ist jedoch nicht gesetzlich geregelt. Um zunächst die Frage zu klären, wie derzeit mit gebrauchten Plastern umgegangen wird, hat der DBfK eine Online-Umfrage mit 1216 Teilnehmern aus Pflegeberufen durchgeführt. Das Ergebnis: Nur gut 20 Prozent aller Einrichtungen/Pflegedienste hat eine verbindliche Anweisung zum Umgang mit gebrauchten Plastern. 68 Prozent entsorgen die Pflaster im Müll, 48 Prozent kleben vorher die Innenflächen zusammen. „Wir wollen auf die Gefahr des Missbrauchs hinweisen und geben zugleich mit unserem heute veröffentlichten Leitfaden Impulse, wie man gegensteuern kann“, sagt Bienstein. „Eine Entsorgung im sogenannten Spritzenabwurf halten wir beispielsweise für praktikabel. Langfristig sollte es aber gesetzliche Vorgaben für die Entsorgung dieser Medikamentenreste geben“, ergänzt die DBfK-Präsidentin. Der neue Leitfaden für Betroffene, pflegende Angehörige und Fachpersonal kann von der Webseite des Verbands heruntergeladen werden. <https://www.dbfk.de/de/shop/artikel/Leitfaden-fuer-den-Umgang-mit-opioidhaltigen-Schmerzplastern.php>

Nicht-verschreibungspflichtige Schmerzmittel zur Eigenmedikation

Nicht jeder Mensch mit Schmerzen geht zum Arzt. 437 Millionen Euro gaben die Deutschen 2017 laut Deutschem Apothekerverband (DAV) e.V. für nicht-verschreibungspflichtige Schmerzmittel aus. Spitzenreiter sind Ibuprofen, Acetylsalicylsäure (ASS), Paracetamol und Diclofenac. „Diese Arzneien unterscheiden sich in ihrer Wirkung und in ihren Nebenwirkungen, denn Schmerzmittel ist nicht gleich Schmerzmittel“, sagt Berend Groeneveld, Vorstandsmitglied und Patientenbeauftragter des Deutschen Apothekerverbandes. Auch wer Schmerzmittel durch den Arzt verordnet bekommt, nimmt in der

Selbstmedikation bei bestimmten Schmerzen zusätzliche Schmerzmittel ein. Auch hier können Doppeldosierungen oder Wechselwirkungen auftreten, oft ist der Apotheker die Erstinstanz, die das erkennen kann, und dann interdisziplinär mit dem Arzt sowie in Absprache mit dem Patienten die notwendigen Anpassungen durchführt, wie es auch im Medikationsplan vorgesehen ist. Wer häufig oder über einen langen Zeitraum Schmerzmittel nimmt, sollte immer mit seinem Arzt oder Apotheker sprechen und sich über Behandlungsalternativen informieren.“

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

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

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt:

Dagmar Arnold
Postfach 30 1 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-380
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

Thomas Isenberg
Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin
Tel.: 030 39409689-1
Mobil: 0171 7831155
Fax: 030 39409689-9
E-Mail: presse@dgss.org
<http://www.dgss.org>

EXPERTENSTATEMENT

Handeln, bevor Rückenschmerzen chronisch werden: Wie kann die Versorgungsqualität verbessert werden? Lösungsansätze des Versorgungsforschungsprojektes PAIN 2020

Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser, Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz, Mitglied des Präsidiums der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Vorsitzender des Arbeitskreises Rückenschmerz

Chronische Schmerzen betreffen 27 Prozent der Bevölkerung und treten somit sehr häufig auf. Wenn 7,4 Prozent der Bevölkerung über schwere körperliche und weitere 2,3 Prozent über kombinierte körperliche und psychosoziale Beeinträchtigungen durch diese Schmerzen berichten (Häuser et al. 2014), wird die gesundheitspolitische Bedeutung chronischer Schmerzerkrankungen evident. Die häufigsten Schmerzlokalisationen sind Rückenschmerzen (M54), Gelenkschmerzen (M25.5), Kopfschmerzen (G44) und Migräne (G43).

Der Kreuzschmerz führt seit Jahren die Statistik bei den Anlässen für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation an. Als Ursache vorzeitiger Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stehen die Erkrankungen des Muskelskelettsystems in den letzten Jahren an zweiter Stelle nach den psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen (RKI Bericht 2012). Die typischen Diagnosen für chronische Schmerzerkrankungen wie „chronischer unbeeinflussbarer Schmerz“ (R52.1) und „sonstiger chronischer Schmerz“ (R52.2) nahmen von 2005 bis 2014, um demografische Effekte bereinigt, um 122 Prozent zu, wobei sich ein Anstieg mit zunehmendem Alter zeigt. Der 2009 in Deutschland eingeführte ICD-Code (F45.41: „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Faktoren“) ist nach Daten der Barmer GEK um das 2,5fache angestiegen (Grobe et al. Barmer GEK Arztreport 2016). Mit dem Beeinträchtigungsgrad (Schmerzgrade I-IV von Korff, zusammengefasst aus Schmerzstärke und Beeinträchtigung) sinkt die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen (Wenig et al. 2009). 16 Prozent der Befragten mit Rückenschmerz befanden sich im Schweregrad III oder IV, verursachten aber 62 Prozent der Kosten (Wenig et al. 2012).

Bestehende Ursachen der Über-, Unter- und Fehlversorgung liegen u. a. in der Abgrenzung von Zuständigkeitsbereichen, dem Mangel an interdisziplinären Versorgungsstrukturen sowie der unzureichenden Information, Schulung und Partizipation der Patienten (Sachverständigenrat Gesundheit, 18.07.2016).

Kernthemen der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (2017) sind:

- Zurückhaltende Diagnostik
- Psyche und soziales Umfeld beachten
- Bewegung statt Bettruhe

- So viel wie nötig, so wenig wie möglich Schmerzmitteleinnahme
- Kombinierte Behandlung beim chronischen Schmerz

Ein wichtiger Lösungsansatz ist ein ergebnisoffenes interdisziplinäres multimodales Assessment für Patienten mit Schmerzen anhand sektorübergreifender Beratung und Zuweisung zu bedarfsgerechten Behandlungspfaden inkl. Prüfung einer Operationsindikation.

Der Nachweis einer Verbesserung der Versorgung und der Behandlungseffizienz bei chronischen Schmerzen, insbesondere beim Rückenschmerz, durch ein möglichst frühzeitiges interdisziplinäres Assessment ist Thema des Projektes „PAIN 2010“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Barmer GEK. Dabei sollte frühzeitig, das heißt nach sechs Wochen anhaltender Beschwerden trotz leitliniengerechter Behandlung bzw. mehr als vierwöchiger Arbeitsunfähigkeit, eine ergebnisoffene interdisziplinäre Abklärung (Assessment) durchgeführt werden mit differenzierter Behandlungsindikation, wie Fortsetzung der Behandlung beim Hausarzt bzw. Facharzt, ambulanter, tagesklinischer oder stationärer interdisziplinärer Schmerztherapie bzw. Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens.

Dazu gehört auch die Abgrenzung spezifischer Kreuzschmerzen, ähnlich der Red Flags, die bereits schon vorher identifiziert werden sollten.

Mit einem interdisziplinären Assessment nach sechs Wochen Beschwerden bzw. vierwöchiger Arbeitsunfähigkeit sollten Chronifizierungsfaktoren erfasst und analysiert sowie adäquate diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Vermeidung einer Chronifizierung eingeleitet werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2018

EXPERTENSTATEMENT

Opioidhaltige Schmerzpflaster: Was man bei Anwendung und Entsorgung beachten sollte Umfrageergebnisse und neuer Leitfaden vor dem Hintergrund zunehmenden Fentanylmissbrauchs bei Drogenabhängigen

Professor Dr. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V. und ehemalige Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke

Knapp 31 Millionen opioidhaltige Schmerzpflaster sind 2016 von öffentlichen Apotheken ausgegeben worden¹ – das ist eine große Menge. Zwischen 2014 und 2016 ist der Verbrauch recht konstant geblieben, der Anstieg fand eher in den Jahren ab 2001 statt. Die Wirkstoffe, um die es dabei geht, sind Fentanyl und Buprenorphin. Beides hochwirksame synthetische Opioide, die neben ihrer schmerzlindernden Wirkung auch ganz erhebliche Nebenwirkungen haben und gefährlich werden können.

Umso wichtiger ist es, dass einerseits die Schmerzpatienten selbst, andererseits aber auch diejenigen, die sie pflegen und versorgen, gut Bescheid wissen und sorgfältig mit diesen Pflastern umgehen. Die Fachgruppe der pflegerischen Schmerzexperten im DBfK stellt heute einen Leitfaden vor, der allen Beteiligten mehr Sicherheit vermitteln soll. Die Broschüre richtet sich an Betroffene, pflegende Angehörige, aber auch an Pflegefachpersonen in Kliniken, Heimen und in der häuslichen Pflege. Sie ersetzt nicht den in jeder Packung beiliegenden ausführlichen Beipackzettel, sondern ergänzt ihn durch Erfahrungswissen der Pflegeexperten. Den Leitfaden gibt es als Download von der Webseite des DBfK und in Printfassung zum Bestellen im DBfK-Shop.

Bei der Erstellung des Leitfadens hat sich die Fachgruppe besonders dem Thema Entsorgung gebrauchter Schmerzpflaster gewidmet. Aus gutem Grund, denn diese Pflaster enthalten noch eine recht große Menge an Wirkstoff, das wissen auch Drogenabhängige. Das Opioid Fentanyl kommt inzwischen mehr und mehr in der Drogenszene an. Es ist bis zu hundertmal stärker als Heroin. Abhängige besorgen sich den Stoff, indem sie benutzte Fentanylpflaster aus dem Müll von Kliniken, Heimen und Hospizen sammeln. Durch Auskochen werden die Wirkstoffe herausgelöst und anschließend injiziert, auch das Zerkauen der Pflaster wird praktiziert. Eine Überdosierung führt zu Bewusstlosigkeit und Atemlähmung, die Droge ist inzwischen für zahlreiche Todesfälle unter Drogenabhängigen verantwortlich und die Dunkelziffer dabei ist hoch. Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2017 schreibt dazu im Kapitel „Drogenbedingte Todesfälle“: „Auch die Anzahl der Verstorbenen mit der Todesursache Vergiftungen in Verbindung mit Fentanyl (95; Zunahme um 9 Prozent) ist gewachsen.“

¹ Quelle: Insight Health; 2016: 30.900.000 Stück

Bisher ist die Entsorgung gebrauchter Opioidpflaster in Deutschland nicht gesetzlich geregelt. Das Betäubungsmittelgesetz schreibt im § 16 Vernichtung vor: „Der Eigentümer von nicht mehr verkehrsfähigen Betäubungsmitteln hat diese auf seine Kosten in Gegenwart von zwei Zeugen in einer Weise zu vernichten, die eine auch nur teilweise Wiedergewinnung der Betäubungsmittel ausschließt sowie den Schutz von Mensch und Umwelt vor schädlichen Einwirkungen sicherstellt.“ Was ist unter „nicht mehr verkehrsfähigen Betäubungsmitteln“ zu verstehen? Nach Einschätzung juristischer Kommentare und des Bundesgesundheitsministeriums gilt der Paragraph für Betäubungsmittel, die nicht mehr zum normalen Gebrauch geeignet sind oder nicht mehr benötigt werden. Weil beispielsweise ihre Haltbarkeitsdauer abgelaufen ist, weil der Patient verstarb und Restmedikamente übrig blieben, weil die Therapie umgestellt wurde.

Es besteht also eine große Unsicherheit, wie mit gebrauchten Pflastern verfahren werden soll. Das bestätigt auch die kleine Online-Umfrage, die der DBfK in diesem Frühjahr durchgeführt hat. Sie finden die detaillierten Ergebnisse dazu in der Pressemappe. Nur 22 Prozent der Antwortenden sagen, dass es in ihrer Einrichtung verbindliche Anweisungen für die Entsorgung gibt – meist durch Pflegevorgesetzte. In vielen Fällen orientieren sich die professionell Pflegenden an den Empfehlungen der Hersteller, z.B. die Innenflächen aufeinander zu kleben, bevor das Pflaster in den Müll geworfen wird.

Vor dem Hintergrund der Gefahren, die von gebrauchten Opioidpflastern ausgehen, sollte im BMG geprüft werden, die Entsorgung dieser Medikamentenreste gesetzlich zu regeln. Wir haben ein erstes Gespräch dazu geführt. Bis dahin empfiehlt der DBfK Einrichtungsleitungen und Pflegedienstbetreibern, innerbetriebliche und verbindlich einzuhaltende Anweisungen und Standards vorzugeben. Die Pflegefachpersonen wünschen sich das auch, wie in der Umfrage wiederholt geäußert wurde. Eine Entsorgung im sogenannten Spritzenabwurf halten wir für praktikabel und weitgehend sicher, sie wird derzeit auch in den Weiterbildungen für Pain Nurses gelehrt und empfohlen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2018

Ergebnisse Online-Umfrage (Juni 2018):

Entsorgung gebrauchter opioidhaltiger Schmerzpflaster



Online-Umfrage; Laufzeit 17. Januar bis 14. März 2018

Teilnehmer/innen: **1216**

Gefragt wurde nach:

- Arbeitsfeld/Qualifikation/Funktion
- Vorliegen betriebseigener Dienstanweisung/Vorschrift zur Entsorgung
- übliche gelebte Praxis
- Anregungen und Vorschläge

Frage 1: Wo sind Sie tätig?

Akutkrankenhaus	44,16 %
Stationäre Altenhilfe	26,48 %
Häusliche Pflege	17,76 %
Hospiz	3,37 %
Sonstige (Rehaklinik, ...)	8,23 %

Frage 2: Ihre Qualifikation?

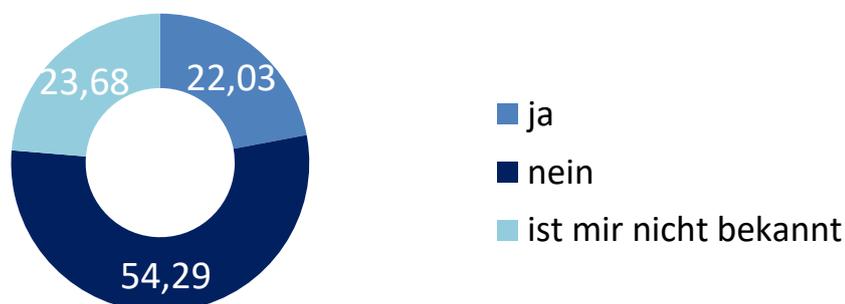
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	62,34 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	3,78 %
Altenpfleger/in	26,97 %
Pflegebezogenes Studium	6,91 %

Frage 3: Sind Sie ...

Pflegefachperson ohne Führungsaufgaben?	79,61 %
Betreiber/in bzw. Inhaber/in eines ambulanten Pflegedienstes?	1,15 %
Pflegedienstleitung (oberes Pflegemanagement)?	19,24 %

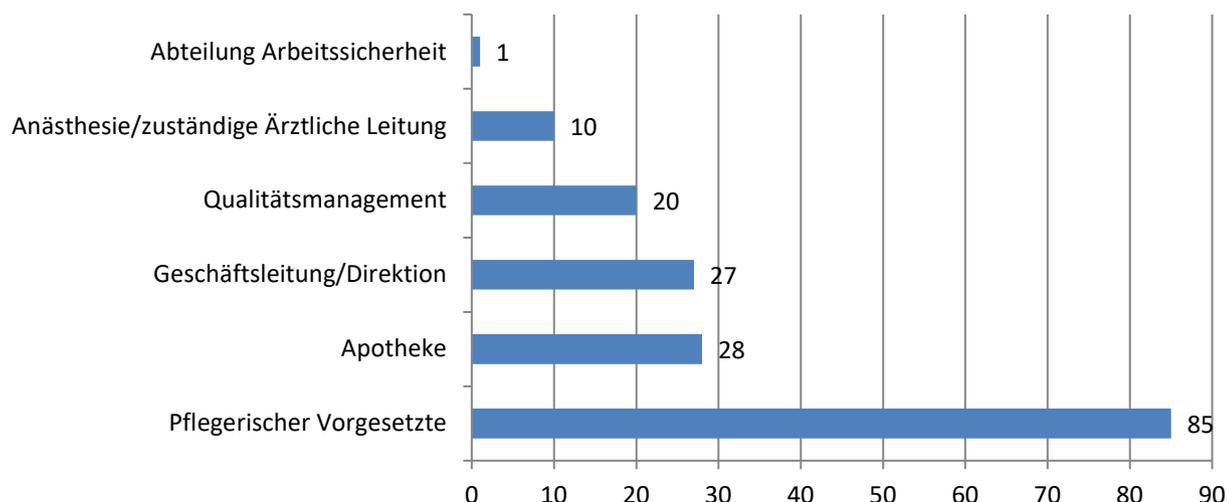
Frage 4: Gibt es in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst verbindliche Anweisungen, wie gebrauchte opioidhaltige Schmerzpflaster zu entsorgen sind?

(schriftliche Dienstanweisung, Standards o. ä.; Angaben in Prozent)

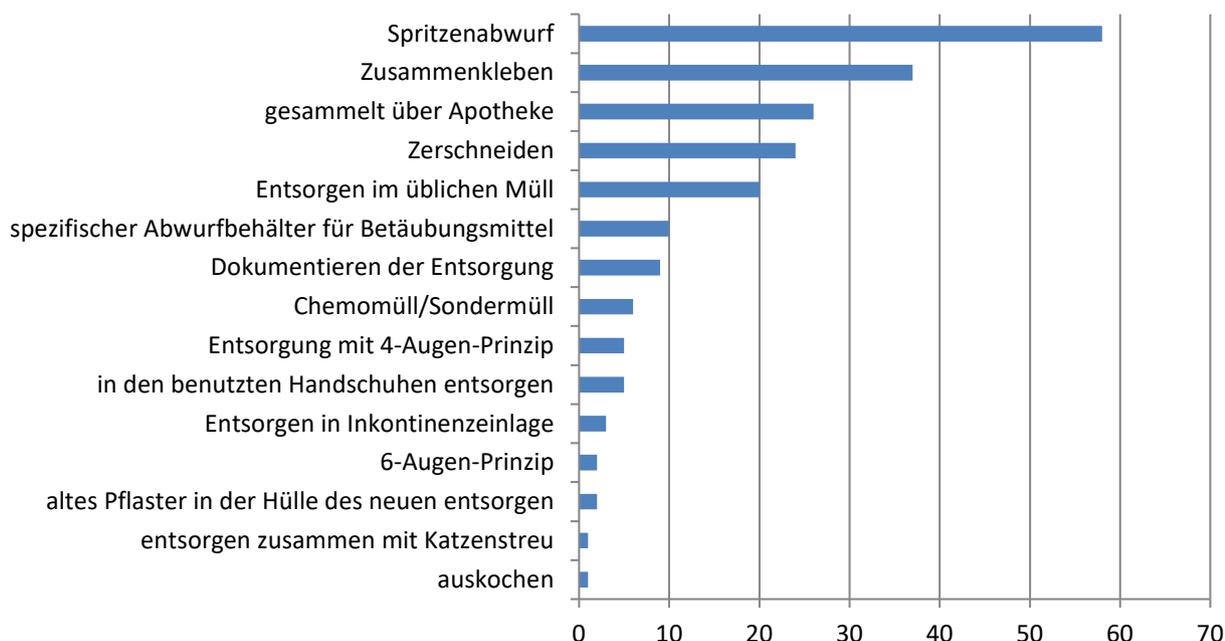


Frage 5: Falls ja...

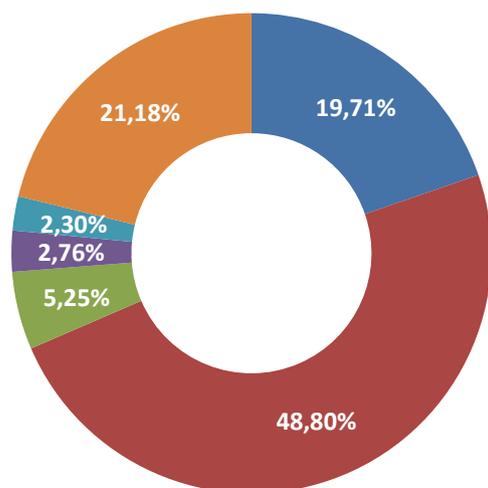
- **Wer hat die Anweisung gegeben?** (Anzahl Nennungen)



- **Welche Form der Entsorgung wurde vorgegeben?** (Anzahl Nennungen)



Frage 6: Wie entsorgen Sie gebrauchte Schmerzpflaster üblicherweise?



- Ich werfe sie so, wie sie sind, direkt in den Müll.
- Ich klebe die Innenflächen aufeinander, bevor ich sie in den Müll werfe.
- Ich zerschneide sie, bevor ich sie in den Müll werfe.
- Ich "verpacke" sie in neutrales Papier, bevor ich sie in den Müll werfe.
- Betrifft mich nicht, ich betreue keine solchen Patienten.
- Sonstiges

EXPERTENSTATEMENT

Schmerzmittel im Spannungsfeld zwischen Selbstmedikation und ärztlicher Verordnung

Berend Groeneveld

Vorstandsmitglied und Patientenbeauftragter des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) e.V.,
Geschäftsführender Vorstand der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.

Wenn ein Schmerzmittel verordnet wird, besteht immer die Gefahr von Wechselwirkungen mit der individuellen Medikation. Dieses abzuklären, bedarf oft der Expertise des Apothekers, der als erste Schnittstelle in der Regel die gesamte Medikation des Patienten erfassen kann, zum Beispiel über eine Patientendatei mit Kundenkarte. Insbesondere wenn die Verordnung vom Facharzt stammt, die sonstigen Verordnungen aber durch den Hausarzt erfolgen, kann hier nur der Apotheker klärend eingreifen, da nicht alle Patienten mit einem Medikationsplan versorgt sind. Dieser greift darüber hinaus erst ab drei verordneten Medikamenten, doch schon eine Schmerzmittel-Verordnung oder -Selbstmedikation kann bereits eine Wechselwirkung mit einer anderen Verordnung eingehen. Dies kann zum Beispiel zu Blutgerinnungsstörungen oder zu Herzrhythmusproblemen führen, die als solche ursächlich gar nicht den Medikamenten zugeordnet werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Juni 2018

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser

Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz
Arzt für Orthopädie/Physik. u. Reha.-Medizin/Orth.
Rheumatologie



Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Versorgungsforschung Rückenschmerz (Bertelsmann-Stiftung, PAIN 2020)
- Integrierte Versorgungsmodelle (IGOST)
- Mixed Pain Konzept beim Rückenschmerz
- Versorgungswege des chronischen Schmerzpatienten (BMBF-Projekt mit der Charité, Berlin)
- Sonographie muskuloskelettaler Organe

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften

- Präsidiumsmitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
- Vizepräsident der Interdisziplinären Gesellschaft für Orthopädische und Unfallchirurgische Schmerztherapie (IGOST)
- Beiratsmitglied der Deutschen Gesellschaft für muskuloskelettale Medizin

Curriculum Vitae

Prof. Dr. Christel Bienstein

Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e. V. und ehemalige Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke



© DBfK

Beruflicher Werdegang

1974 – 1977	Lehramt Universität/GHS Essen
1977	Abschluss 1. Staatsexamen Lehramt
1977 – 1981	Studium der Pädagogik
1981	Abschluss Diplom-Pädagogin
1972 – 1974	Berufstätigkeit als Krankenschwester
1977	hauptamtliche Lehrkraft am Bildungszentrum des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) in Essen
1990 – 1993	Übernahme der Leitung des Bildungszentrums für Pflegeberufe des DBfK in Essen
1994 – 2017	Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke
ab 2003	Berufung auf eine Honorarprofessur der Universität Bremen, Fachgebiet Pflegewissenschaft, Therapeutische Grundlagen.

Forschungsschwerpunkte

- Pflegeentwicklung
- Professionalisierung
- Konzepte der Pflege
- Qualitätssicherung
- Aktuelle Themen Pflegewissen

Gremientätigkeit

- Sachverständige in der Enquete-Kommission Situation und Zukunft der Pflege NRW
- Sachverständige des Runden Tisches Pflege BMFSJ/BMG, Arbeitsgruppe Charta
- Vorstand Pflege e.V.
- Einzelsachverständige Deutscher Bundestag
- Wissenschaftlicher Beirat: Modellprojekt integrierte Pflegeausbildung Universität Bremen
- Wissenschaftlicher Beirat: Institut für Public Health und Pflegeforschung (Vorsitz)
- Beirat der IHR - Rehabilitationsdienst GmbH, Köln
- Kuratorium der Stiftung Braun, Melsungen
- Kuratorium der Stiftung Gesundheit, Bochum
- Seit 23. Juni 2012 Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) e.V.; für eine zweite Amtszeit wiedergewählt am 18. Juni 2016.
- Vertritt den DBfK im Deutschen Pflegerat

Curriculum Vitae

Berend Groeneveld

Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) e. V., Patientenbeauftragter des DAV



© ABDA/Peter van Heesen

Studium und beruflicher Werdegang

1985 – 1992 Pharmaziestudium, Braunschweig und Kiel

1992 – Approbation als Apotheker

Seit 1996 Inhaber der Rats-Apotheke, Norden

Standespolitische Funktionen

Seit 2005 Landesapothekerverband Niedersachsen e.V., stellvertretender Vorsitzender

Seit 2013 Landesapothekerverband Niedersachsen e.V., Vorsitzender

01.01.2017 Deutscher Apothekerverband e.V., Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands

NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz: Was ist wichtig?

Die wichtigsten Empfehlungen der 2. Auflage im Überblick:



Zurückhaltende Diagnostik

Ergeben Anamnese und körperliche Untersuchung keinen Verdacht auf gefährliche Ursachen, soll keine weitere Diagnostik eingesetzt werden. Wenn nach 4-6 Wochen keine Besserung eintritt und die Schmerzen den Patienten im Alltag behindern, soll der Einsatz bildgebender Verfahren geprüft werden.

Psyche und soziales Umfeld beachten

Vom ersten Arztkontakt an sollen Belastungen im persönlichen Umfeld des Patienten, Schwierigkeiten mit der Familie oder dem Arbeitsplatz erfragt und berücksichtigt werden, um eine Chronifizierung möglichst zu vermeiden.

Bewegung statt Bettruhe

Ärzte sollen Patienten zur Beibehaltung von körperlicher Aktivität auffordern und von Bettruhe abraten.

Meist bessern sich akute Kreuzschmerzen von allein und brauchen keine spezifische Behandlung.

Schmerzmittel: So viel wie nötig, so wenig wie möglich

Schmerzlindernde Medikamente können die Behandlung von Kreuzschmerzen unterstützen. Wichtig: das im Einzelfall am besten passende Medikament aussuchen und so kurz und in so geringer Dosierung wie möglich anwenden.

Massage, Akupunktur & Co

Es gilt: Alles, was Passivität fördert, soll nicht oder nur in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen eingesetzt werden. Bewegungstherapien können bei akuten und sollen bei länger andauernden Kreuzschmerzen eingesetzt werden.

Chronische Schmerzen: Kombinierte Behandlung

Bessern sich Kreuzschmerzen nach einigen Wochen nicht, soll die weitere Therapie multidisziplinär geplant werden. Halten Schmerzen länger als sechs Wochen an, soll Patienten eine multimodale Therapie angeboten werden, die Schmerz-, Psycho- und Bewegungstherapien kombiniert.

Die Leitlinie, Patienteninformationen und weitere Materialien finden Sie unter www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de

NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz: Was ist neu?

Einige Empfehlungen haben sich im Vergleich zur 1. Auflage geändert. Hier die wichtigsten Unterschiede im Überblick:

Mehrfache Bildgebung vermeiden

Ändert sich das klinische Beschwerdebild der Patienten nicht, ist keine erneute Bildgebung nötig. Eine neue Empfehlung rät von mehrfacher Bildgebung explizit ab.

Psychosoziale Faktoren von Anfang an beachten

Die Rolle von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Faktoren für die Entstehung und Chronifizierung von Kreuzschmerz wird in der Neuauflage stärker betont. Sie sollen von Anfang an erfragt und bei unzureichendem Therapieerfolg systematisch mit standardisierten Fragebögen erhoben werden.

Medikamente: NSAR am ehesten empfohlen

Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) sind die am ehesten empfohlenen Schmerzmittel. Unter strikten Auflagen wird der Anwendungsbereich für Opioide und Metamizol leicht erweitert.

Die Anwendung von Paracetamol, zentralen Muskelrelaxanzien sowie Antidepressiva wird hingegen eingeschränkt.

Den Schmerz frühzeitig multidisziplinär angehen

Wenn Kreuzschmerzen drohen chronisch zu werden, sprechen sich die Autoren nun deutlicher für ein frühzeitiges multidisziplinäres Assessment aus. Führen weniger intensive Therapieverfahren nicht zum Erfolg, soll dann die Behandlung innerhalb multimodaler Programme erfolgen.

Versorgung optimal koordinieren

Eine neue Empfehlung weist auf die zentrale Bedeutung eines Entlassungsberichts nach einem multimodalen Programm hin. Konkrete Nachsorgeempfehlungen und die weitere Behandlung sollen mit dem koordinierenden Arzt besprochen werden, um die erreichten Therapieergebnisse in den Alltag zu überführen.

PLÖTZLICH KREUZSCHMERZEN – WAS KANN ICH TUN?



Foto: Françoise Fine

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

Sie haben seit kurzem Kreuzschmerzen und wollen wissen, woher die Beschwerden kommen, wie man sie behandelt und was Sie selbst dagegen tun können. In Deutschland gehören Kreuzschmerzen zu den häufigsten Schmerzen überhaupt. Etwa 4 von 5 Deutschen geben an, mindestens einmal in ihrem Leben solche Beschwerden gehabt zu haben.

Diese Information richtet sich an Menschen, deren Beschwerden weniger als 6 Wochen bestehen.

Auf einen Blick: plötzliche Kreuzschmerzen

- Kreuzschmerzen sind häufig. Haben sie keine gefährliche Ursache, die besondere Maßnahmen erfordert, spricht man von *nicht-spezifischen Kreuzschmerzen*.
- Plötzliche Kreuzschmerzen bessern sich bei den meisten Betroffenen nach kurzer Zeit von allein.
- Ihre Ärztin oder Ihr Arzt befragt Sie und untersucht Sie körperlich. Das reicht meist aus, um ernsthafte Ursachen auszuschließen. Vorerst sind in der Regel keine weiteren Untersuchungen nötig, auch kein Röntgen oder MRT.
- Wichtig ist: Bewegung. Sie wirkt am besten gegen Kreuzschmerzen. Andere Methoden, zum Beispiel Medikamente, kommen nur unterstützend in Frage. Spritzen in den Rücken empfehlen Fachleute ausdrücklich nicht.

▶ DER GESUNDE RÜCKEN

Die Wirbelsäule besteht aus Wirbeln und Bandscheiben. Sie bildet die stabile Achse des Körpers. Rückenmuskeln und festes Bindegewebe geben ihr Halt. Die Wirbelsäule trägt das Gewicht von Kopf, Armen und Rumpf. Gleichzeitig ermöglicht sie Bewegungen wie Bücken, Strecken oder Drehen.

▶ WAS SIND KREUZSCHMERZEN?

Kreuzschmerzen sind Schmerzen im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb des Gesäßes. Meistens gibt es keinen eindeutigen Grund für die Beschwerden. Fachleute sprechen in diesem Fall von *nicht-spezifischen Kreuzschmerzen*. Sie sind meist harmlos und bilden sich in kurzer Zeit wieder zurück. Es bestehen dann keine Hinweise auf gefährliche Ursachen, wie Entzündungen oder Wirbelbrüche. Dennoch können diese plötzlichen Kreuzschmerzen belastend sein und Sie in Ihrem Alltag einschränken.

▶ WOHER KOMMEN DIESE SCHMERZEN?

Solche Kreuzschmerzen entstehen, wenn die Nerven nahe der Wirbelsäule gereizt werden. Dafür kann es viele Gründe geben, zum Beispiel:

- verspannte Muskeln
- Fehlhaltungen
- Übergewicht
- zu wenig Bewegung
- langes Sitzen

Auch alltägliche, seelische oder berufliche Belastungen können Kreuzschmerzen hervorrufen und ihren Verlauf beeinflussen.

▶ DIE UNTERSUCHUNG

Kommen Sie mit plötzlichen Kreuzschmerzen in die Arztpraxis, muss zunächst geklärt werden, ob es eine eindeutige Ursache dafür gibt. Dazu befragt Sie die Ärztin oder der Arzt und untersucht Sie körperlich.

In der Regel lässt sich damit ausschließen, dass etwas Ernsthaftes vorliegt. Nur in Ausnahmefällen oder bei länger als 4 bis 6 Wochen anhaltenden Schmerzen können weitere Untersuchungen wie bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT, CT) oder Laboruntersuchungen in Frage kommen.

▶ DIE BEHANDLUNG

Bei plötzlichen Kreuzschmerzen ist Bewegung am wichtigsten. Das haben hochwertige Studien belegt. Sie müssen dafür keine sportlichen Höchstleistungen erbringen. Es geht vielmehr darum, die normalen Aktivitäten des täglichen Lebens so weit wie möglich beizubehalten oder auszubauen. Vorübergehend können Ihnen dabei Schmerzmittel helfen. Am ehesten sind Schmerztabletten aus der Gruppe der *traditionellen nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR)* empfehlenswert. Dazu zählen die Wirkstoffe Diclofenac, Ibuprofen und Naproxen. Diese können jedoch Nebenwirkungen haben. Von dem üblichen Schmerzmedikament Paracetamol raten Fachleute allerdings ab. Laut aktueller Studienlage half das Mittel bei Kreuzschmerzen nicht. Bettruhe kann Ihnen schaden. Viele aussagekräftige Studien belegen, dass Bettruhe die Beschwerden nicht bessert, sondern eher verstärkt und die Heilung verzögert. Außerdem kann sie sich ungünstig auf die Muskeln auswirken und es erhöht sich die Gefahr, dass sich Blutgerinnsel bilden.

Wenn Bewegung und Medikamente nicht genug helfen, können zusätzlich nicht-medikamentöse Verfahren in Frage kommen. Unterstützend kann Ihnen zum Beispiel Wärmetherapie, Akupunktur oder Bewegungstherapie zusammen mit schulenden Maßnahmen angeboten werden.

Andere Verfahren sollten nicht zum Einsatz kommen, da ihr Nutzen bisher wissenschaftlich nicht genügend nachgewiesen ist. Dazu gehören unter anderem Massage, Kinesio-Tapes, Schuheinlagen, Ergotherapie sowie Behandlungen mit Strom, Kälte, Laser, Magnetfeldern oder Ultraschall.

Ausführliche Informationen zur Behandlung finden Sie in der Patientenleitlinie „Kreuzschmerz“: siehe Kasten.

▶ MEHR INFORMATIONEN

Diese Patienteninformation beruht auf der **Patientenleitlinie „Kreuzschmerz“**:
www.patienten-information.de/patientenleitlinien

Die Patientenleitlinie wurde im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien erstellt. Es wird getragen von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Weitere Kurzinformation „Aktiv gegen dauerhafte Kreuzschmerzen“: www.patinfo.org

Methodik und Quellen: www.patienten-information.de/kurzinformationen/quellen-und-methodik/kreuzschmerz-akut

Kontakt Selbsthilfe

Wo Sie eine Selbsthilfeorganisation in Ihrer Nähe finden, erfahren Sie bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen): www.nakos.de, Tel.: 030 3101 8960

3. Auflage, 2017. DOI: 10.6101/AZQ/000388

Verantwortlich für den Inhalt:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Im Auftrag von: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

und Bundesärztekammer (BÄK)

Telefax: 030 4005-2555

E-Mail: patienteninformation@azq.de

www.patinfo.org

www.azq.de



▶ WAS SIE SELBST TUN KÖNNEN

- Versuchen Sie, Ihre normale körperliche Aktivität so gut es geht beizubehalten oder nehmen Sie sie schrittweise wieder auf. Dies fördert eine schnelle Besserung Ihrer Beschwerden und beugt dauerhaften Krankheiten vor.
- Bewegung lindert Kreuzschmerzen. Sie können sich eine Bewegungsart aussuchen, die Ihnen Freude macht und rüchenschonend ist, zum Beispiel Schwimmen, Wandern oder Radfahren. So kräftigen Sie Ihre Rückenmuskeln und verbessern Ihre Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit.
- Kleine Veränderungen können den Rücken entlasten. Wechseln Sie zum Beispiel beim längeren Stehen oder Sitzen öfter die Position. Müssen Sie bei der Arbeit viel sitzen, können Sie Ihren Arbeitgeber auf geeignete Sitzmöbel ansprechen. Am besten ist jedoch, Sie stehen zwischendurch regelmäßig auf, strecken sich und gehen ein paar Schritte.
- Sollten Sie Übergewicht haben, entlastet es Ihre Wirbelsäule, wenn Sie abnehmen.
- Informieren Sie sich über Ihre Beschwerden und mögliche Behandlungsformen. Je mehr Sie darüber wissen, desto besser können Sie damit umgehen.
- Kreuzschmerzen haben nur selten ernsthafte Ursachen. Achten Sie trotzdem auf zusätzliche Zeichen: Kommen zu den Schmerzen Probleme wie Lähmungserscheinungen, Taubheitsgefühle oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder Stuhlgang hinzu, sollten Sie umgehend eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Dies können Zeichen für eine Erkrankung sein, die behandelt werden muss.

Mit freundlicher Empfehlung

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

Risikofaktoren für eine Chronifizierung

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

Chronische Schmerzen unterliegen immer körperlichen, psychischen und sozialen Einflüssen.

Warum ist Schonung und Vermeiden nicht gut?

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

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

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

Wie wird behandelt?

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



Grafik: Multimodale Therapie

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

Im Einzelnen:

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

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

Worauf kommt es an?

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

www.dgss.org/patienteninformationen

Buch-Tipp: HG Nobis, R Rolke, T Graf-Baumann (Hrsg.) 2016: 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 2017

Überreicht von:

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)



Schmerzen verstehen

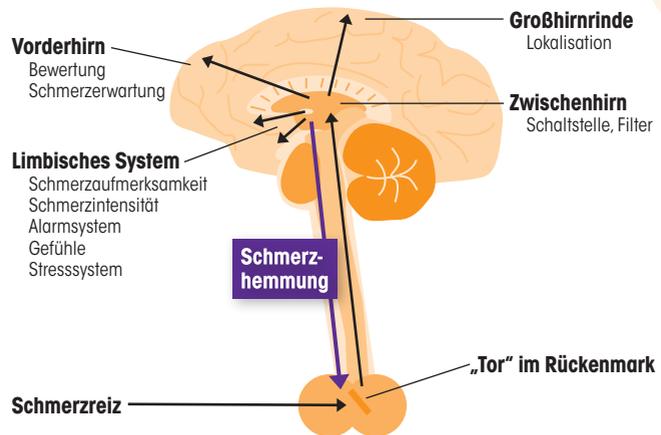
Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz

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?

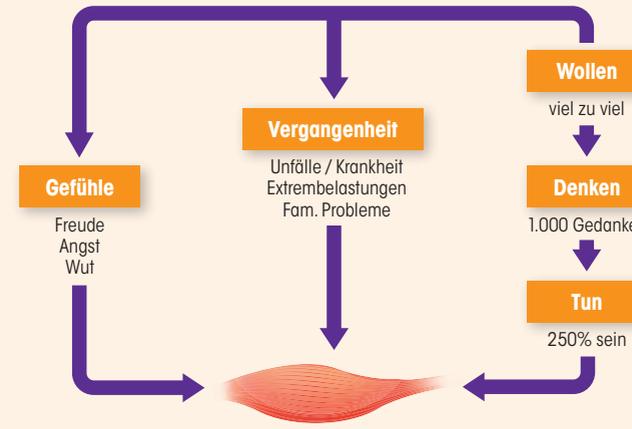
Akuter Schmerz ist ein Alarmsignal, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt, wie z.B. bei Zahnschmerzen, bei einem Knochenbruch oder bei körperlichen Überlastungen. Weil akuter Schmerz uns warnen soll, ist er in der Regel mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken wie Angst, Sorge oder Hilflosigkeit verknüpft.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

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

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

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



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

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

Psyche und Kopfschmerz?

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

Stresshafte 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:

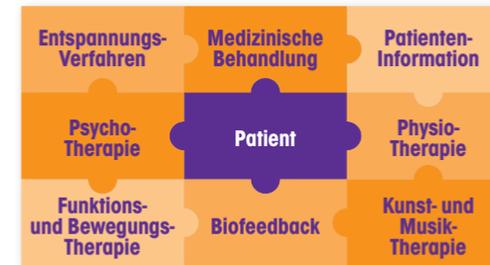
- mehr als drei Migräneattacken bzw. mehr als 10 Kopfschmerztage im Monat auftreten,
- wichtige Alltagsfunktionen (z.B. in Beruf, Familie, Freizeit) stark eingeschränkt sind,
- häufig Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden,
- eine hohe Stressbelastung vorliegt,
- Ängste oder Niedergeschlagenheit 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 Kopfschmerzprechstunde. 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.dgss.org/patienteninformationen
www.dmkg.de/patienten/dmkg-kopfschmerzkalender.html

Buch-Tipp:

Nobis HG, Rolke R, Graf-Baumann T (Hrsg.). **Schmerz – eine Herausforderung.** Informationen für Betroffene und Angehörige. Springer, 2016
Gaul C, Totzeck A, Nicpon A, Diener HC. **Patientenratgeber Kopfschmerzen und Migräne.** ABW Wissenschaftsverlag, 2016

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: Jan. 2017

Überreicht von:

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



Kopfschmerzen verstehen

Migräne
Spannungskopfschmerz
Medikamentenkopfschmerz

Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden in der Bevölkerung.

Man unterscheidet primäre und sekundäre Kopfschmerzerkrankungen. 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 Kopfschmerzerkrankungen.

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.

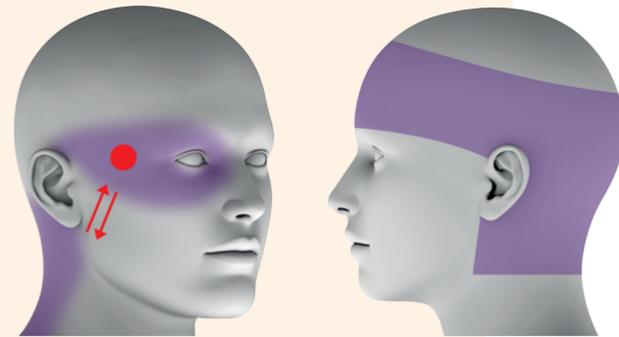
Nahrungsmittel und insbesondere Alkohol können Migräneattacken auslösen. Eine spezielle Diät mit Meiden zahlreicher Lebensmittel ist nicht hilfreich, stattdessen ist eine gesunde ausgewogene Ernährung zu empfehlen.

Viele Patienten kennen Auslöser für ihre Migräneattacken wie wenig Schlaf, das Auslassen von Mahlzeiten oder Stress bzw. zu krasser Wechsel von An- zu Entspannung (sog. Stressabfall-Migräne). Hier kann durch Änderungen des persönlichen Lebensstils eine Reduktion der Migränehäufigkeit erreicht werden.

Tipps zur Selbsthilfe bei Migräne

- Den Schlaf-Wach-Rhythmus der Woche auch am Wochenende beibehalten.
- Auf regelmäßige Mahlzeiten achten.
- Realistische Zeitplanung – sich nicht „verzetteln“ und Pausen einlegen.
- Am besten auch im Stress mal entspannen, nicht nur am Wochenende oder am Abend.
- Üben, „nein“ zu sagen – sich nicht für alle Pflichten verantwortlich machen.
- Zu schnelle Wechsel von Anspannung zu Entspannung vermeiden. Z.B. Urlaub mit „Vorurlaub“ planen.

- Es nach der Attacke ruhig angehen lassen. Ein energieraubendes Aufholen der „verlorenen Zeit“ begünstigt nur die nächste Attacke.
- Ziel einer Vorbeugung mit Medikamenten ist nicht, Migräneanfälle ganz zu unterdrücken, sondern weniger zu bekommen.



Migräne

- Übelkeit
- Lichtempfindlichkeit
- Geräuschempfindlichkeit
- Schmerzzunahme bei körperlicher Aktivität

Kopfschmerz vom Spannungstyp

- Ringförmig
- Dumpf-drückend
- Kaum Begleitsymptome

Grafik: Kopfschmerzsyndrome

Häufige Themen in der psychologischen (Mit-)Behandlung sind die hohe Leistungsbereitschaft, was zur Überschreitung eigener Belastungsgrenzen bzw. unzureichender Selbstfürsorge führen kann oder der Abbau von Angst z.B. vor der nächsten Migräneattacke und den damit verbundenen Ausfallzeiten.

Durch eine günstige Alltagsgestaltung mit ausreichenden Möglichkeiten zur Erholung wird die Häufigkeit von Migräneattacken reduziert.

Spannungskopfschmerz

Der „Kopfschmerz vom Spannungstyp“ ist der häufigste Kopfschmerz. Er betrifft meist den ganzen Kopf, ist dumpf und drückend und meist von leichter bis mittelstarker Intensität. Spannungskopfschmerzen nehmen bei körperlicher Aktivität nicht zu und bessern sich häufig an der frischen Luft. Gelegentliche Kopfschmerzen sprechen gut auf Schmerzmittel an. Vom chronischen Spannungskopfschmerz spricht man, wenn die Beschwerden über 3 Monate an 15 oder mehr Tagen im Monat auftreten.

Die Ursache der Spannungskopfschmerzen ist bis heute nicht ganz geklärt. Die gängigste Vorstellung geht von einem Zusammenwirken von Stress und erhöhter Anspannung der Nackenmuskulatur aus, was bei häufigem Auftreten zu einer gesteigerten Empfindlichkeit der Schmerzzentren im Gehirn führt. Anhaltende psychosoziale Belastungen sind ein Risikofaktor der Chronifizierung.

Wie wird der Spannungskopfschmerz behandelt?

Bei akuten Schmerzen sind die meisten Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure, Paracetamol oder Ibuprofen gut wirksam. Auch ätherische Öle wie Pfefferminzöl, die großflächig auf Stirn, Schläfen und den Nacken aufgetragen werden, können lindern. Im Falle eines chronischen Spannungskopfschmerzes wird aufgrund des Risikos eines zusätzlichen Kopfschmerzes durch Medikamentenübergebrauch empfohlen, Schmerzmittel nur dann einzusetzen, wenn es sich nicht vermeiden lässt.

Im Vordergrund der vorbeugenden Behandlung stehen Allgemeinmaßnahmen wie ein regelmäßiger Tagesablauf mit Pausen und ausreichendem Schlaf, Ausdauersport (nach Möglichkeit mind. 30 Min. / 3x pro Woche, z.B. Radfahren, Schwimmen, Joggen, Nordic Walking) sowie die regelmäßige Durchführung von Entspannungsübungen.

Häufige Ansatzpunkte in der psychologischen (Mit-)Behandlung stellen die Verbesserung der Stresswahrnehmung und -bewältigung und der Umgang mit negativen Gefühlen dar.

Wenn die Zahl der Kopfschmerztagetage 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.

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 einer neuen Patientenbroschüre 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:

- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Schmerzliga e.V.
- Deutsche Schmerzstiftung
- Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)
- SchmerzLOS e.V. Lübeck
- MigräneLiga e.V. Deutschland
- CRPS Bundesverband Deutschland e.V.
CRPS Netzwerk – gemeinsam stark
- RLS e.V. – Deutsche Restless Legs Vereinigung

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@dgss.org, Internet: www.dgss.org



Aktionstag gegen den Schmerz

5. Juni 2018
Machen Sie aktiv mit!

Chronischer Schmerz – eine Herausforderung

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden an 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 und damit unnötig leidet.

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 Schmerzlinderung.**

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 **5. Juni 2018 der siebente 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 5. Juni 2018, dem siebenten 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 5. Juni zwischen 9:00 und 18:00 Uhr renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

