



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



**Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft**

**Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses  
(9. bis 12. Oktober 2019) der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der  
Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)**

## **„MitGefühl zum Schmerz“**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

**Raum:** Christian Cannabich

### **Themen und Referenten:**

#### **„MitGefühl zum Schmerz“ – mit Empathie und Achtsamkeit zu einer erfolgreichen Schmerztherapie**

*Professor Dr. med. Christian Maihöfner und Professor Dr. med. Till Sprenger*, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019 und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth; Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der DKD Helios Klinik Wiesbaden

#### **Schmerzmanagement in der Pflege: PAIN-Nurses verbessern die Schmerzbehandlung**

*Professor Dr. med. Claudia Sommer*, Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., Leitende Oberärztin und Schmerzforscherin an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Uniklinikums Würzburg

#### **Patientenströme lenken, Prophylaxe stärken, Kopfschmerztherapie verbessern: Start der Initiative**

##### **„Gemeinsam gegen Kopfschmerz“ zum 40-jährigen DMKG-Jubiläum**

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

#### **Muskelkater, Krämpfe, Entzündungen – was tun, wenn Sport wehtut: Schmerz und Schmerzbewältigung im Breiten- und Leistungssport**

*Dr. Dipl. Psych. Paul Nilges*, ehemaliger Leitender Psychologe am DRK Schmerz-Zentrum Mainz

#### **Hoffnung oder Hype? Wie gut wirken CGRP-(Rezeptor-)Antikörper gegen Migräne?**

*Dr. med. Charly Gaul*, Pressesprecher der DMKG, Ärztlicher Direktor, Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein

#### **Nervenschmerzen – oft unerkannt oder schlecht therapiert: was die neue Leitlinie zu neuropathischen Schmerzen empfiehlt**

*Professor Dr. med. Claudia Sommer*

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

#### **Kontakt für Rückfragen:**

Deutscher Schmerzkongress 2019  
Kongress-Pressestelle  
Dagmar Arnold und Michaela Richter  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-380/-516, Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)  
[richter@medizinkommunikation.org](mailto:richter@medizinkommunikation.org)  
<https://schmerzkongress2019.de>

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



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



Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft

Deutscher Schmerzkongress 2019

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. vom 9. bis 12. Oktober 2019 in Mannheim

## **Nervenschmerzen: oft unerkannt und schlecht therapiert**

**Neue Leitlinie zu Diagnose und Therapie verbessert Behandlung neuropathischer Schmerzen**

**Mannheim, 10. Oktober 2019 – Neuropathische Schmerzen, auch als Nervenschmerzen bezeichnet, stellen für Ärzte und Patienten eine besondere Herausforderung dar: Sie gehen auf eine Schädigung von Nervenbahnen oder zentralen, schmerzverarbeitenden Zentren zurück. Die ursprüngliche Ursache ist aber in vielen Fällen nicht oder nicht mehr erkennbar. Entsprechend werden Nervenschmerzen oft nicht oder nur verzögert diagnostiziert, und auch die Therapie gilt als schwierig. Die neue Leitlinie „Neuropathischer Schmerz“ gibt nun einen Überblick über die aktuell eingesetzten Diagnosemethoden und darüber, welche therapeutischen Möglichkeiten es gibt und wie effektiv sie sind. Die S2k-Leitlinie wurde auf der Pressekonferenz am 10. Oktober 2019 auf dem Deutschen Schmerzkongress (9. bis 12. Oktober) in Mannheim vorgestellt.**

Etwa drei bis fünf Prozent der Bevölkerung in Deutschland leiden an Nervenschmerzen. Die wohl bekanntesten Ursachen für neuropathische Schmerzen sind die Gürtelrose (Herpes zoster), die als Spätfolge einer Windpockeninfektion auftreten kann, sowie der Diabetes mellitus, bei dem die Nerven durch den erhöhten Blutzuckerspiegel geschädigt werden. „Neuropathische Schmerzen können aber beispielsweise auch nach einem Schlaganfall oder infolge einer multiplen Sklerose auftreten oder auch genetisch bedingt sein“, erklärt Professor Dr. med. Christian Maihöfner, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019 und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth.

Die Therapie neuropathischer Schmerzen unterscheidet sich von der Therapie anderer chronischer Schmerzen, bei denen das Nervensystem nicht geschädigt ist. Wie nun die verschiedenen Schmerzarten diagnostisch klar voneinander abgegrenzt werden und welche Behandlungsmöglichkeiten nach aktuellem wissenschaftlichem Stand geeignet sind, zeigt die neue S2k-Leitlinie, an deren Erstellung Maihöfner beteiligt war. Für die Diagnose ist eine ausführliche Befragung des Patienten ebenso essenziell wie die klinische Untersuchung. Um Art und Ausmaß der Schädigung zu identifizieren, werden neben neurophysiologischen Testmethoden zunehmend auch bildgebende Verfahren wie Kernspintomografie und Ultraschall eingesetzt. „Als Goldstandard für den

Nachweis einer Schädigung der kleinen, schmerzleitenden Fasern kann aber nach wie vor die Hautbiopsie gelten“, sagt Maihöfner.

Eine ursächliche Therapie der neuropathischen Schmerzen ist oft nicht möglich. Aber die Experten der Leitlinie betonen, dass die Möglichkeiten einer heilenden oder kausalen Therapie ausgeschöpft werden sollten. „Bei Nervenschmerzen, die infolge einer diabetischen Neuropathie auftreten, muss versucht werden, den Diabetes optimal einzustellen“, erläutert Maihöfner.

Die Behandlung mit Schmerzmedikamenten sei nach wie vor eine Herausforderung, denn man kann selten vorhersagen, welches Medikament bei welchem Patienten wirkt. Auch könnten Nebenwirkungen auftreten, und bei manchen Patienten könne keine ausreichende Wirkung erreicht werden, so der Experte. Die Leitlinie macht klare, wissenschaftlich begründete Aussagen zur Wirksamkeit der jeweiligen Medikamente und gibt Empfehlungen zur medikamentösen Therapie, betont aber auch, dass neben der medikamentösen Behandlung die psychosozialen Umstände der Patienten berücksichtigt werden müssen.

Als wichtige Therapieoption gilt nach wie vor die sogenannte multimodale Schmerztherapie, bei der die Patienten neben Ergotherapie und Physiotherapie auch eine Schmerzpsychotherapie erhalten sollten. „Im Rahmen dieser interdisziplinären Behandlung lernen die Patienten, mit dem Schmerz besser umzugehen und sogenannte Coping-Strategien zu entwickeln“, sagt Professor Dr. med. Claudia Sommer, Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Leitende Oberärztin und Schmerzforscherin an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Uniklinikums Würzburg. Schmerzbewältigungstechniken und das Überwinden eines Vermeidungsverhaltens können erlernt werden. „Denn entscheidend für den Therapieerfolg sind das individuelle Schmerzempfinden und das Lebensgefühl des Patienten“, betont Sommer. „Ziel muss es sein, die Lebensqualität wieder zu verbessern, soziale Aktivitäten zu ermöglichen und das soziale Beziehungsgefüge sowie die Arbeitsfähigkeit zu erhalten.“

**Literatur:**

Schlereth T: Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen – Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Herausgegeben von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. 4. September 2019.

[https://www.dgn.org/images/red\\_leitlinien/LL\\_2019/PDFs\\_Download/030114\\_LL\\_Neuropathische\\_Schmerzen\\_2019.pdf](https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2019/PDFs_Download/030114_LL_Neuropathische_Schmerzen_2019.pdf)

### **Terminhinweise:**

#### **SY02 – CRPS und Trauma: Wie unterscheiden sie sich und was kann/sollte man therapeutisch machen?**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 08.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** H. Rittner (Würzburg)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

#### **SO07 – Keynote 2 – Thema: neuropathischer Schmerz**

**New treatment options: training the brain to improve neuropathic pain and CRPS?**

C. McCabe (Bath, GB)

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 08.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** Ch. Maihöfner (Fürth), T. Sprenger (Wiesbaden)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

#### **Öffentlicher PATIENTENTAG 2019**

**Organisation:** Ch. Maihöfner (Fürth) und T. Sprenger (Wiesbaden)

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2018, 11.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Dorint Kongresshotel, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

Kongressprogramm und Programm des Patiententages:

<https://schmerzkongress2019.de/programm/kongressprogramm/>

#### **Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Unter dem Kongress-Motto „MitGefühl zum Schmerz“ werden aktuelle Themen der Medizin wie Telemedizin und E-Health sowie schmerzmedizinsspezifische Fragestellungen wie Qualität der stationären Akutschmerztherapie, Schmerzregister, Migräneprophylaxe und neue Schmerzkonzepte behandelt. Mit etwa 60 wissenschaftlichen Symposien und Dutzenden Workshops und Seminaren deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

#### **Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Dagmar Arnold und Michaela Richter

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/-516

Fax: 0711 8931-167

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

[www.schmerzkongress2019.de](http://www.schmerzkongress2019.de)

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

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

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



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



**Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. vom 9. bis 12. Oktober 2019 in Mannheim

## **Monoklonale Antikörper gegen Kopfschmerzattacken: Hoffnung oder Hype?**

**Neu zugelassene Medikamente zur Migräneprophylaxe sind wirkungsvoll und gut verträglich**

**Mannheim, 10. Oktober 2019 – Migräneattacken verhindern – das ist eines der therapeutischen Ziele, um das Leid der etwa 18 Millionen Migränepatienten in Deutschland zu lindern.**

**Alternativ zur gut erforschten und wirksamen medikamentösen Vorbeugung mit Tabletten können Ärzte nun neue Wirkstoffe, sogenannte monoklonale Antikörper, einsetzen. Für wen diese geeignet sind und wie sich die neuen Medikamente zur Migräneprophylaxe in der Praxis bewähren, erläuterten Experten im Rahmen der Pressekonferenz am 10. Oktober 2019 auf dem Deutschen Schmerzkongress (9. bis 12. Oktober) in Mannheim.**

Experten schätzen die Zahl der Menschen in Deutschland, die an Migräne leiden, auf etwa 18 Millionen. Neben Schmerzen beeinträchtigen die Begleitsymptome wie beispielsweise Übelkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit die Lebensqualität der Patienten erheblich. Auch ihre Arbeitsfähigkeit wird dadurch eingeschränkt. „Deshalb wächst neben Mitteln gegen akute Attacken die Bedeutung von Arzneien, die Migräneattacken vorbeugen“, sagt Professor Dr. med. Till Sprenger, Tagungspräsident des Deutschen Schmerzkongresses und Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Neurologie der DKD Helios Klinik Wiesbaden. Seit Kurzem sind in Deutschland drei Substanzen zugelassen, die Ärzte zur Prophylaxe von Migräneattacken bei therapierefraktären Patienten, das heißt, bei denjenigen, die nicht auf andere Therapien ansprechen, einsetzen können. „Die monoklonalen Antikörper blockieren ein Neuropeptid beziehungsweise dessen Rezeptor, von dem wir schon längere Zeit wissen, dass es sich um einen wichtigen Botenstoff bei der Entstehung von Migräneattacken handelt“, erklärt Sprenger. Dieses sogenannte Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) wird aus Nervenzellen freigesetzt, überträgt Schmerzsignale und erweitert die Blutgefäße. Die monoklonalen Antikörper zirkulieren als immunologisch aktive Eiweiße im Körper und erkennen eine bestimmte Oberflächenstruktur des Botenstoffs CGRP beziehungsweise des CGRP-Rezeptors, binden daran und blockieren somit die Weiterleitung des Migränesignals.

Wie effektiv die neuen Medikamente (die Wirkstoffe Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab) sind, zeigten verschiedene Studien. Durchschnittlich reduzierte sich etwa bei jedem zweiten Patienten die Häufigkeit der Attacken um 50 Prozent. „Wir wissen derzeit noch nicht, warum nur ein Teil der

Patienten auf die Therapie anspricht“, gibt Sprenger zu bedenken. In Zukunft könnten eventuell Biomarker helfen, vor Beginn einer Therapie diejenigen Patienten zu identifizieren, die besonders von einer Therapie profitieren.

„Dieses Wissen ist auch deshalb so wichtig, da die neuen Medikamente einen relativ hohen Preis haben“, ergänzt Dr. med. Charly Gaul, Pressesprecher der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. und Ärztlicher Direktor an der Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein. Für die monoklonalen Antikörper sprechen die gute Verträglichkeit und die einfache Anwendung mit einer einmal im Monat (oder sogar einmal im Quartal) erfolgenden Injektion. „Trotz der neuen Option der CGRP-(Rezeptor-)Antikörper behält die herkömmliche Migräneprevention mit Tabletten oder durch die Behandlung mit Botulinumtoxin ihre Bedeutung. Die Wirksamkeit ist fast so gut wie bei den monoklonalen Antikörpern, allerdings bei etwas schlechterer Verträglichkeit“, so Gaul. Diese etablierten Substanzen haben den Vorteil, dass sie in Bezug auf die Langzeitverträglichkeit gut erforscht sind.

Im klinischen Alltag stehen nun für die Migräneprophylaxe neben den herkömmlichen Medikamenten mit den monoklonalen Antikörpern neue und wirksame Substanzen zur Verfügung. Weitere Studien müssten nun zum einen die Verträglichkeit über längere Zeiträume prüfen und zum anderen Hinweise liefern, welche Patientengruppen von den CGRP-(Rezeptor-)Antikörpern am meisten profitieren.

#### **Literatur:**

- Dodick DW, Ashina M, Brandes JL, et al.: ARISE: A Phase 3 randomized trial of erenumab for episodic migraine. *Cephalalgia*. 2018 May;38(6):1026-1037.
- Goadsby PJ, Reuter U, Hallström Y et al.: A Controlled Trial of Erenumab for Episodic Migraine. *N Engl J Med*. 2017;377(22):2123-2132.
- Reuter U, Goadsby PJ, Lanteri-Minet M et al.: Efficacy and tolerability of erenumab in patients with episodic migraine in whom two-to-four previous preventive treatments were unsuccessful: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3b study. *Lancet*. 2018;392(10161):2280-2287.
- Stauffer VL, Dodick DW, Zhang Q et al.: Evaluation of Galcanezumab for the Prevention of Episodic Migraine: The EVOLVE-1 Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2018;75(9):1080-1088.
- Skljarevski V, Matharu M, Millen BA et al.: Efficacy and safety of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: Results of the EVOLVE-2 Phase 3 randomized controlled clinical trial. *Cephalalgia*. 2018;38(8):1442-1454.
- Detke HC, Goadsby PJ, Wang S et al.: Galcanezumab in chronic migraine: The randomized, double-blind, placebo-controlled REGAIN study. *Neurology*. 2018;91(24):e2211-e2221.
- Silberstein SD, Dodick DW, Bigal ME et al.: Fremanezumab for the Preventive Treatment of Chronic Migraine. *N Engl J Med*. 2017;377(22):2113-2122.
- Ferrari MD, Diener HC, Ning X, et al.: Fremanezumab versus placebo for migraine prevention in patients with documented failure to up to four migraine preventive medication classes (FOCUS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3b trial. *THE LANCET*. Published: August 16, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31946-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31946-4).

### **Terminhinweise:**

#### **SO03 Keynote 1 – Thema: Kopfschmerz**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 10.30 bis 12.00 Uhr

**Vorsitz:** Ch. Maihöfner (Fürth), T. Sprenger (Wiesbaden)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Bench to Bedside and Back: Improving Care for Migraine

Professor Peter J. Goadsby, MD, PhD

#### **ISY09 Relevanz der Anti-CGRPs im Praxisalltag**

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 12.30 bis 14.00 Uhr

**Vorsitz:** S. Förderreuther (München), S. Evers (Coppenbrügge)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

#### **Öffentlicher PATIENTENTAG 2019**

**Organisation:** Ch. Maihöfner (Fürth) und T. Sprenger (Wiesbaden)

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 11.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Dorint Kongresshotel, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

Kongressprogramm und Programm des Patiententages:

<https://schmerzkongress2019.de/programm/kongressprogramm/>

#### **Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Unter dem Kongress-Motto „MitGefühl zum Schmerz“ werden aktuelle Themen der Medizin wie Telemedizin und E-Health sowie schmerzmedizinsspezifische Fragestellungen wie Qualität der stationären Akutschmerztherapie, Schmerzregister, Migräneprophylaxe und neue Schmerzkonzepte behandelt. Mit etwa 60 wissenschaftlichen Symposien und Dutzenden Workshops und Seminaren deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

#### **Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Dagmar Arnold und Michaela Richter

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/-516, Fax: 0711 8931-167

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

[www.schmerzkongress2019.de](http://www.schmerzkongress2019.de)

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1, Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

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

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





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



**Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. vom 9. bis 12. Oktober 2019 in Mannheim

## **Deutscher Schmerzkongress 2019: Einladung zum Patiententag in Mannheim Umgang mit chronischen Schmerzen: Selbsthilfestrategien und Behandlungsoptionen**

**Mannheim, 10. Oktober 2019 – Anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses 2019 laden die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. zu einem öffentlichen Patiententag am Samstag, 12. Oktober 2019 (11.00 bis 14.00 Uhr) in Mannheim ein. Die Veranstaltung im Dorint Kongresshotel stellt das Thema Therapie chronischer Schmerzen in den Mittelpunkt. Sie ist auf den direkten Austausch zwischen Betroffenen und Experten hin ausgerichtet. Dabei werden die Behandlungsmöglichkeiten des Therapeutenteams und Selbsthilfestrategien aus der Sicht der Patienten beleuchtet. Die Teilnahme ist kostenfrei, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.**

Wie in jedem Jahr findet zum Abschluss des Deutschen Schmerzkongresses in Mannheim (9. bis 12. Oktober 2019) eine öffentliche Veranstaltung für Patienten, Angehörige und Interessierte statt. „Es ist uns wichtig, auf unserem Fachkongress in einen aktiven Dialog mit den von Schmerzen betroffenen Menschen zu treten“, sagt Professor Dr. med. Christian Maihöfner, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019 und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth. Am Samstag, den 12. Oktober können Interessierte an dem Patiententag zum Deutschen Schmerzkongress von 11.00 bis 14.00 Uhr im Dorint Kongresshotel (Raum „Ludwig van Beethoven“) teilnehmen. „An diesem Tag soll es schwerpunktmäßig um chronische Schmerzen gehen. Wir wollen zeigen, welche Möglichkeiten das Therapeutenteam anbieten kann, und dann die Perspektive wechseln und erfahren, welche Selbsthilfestrategien es aus der Sicht der Patienten gibt“, ergänzt Professor Dr. med. Till Sprenger, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019, der als Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Neurologie der DKD Helios Klinik Wiesbaden tätig ist. Durch das Programm führt Dr. med. Reinhard Sittl, Fürth.

Das Gesundheitswesen ist für die Patientinnen und Patienten da – und nicht umgekehrt“, erklärt Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. „Um die Sichtweisen der Patienten zu kennen und sie in die Behandlung sowie in die Ausgestaltung des Gesundheitswesens



einfließen zu lassen, sind Aktionen wie der Patiententag sehr wichtig. Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat zudem Anfang des Jahres den ‚Arbeitskreis Patientenorganisationen‘ gegründet, um kontinuierlich im Austausch zu sein“, so Isenberg. Der Arbeitskreis setzt sich zusammen aus Vertretern derjenigen Patientenorganisationen, die institutionelle, korrespondierende Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sind.

#### **Terminhinweis:**

#### **Öffentlicher PATIENTENTAG 2019**

**Organisation:** Ch. Maihöfner (Fürth) und T. Sprenger (Wiesbaden)

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 11.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Dorint Kongresshotel, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

Kongressprogramm und Programm des Patiententages:

<https://schmerzkongress2019.de/programm/kongressprogramm/>

#### **Weitere Informationen:**

- **Internetseiten der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V.:** [www.dmkg.de](http://www.dmkg.de)
- **schmerzApp:** erste deutschsprachige App für das iPhone oder Android-Handy mit allen relevanten Informationen und Kurzartikeln rund um das Thema Schmerz, unter anderem zu unterschiedlichen Aspekten von Schmerz, Schmerzerkrankungen und -therapien et cetera. Downloadlinks unter [www.dgss.org/schmerzapp/](http://www.dgss.org/schmerzapp/)
- **Selbsthilfegruppen:**  
SchmerzLOS e.V., [www.schmerzLOS-ev.de](http://www.schmerzLOS-ev.de)  
MigräneLiga e.V. Deutschland, [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de)  
CRPS Bundesverband Deutschland e.V., [www.crps-netzwerk.org](http://www.crps-netzwerk.org)  
Deutsche Restless Legs Vereinigung (RLS) e.V., [www.restless-legs.org](http://www.restless-legs.org)  
Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V., [www.fibromyalgie-fms.de](http://www.fibromyalgie-fms.de)
- **Patientenversion zur S3-Leitlinie Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe,** Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. und Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE): [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/145-001p\\_S3\\_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen\\_in-der-vollstationaeren-Altenhilfe\\_2018-11\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-001p_S3_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen_in-der-vollstationaeren-Altenhilfe_2018-11_1.pdf)
- **Patienteninformationen** der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. mit ausführlichen Texten sowie Link zu einem gedruckten Patientenratgeber: [www.dgss.org/patienteninformationen/](http://www.dgss.org/patienteninformationen/)
- **Patientenratgeber:** „Schmerz – eine Herausforderung“, Informationen für Betroffene und Angehörige, ISBN 978-3-662-48973-4, <https://www.dgss.org/patienteninformationen/tipp-patientenratgeber>
- **Faltblatt „Kopfschmerzen verstehen: Migräne, Spannungs-, Medikamentenkopfschmerz“,** [http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer\\_Kopfschmerzen\\_verstehen\\_akt.Version2017.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer_Kopfschmerzen_verstehen_akt.Version2017.pdf)
- **Faltblatt „Schmerzen verstehen. Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz“,** [http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer\\_Schmerzen\\_verstehen\\_Version2017\\_final.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer_Schmerzen_verstehen_Version2017_final.pdf)
- **Forschungsagenda. Perspektive Schmerzforschung in Deutschland.** [www.dgss.org/fileadmin/pdf/Forschungsagenda\\_2017\\_final.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Forschungsagenda_2017_final.pdf)

Vernetzen Sie sich mit unserer Facebook-Seite: <https://www.facebook.com/Schmerzgesellschaft/>

**Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Unter dem Kongress-Motto „Mit Gefühl zum Schmerz“ werden aktuelle Themen der Medizin wie Telemedizin und E-Health sowie schmerzmedizinsspezifische Fragestellungen wie Qualität der stationären Akutschmerztherapie, Schmerzregister, Migräneprophylaxe und neue Schmerzkonzepte behandelt. Mit etwa 60 wissenschaftlichen Symposien und Dutzenden Workshops und Seminaren deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Dagmar Arnold und Michaela Richter

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/-516

Fax: 0711 8931-167

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

[www.schmerzkongress2019.de](http://www.schmerzkongress2019.de)

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

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

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



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



**Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. vom 9. bis 12. Oktober 2019 in Mannheim

## **Erkenntnisse aus 40 Jahren Kopfschmerzforschung zu wenig/selten umgesetzt DMKG startet bundesweite Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« sowie ein Kopfschmerzregister**

**Mannheim, 10. Oktober 2019 – „Alle Kopfschmerzen lassen sich heute viel besser behandeln als noch vor zehn oder 20 Jahren“, sagt Privatdozentin Dr. med. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), die in diesem Jahr ihr 40-jähriges Bestehen feiert. Die erste und einzige deutsche medizinische Fachgesellschaft für Kopfschmerzerkrankungen kann auf vier Jahrzehnte erfolgreicher Kopfschmerzforschung und zahlreicher wegweisender Meilensteine in der Therapie von Migräne, Spannungskopfschmerz, Clusterkopfschmerzen und vielen weiteren Kopfschmerzformen zurückblicken. Ein wichtiger Schritt war die Entwicklung einer internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen, die von der DMKG aktiv mitgestaltet wurde. Erst mit dieser Systematik konnten Kopfschmerzdiagnosen besser abgesichert und Patientenkollektive für die klinische Forschung definiert werden. Heute ist es möglich, dass jeder Patient mit Kopfschmerzen eine individuelle Therapie erhalten kann – sofern sie leitliniengerecht diagnostiziert und behandelt werden. „Hier ist noch vieles zu verbessern, darum haben wir die bundesweite Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« ins Leben gerufen und starten gerade das erste deutsche Kopfschmerzregister“, so Förderreuther. Weitere Entwicklungen im Bereich der Bildgebung, in der medikamentösen Therapie und bei der Etablierung von spezialisierten Kopfschmerz-Einrichtungen stellten Experten auf der heutigen Pressekonferenz auf dem Deutschen Schmerzkongress (9. bis 12. Oktober) in Mannheim vor.**

Vor 40 Jahren wurde die Deutsche Kopfschmerz- und Migränegesellschaft (DMKG) gegründet und hat seit dieser Zeit das Thema Kopfschmerzerkrankungen aus seinem Nischendasein befreit. Heutzutage werden Patienten mit Kopfschmerzen schneller diagnostiziert und therapiert als in der Vergangenheit. Durch Forschung am Tiermodell, die Möglichkeiten der funktionellen Bildgebung am Menschen, moderne Techniken zur Bestimmung von Botenstoffen und genetische Analysen wurden nach und nach viele Schritte in der Pathophysiologie von Migräne und Clusterkopfschmerz entschlüsselt und dadurch die Grundlage für die Entwicklung spezifischer Medikamente zur

Akuttherapie und Prophylaxe geschaffen. Es sind spezielle Kopfschmerz-Schwerpunktpraxen, Spezialambulanzen und Kliniken entstanden, in denen Kopfschmerzerkrankungen heute gezielter und spezifischer behandelt werden als Jahrzehnte zuvor.

### **Die Optionen sind vorhanden – die Infrastruktur muss sich verbessern**

„Trotz aller Fortschritte benötigen wir mehr Spezialisten. Man kann und muss noch vieles an der Versorgung von Kopfschmerzpatienten in Deutschland verbessern“, betont DMKG-Präsidentin Förderreuther, „Patienten erhalten typischerweise zu viel Diagnostik und zugleich zu wenig Beratung und Therapie.“ Vor wenigen Tagen hat eine Analyse von Patienten, die in einer Spezialambulanz behandelt wurden, erneut bestätigt, dass vorbeugende Maßnahmen viel zu selten eingesetzt werden und die Empfehlungen der Therapieleitlinien zu wenig befolgt werden.

### **Bundesweite Initiative für eine bessere Kopfschmerzversorgung**

Um die Versorgung zu verbessern, hat die DMKG unter dem Motto »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« eine deutschlandweite Initiative gestartet, die das Bewusstsein für Kopfschmerzerkrankungen bei Ärzten und Patienten erhöhen soll. Denn die tatsächliche Beeinträchtigung durch die immer wiederkehrenden Attacken wird noch immer unterschätzt. Gemessen an der Häufigkeit und Belastung rangieren Kopfschmerzen weltweit auf Platz drei aller Erkrankungen, bei den unter 50-Jährigen sogar auf Platz eins. Bei circa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung sind Monat für Monat Kopfschmerztage häufiger als kopfschmerzfreie Tage. Privatdozent Dr. med. Tim Jürgens, Vizepräsident der DMKG, erklärt: „Diese Patienten sind meist aufgrund fehlender oder unzureichender vorbeugender Maßnahmen ungewollt in einen Übergebrauch von Akutmedikamenten geschlittert. Sie verstärken dadurch ihre Erkrankung, denn sie entwickeln einen Medikamenten-Übergebrauchskopfschmerz.“

Die Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« bietet mit ihrem Onlineauftritt [www.attacke-kopfschmerzen.de](http://www.attacke-kopfschmerzen.de) webbasiert Fortbildungsangebote für Ärzte sowie Weiterbildungsveranstaltungen und unterstützt den Aufbau von Kooperationen zwischen den Primärversorgern und Spezialisten. „Besonders wichtig sind uns die nicht medikamentösen und medikamentösen vorbeugenden Therapien, um die Entwicklung von Kopfschmerzen durch übermäßige Schmerzmitteleinnahme zu verhindern. Patienten, die zu viele Akutmedikamente einnehmen, fürchten meist um ihre Nieren oder die Leber. Was sie nicht ahnen, ist, dass sie viel häufiger durch die Medikamente ihren Kopfschmerz verstärken und chronifizieren“, so Förderreuther.

### **Erstes deutschlandweites Kopfschmerzregister**

Bis zum Ende des Jahres wird die DMKG zusätzlich ihr deutschlandweites Kopfschmerzregister starten, das teilnehmende Ärzte und Patienten bei der Diagnostik, Therapieplanung und Therapiekontrolle unterstützen und einen wissenschaftlichen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten wird. Privatdozentin Dr. med. Ruth Ruscheweyh, die den Aufbau des Registers betreut, erläutert: „Mit

dem Register, das durch eine Kopfschmerz-App ergänzt wird, können Patienten schon vor dem Besuch beim Arzt für die Behandlung relevante Daten zur Verfügung stellen. Dadurch bleibt mehr Zeit für die individuelle Beratung.“

#### **Literatur:**

Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. (2017). *Lancet Neurol*, 16(11): 877-897. doi:10.1016/s1474-4422(17)30299-5.

Blumenfeld AM, Bloudek LM, Becker WJ, Buse DC, Varon SF, Maglinte GA, Wilcox TK, Kawata AK, Lipton RB (2013). Patterns of use and reasons for discontinuation of prophylactic medications for episodic migraine and chronic migraine: results from the second international burden of migraine study (IBMS-II). *Headache*, 53(4): 644-655. doi:10.1111/head.12055.

Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ (2018). Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain*, 19(1): 10. doi:10.1186/s10194-018-0839-1.

Ziegeler C, Brauns G, Jürgens TP, May A. Shortcomings and missed potentials in the management of migraine patients – experiences from a specialized tertiary care center. *J Headache Pain*. 2019 Aug 1;20(1):86. doi: 10.1186/s10194-019-1034-8.

#### **Terminhinweise:**

##### **SO01 40 Jahre DMKG: Meilensteine der Migränerforschung und Therapie – wo stehen wir jetzt?**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 8.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** S. Förderreuther (München)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

##### **SO12 Kopfschmerzregister (der DMKG)**

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 8.30 bis 10.00 Uhr

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

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

##### **Öffentlicher PATIENTENTAG 2019**

**Organisation:** Ch. Maihöfner (Fürth) und T. Sprenger (Wiesbaden)

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 11.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Dorint Kongresshotel, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

Kongressprogramm und Programm des Patiententages:

<https://schmerzkongress2019.de/programm/kongressprogramm/>

#### **Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Unter dem Kongress-Motto „MitGefühl zum Schmerz“ werden aktuelle Themen der Medizin wie Telemedizin und E-Health sowie schmerzmedizinsspezifische Fragestellungen wie Qualität der stationären Akutschmerztherapie, Schmerzregister, Migräneprophylaxe und neue Schmerzkonzepte behandelt.

Mit etwa 60 wissenschaftlichen Symposien und Dutzenden Workshops und Seminaren deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Dagmar Arnold und Michaela Richter

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/-516

Fax: 0711 8931-167

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

[www.schmerzkongress2019.de](http://www.schmerzkongress2019.de)

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

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

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

**Pressestelle der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.  
und der Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen«**

c/o albertZWEI media GmbH, Oettingenstr. 25, 80538 München, Tel.: 089 4614 86-22

E-Mail: [presse@attacke-kopfschmerzen.de](mailto:presse@attacke-kopfschmerzen.de)

Pressesprecher der DMKG: PD Dr. med. Charly Gaul

»Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen«



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



Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft

Deutscher Schmerzkongress 2019

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. vom 9. bis 12. Oktober 2019 in Mannheim

## **Wenn Sport schmerzhaft wird: Was Breitensportlern und Profis hilft – und was nicht**

**Mannheim, 10. Oktober 2019 – Sport gilt als wirksame Prävention gegen Schmerzen. Wenn Sport allerdings zur Leistungssteigerung betrieben wird, geht er oftmals mit Schmerzen einher. Dehnen während oder nach dem Sport hilft bei Schmerzen oder zu Vorbeugung gegen diese/vor diesen nicht, auch Einlagen und Orthesen bringen keine Vorteile. Schmerzgels hingegen haben lindernde Effekte. Die Einnahme von Schmerzmedikamenten vor Wettkämpfen, wie etwa Marathonläufen, ist aus Expertensicht ein absolutes Tabu. Die Balance finden zwischen Belastung und Belastbarkeit, das Training reduzieren und pausieren, das rieten Experten der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., wenn beim Sport Schmerzen auftreten. Auf der Pressekonferenz am 10. Oktober beim Deutschen Schmerzkongress in Mannheim gaben sie Tipps, was bei moderaten Schmerzen hilft und was man getrost lassen kann.**

Sport und Bewegung wirken präventiv gegen Schmerzen. Bei chronischen Rücken-, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen sind sie ein fester, leitliniengesicherter Bestandteil der Therapie. Wenn sich Patienten bereits längere Zeit wenig körperlich betätigen und ihre Belastbarkeit und damit die Schmerztoleranz weit reduziert sind, ist es schwer, die Einstiegschwelle für das „Therapeutikum Sport“ zu überschreiten. „In dieser Situation helfen zusätzliche therapeutische Maßnahmen, bei denen Ärzte, Physio- und Psychotherapeuten und spezialisierte Pflegende beteiligt sind“, erklärt Dr. Paul Nilges, ehemaliger Leitender Psychologe am DRK Schmerz-Zentrum Mainz.

Was ist jedoch zu tun, wenn sportliche Aktivitäten zu Schmerzen führen, die über den meist drei bis vier Tage andauernden Muskelkater hinausgehen? Es sei kaum möglich, bei regelmäßigem und körperlich forderndem Training, Schmerz zu vermeiden, sagt Nilges. „Wird die Komfortzone verlassen, was für jede Leistungssteigerung unvermeidbar ist, kommen Beschwerden ganz zwangsläufig“. Der Experte aus Mainz, der selbst einige Jahrzehnte Marathon gelaufen ist, betont, wie wichtig es sei, eine persönliche Balance zwischen Belastung und Belastbarkeit zu finden. Beim Laufen reagiere die Muskulatur dankbar auf Belastung; bei Sehnen, Bändern und Gelenken sieht das anders aus, sie brauchen deutlich länger, um sich an gesteigerte Belastung anzupassen. Eine Überforderung dieser kann zu starken Schmerzen und Verletzungen führen, die dann beispielsweise bei einer



Sprunggelenksdistorsion (Überdehnung der Bänder im Gelenk) nur durch das PECH-Schema, also „Pause, Eis, Compression und Hochlegen“, behandelt werden kann.

Häufig wird zur Vorbeugung von Schmerz empfohlen, bei oder nach dem Sport Dehnübungen auszuführen. „Wer sich danach besser fühlt, kann das machen. Eine Evidenz dafür haben wir nicht“, weiß Nilges. Mehrere Cochrane-Reviews hätten gezeigt, dass Dehnen keinen relevanten Einfluss auf das Entstehen von Schmerzen hat. Auch für Orthesen und Einlagen fänden sich keine überzeugenden Belege, so Nilges.

Anders bei Schmerzgel: Hier kamen Cochrane-Forscher zu dem Ergebnis, dass Gels durchaus helfen, wenn eine Alltagsbewegung oder eine sportliche Aktivität mit Muskelzerrung, Verstauchung und Schmerzen endet. Nach einer Woche könne der Betroffene wieder schmerzfrei aktiv werden. Der Psychologe Nilges warnt jedoch: „Nicht gleich zur Tube greifen. Bei leichten Beschwerden sollte man die Belastung reduzieren, abwarten und die Signale des Körpers kennenlernen.“ Also nicht präventiv nur aus Angst vor möglichen Schmerzen Schmerzgel verwenden. Angst ist kein guter Begleiter und lässt viele Hobbyläufer zu Schmerzmitteln vor dem Wettkampf greifen. „Tablettenschlucken ist ein No-Go.“, betont Nilges. „Aus Untersuchungen bei Marathonläufern wissen wir, dass die Hälfte von ihnen vor dem Lauf Mittel wie Diclofenac, Ibuprofen oder Azetylsalizylsäure (Aspirin) einnehmen, was gravierende Folgen haben kann“, ergänzt Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Schmerzen haben meist eine Warnfunktion. Wird unter dem Einfluss von Schmerzmitteln gelaufen, dann werden Gelenke und Muskeln überlastet. Die Verletzungsgefahr steigt und zudem schädigen die Substanzen die Blutgefäße, was zu Darmblutungen und Nierenversagen führen kann. „Unser Appell an Sportlerinnen und Sportler ist: Hände weg von dieser Form des Medikamentenmissbrauchs“, sagt Isenberg.

Ein bisschen Schmerz darf sein, so das Fazit von Nilges. Regelmäßiger Sport (zur Verbesserung von Ausdauer und Kraft) wirkt lebensverlängernd und schützt vor Gebrechlichkeit im Alter. Auch auf die Psyche und die „Selbstwirksamkeitsüberzeugung“, also das Wissen, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können, sind die Auswirkungen positiv. „Wer körperlich aktiv ist, Sport treibt und/oder sich viel bewegt, kann mit anderen Belastungen des Lebens besser umgehen und erhöht seine Lebensqualität“, weiß der Psychologe.

#### **Literatur:**

Brett, R. et al. Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms. JAMA Psychiatry 2018.

Chakravarty, E.F. et al. Reduced Disability and Mortality Among Aging Runners A 21-Year Longitudinal Study. Arch Intern Med. 2008;168(15):1638-1646

Cochrane. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults.

Cochrane. Interventions for preventing lower limb soft-tissue running injuries.

Hviid, J.-C. T. et al. Walking increases pain tolerance in humans an experimental cross-over study. Scan. J. Pain online

Küster M. et al. Consumption of analgesics before a marathon and the incidence of cardiovascular, gastrointestinal and renal problems: a cohort study. BMJ Open 2013; Apr 19

**Terminhinweise:**

Thema: Psychologische Schmerztherapie

**SY06 – Schmerz und Schmerzbewältigung bei Sportlern**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 10.30 bis 12.00 Uhr

**Vorsitz:** W. Eich (Heidelberg)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**Öffentlicher PATIENTENTAG 2019**

**Organisation:** Ch. Maihöfner (Fürth) und T. Sprenger (Wiesbaden)

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 11.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Dorint Congresshotel, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

Kongressprogramm und Programm des Patiententages:

<https://schmerzkongress2019.de/programm/kongressprogramm/>

**Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Unter dem Kongress-Motto „MitGefühl zum Schmerz“ werden aktuelle Themen der Medizin wie Telemedizin und E-Health sowie schmerzmedizinspezifische Fragestellungen wie Qualität der stationären Akutschmerztherapie, Schmerzregister, Migräneprophylaxe und neue Schmerzkonzepte behandelt. Mit etwa 60 wissenschaftlichen Symposien und Dutzenden Workshops und Seminaren deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Dagmar Arnold und Michaela Richter

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/-516, Fax: 0711 8931-167

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

[www.schmerzkongress2019.de](http://www.schmerzkongress2019.de)

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1, Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

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

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



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



**Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V. vom 9. bis 12. Oktober 2019 in Mannheim

## **Schmerzen erkennen, erfassen und professionell behandeln**

**Patienten in Kliniken profitieren von Pflegenden mit Schmerzbehandlungskompetenz**

**Mannheim, 10. Oktober 2019 – Schmerzen, die nach Operationen auftreten oder durch chronische Erkrankungen hervorgerufen werden, sind für Patienten eine starke Belastung. Gleichzeitig stellen sie Mediziner und Pflegekräfte in der Klinik, der ambulanten und stationären Langzeitversorgung oder in Hospizen vor eine große Herausforderung. Um zu vermeiden, dass die Schmerzen anhalten und/oder chronisch werden, ist ein umfassendes Schmerzmanagement notwendig. Sogenannte pflegerische Schmerzexperten haben diese Expertise. Sie tragen entscheidend zu einer individuellen Schmerztherapie und damit zu einer besseren Behandlungsqualität bei. Wie und in welchem Umfang sie bislang in deutschen Kliniken tätig sind, diskutierten Experten der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. auf der heutigen Pressekonferenz auf dem Deutschen Schmerzkongress (9. bis 12. Oktober) in Mannheim.**

In der Medizin gibt es heute viele Möglichkeiten, Schmerzen gut und sicher zu behandeln. Experten sehen es daher kritisch, dass rund ein Viertel der Patienten unter starken postoperativen Schmerzen leidet und etwa die Hälfte über mäßig starke bis leichte Beschwerden klagt. „Eine unzureichende Behandlung akuter Schmerzen ist nicht nur qualvoll für den Patienten, es steigt auch die Gefahr, dass seine Beschwerden chronisch werden“, sagt Professor Dr. med. Claudia Sommer, Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und Leitende Oberärztin und Schmerzforscherin an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Uniklinikums Würzburg. Das Ziel, chronische Schmerzen zu verhindern und damit die Genesung zu fördern und die Lebensqualität des Patienten zu steigern, werde im Klinikalltag und auch in Pflegeeinrichtungen nicht immer erreicht, so die Expertin. Wenn Pflegendе über eine entsprechende Schmerzbehandlungskompetenz verfügten, könne die Versorgung der Patienten entscheidend verbessert werden, ist sie überzeugt. Seit fast 15 Jahren gibt es speziell auf das Thema Schmerz ausgerichtete Weiterbildungen für examinierte Pflegekräfte. Pain Nurse, Pain Care Manager oder Algesiologische Fachassistenz in der Pflege sind die Bezeichnungen, unter denen schmerzbehandlungserfahrene Pflegendе tätig sind. Ihre Zahl beträgt derzeit etwa 25 000.

„Schmerzbehandlung ist eine interprofessionelle Aufgabe. In der Schmerztherapie geschulte Pflegekräfte tragen maßgeblich dazu bei, dass Patienten weniger unter Schmerzen leiden“, betont Sommer. Ihre Nähe zum Patienten und der kontinuierliche Kontakt prädestiniere Pflegende für diese Aufgabe. Die Pain Nurse erlernt in der Weiterbildung, im Gespräch mit dem Patienten dessen Schmerzen einzuschätzen und zu dokumentieren. Auch die Erfassung schmerzbezogener Verhaltensweisen bei Patienten, die sich sprachlich nicht konkret äußern können (beispielsweise Menschen mit Demenz), stellen eine wichtige Aufgabe der pflegerischen Experten dar. Wird deutlich, dass die Schmerzmedikation nicht adäquat ist, kann die Pain Nurse entsprechend des hausinternen Schmerzstandards oder in Absprache mit dem Arzt die Medikation anpassen. Das ist eine wichtige Voraussetzung, damit der Patient zeitnah eine angemessene Schmerztherapie erhält. Pain Nurses kennen die Wirkungen und Nebenwirkungen einer medikamentösen Schmerzbehandlung und sind auch mit nicht medikamentösen Maßnahmen vertraut.

In wie vielen Kliniken pflegerische Schmerzexperten (PSE) tätig sind, welche Aufgaben sie haben und in welchen klinischen Versorgungsbereichen sie tätig sind, zeigt eine in der Fachzeitschrift *Der Schmerz* veröffentlichte Untersuchung. An einer Online-Befragung in Deutschland nahmen 374 Pflegedirektoren und Pflegedienstleitungen teil. Für die Auswertung wurden die Krankenhäuser nach Größe eingeteilt: klein mit bis zu 199 Betten, mittel mit 200 bis 699 Betten und groß mit 700 und mehr Betten. Ihre Auskünfte zum Einsatz pflegerischer Schmerzexperten und zu deren Aufgabenprofil haben folgendes Bild ergeben: In 70,6 Prozent der Häuser werden PSE eingesetzt. Alle großen Krankenhäuser beschäftigen pflegerische Schmerzexperten, kleine Häuser bis zu gut 50 Prozent. Eingesetzt werden sie bei Letzteren häufiger auf allgemeinen Pflegestationen, in großen Krankenhäusern in Akutschmerzdiensten oder auf Intensivstationen.

Schriftliche Aufgabenbeschreibungen liegen in 42,2 Prozent der Häuser vor. Zu den Hauptaufgaben der pflegerischen Schmerzexperten gehört die Versorgung von Patienten mit invasiven Schmerztherapieverfahren (37,1 Prozent) und mit komplexen Schmerzproblemen in operativen Abteilungen (33,2 Prozent). Als weitere Tätigkeiten wurden genannt: die Beratung von Patienten und Angehörigen, die Schulung der pflegerischen Kollegen und die Teilnahme an Qualitätszirkeln zum Thema Schmerz. „Die Studie gibt uns einen ersten Einblick in die Thematik. Die Verbreitung der pflegerischen Schmerzexperten legt nahe, dass die Bedeutung dieser Qualifikationen in den Kliniken als hoch eingestuft wird“, ordnet Sommer die Ergebnisse ein.

„Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf ein bestmögliches Schmerzmanagement, sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeeinrichtungen“, so Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Deshalb ist es wichtig, die Rolle und die Expertise der nicht ärztlichen Heilberufe, beispielsweise bei den Pflegeberufen, rund um das Thema Schmerz zu stärken. Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat dazu spezielle Curricula erarbeitet, auch im Bereich der Pflege.

Grundlage für die schmerzbezogene Weiterbildung für Pflegeexperten ist ein Curriculum der Deutschen Schmerzgesellschaft, das derzeit von einer Ad-hoc-Kommission überarbeitet wird. Es wurde vom Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerzmedizin entwickelt und gilt als Weiterbildungsstandard zur zertifizierten Algesiologischen Fachassistenz. „Kompetente und qualifiziert weitergebildete pflegerische Schmerzexperten leisten einen wichtigen Beitrag für eine professionelle Versorgung, die Patienten mit Schmerzen in Krankenhäusern oder Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen zugutekommt“, fasst Isenberg zusammen.

#### **Literatur:**

Boche R, Nestler N, Erlenwein J, Pogatzki-Zahn E: Pflegerische Schmerzexperten an deutschen Kliniken. Eine Erfassung zu Tätigkeitsprofilen und Aufgaben. Der Schmerz 2018; 32(1):48–55. <https://doi.org/10.1007/s00482-017-0260-8>. Online publiziert: 8. Januar 2018.

#### **Terminhinweise:**

Thema: Pain nurse / Schmerzmanagement in der Pflege: Welcher Beitrag kann geleistet werden?

**SY19 – Die Rolle der pflegerischen Schmerzexpert\*innen – aktuelle und zukünftige Perspektiven**

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 15.30 bis 17.00 Uhr

**Vorsitz:** N. Nestler (Salzburg, AT)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Franz Xaver Richter“

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

#### **Poster-Session**

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 14.15 bis 15.15 Uhr

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Foyer Ebene 1

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**P02.06 Pflegerische Schmerzexpert\*innen im Krankenhaus – wo sind sie und was sind ihre Aufgaben?**

R. Boche (Münster), N. Nestler (Salzburg, AT)

**P02.07 Aufgaben pflegerischer Schmerzexpert\*innen in der Altenhilfe**

N. Nestler (Salzburg, AT), R. Boche (Münster)

#### **Öffentlicher PATIENTENTAG 2019**

**Organisation:** Ch. Maihöfner (Fürth) und T. Sprenger (Wiesbaden)

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2018, 11.00 bis 14.00 Uhr

**Ort:** Dorint Congresshotel, Raum „Ludwig van Beethoven“

**Anschrift:** Friedrichsring 6, 68161 Mannheim

Kongressprogramm und Programm des Patiententages:

<https://schmerzkongress2019.de/programm/kongressprogramm/>

#### **Zum Deutschen Schmerzkongress:**

Der jährlich stattfindende Deutsche Schmerzkongress reflektiert die enorme Bedeutung des Symptoms Schmerz in sämtlichen Bereichen der Medizin und das stetige Bemühen der Schmerzexperten, den Schmerz wirksam(er) zu bekämpfen. Unter dem Kongress-Motto „MitGefühl zum Schmerz“ werden aktuelle Themen der Medizin wie Telemedizin und E-Health sowie schmerzmedizinspezifische Fragestellungen wie Qualität der stationären Akutschmerztherapie, Schmerzregister, Migräneprophylaxe und neue Schmerzkonzepte behandelt. Mit etwa 60 wissenschaftlichen Symposien und Dutzenden Workshops und Seminaren deckt der Schmerzkongress das gesamte Themenspektrum der Schmerzdiagnostik und -therapie ab. Rund 2000 Teilnehmer – Mediziner verschiedener Fachgebiete, Psychologen, Pfleger, Physiotherapeuten, Apotheker und andere – werden erwartet.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

**Kongress-Pressestelle**

Deutscher Schmerzkongress 2019

Dagmar Arnold und Michaela Richter

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/-516

Fax: 0711 8931-167

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

[www.schmerzkongress2019.de](http://www.schmerzkongress2019.de)

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin

Telefon: 030 39409689-1

Fax: 030 39409689-9

Mobil: 0171 7831155

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

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

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **„MitGefühl zum Schmerz“ – mit Empathie und Achtsamkeit zu einer erfolgreichen Schmerztherapie**

Professor Dr. med. Christian Maihöfner, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019 und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth

und

Professor Dr. med. Till Sprenger, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der DKD Helios Klinik Wiesbaden

Wir haben für den diesjährigen Schmerzkongress das Motto „MitGefühl zum Schmerz“ gewählt. Dieses Motto ist bewusst doppeldeutig. Zum einen betrifft dies den Aspekt, dass man sich „mit Gefühl“ der Schmerzmedizin nähern kann. Zum anderen kann es den Aspekt „Mitgefühl für Schmerzpatienten“ betreffen. Das Motto zieht sich wie ein roter Faden durch das Programm des diesjährigen Schmerzkongresses.

In den Neurowissenschaften gab es in den letzten 15 Jahren eine revolutionäre Entdeckung: die Entdeckung von sogenannten Spiegelneuronen. Diese Nervenzellen unseres Gehirns sind die Basis für wichtige therapeutische Interventionen in der Schmerzmedizin, zum Beispiel für die Spiegeltherapie bei Nervenschmerzen. Darüber hinaus sind sie ein wichtiges neuronales Element für Empathie und Mitgefühl. Beide Aspekte sind in der Schmerzmedizin heutzutage nicht mehr wegzudenken. Spiegelneurone simulieren – vereinfacht gesagt – im Gehirn beobachtender Menschen die Reizverarbeitungsprozesse, welche im Gehirn betroffener Menschen, zum Beispiel von Schmerzpatienten, ablaufen.

Empathie charakterisiert das Einfühlungsvermögen in andere, aber auch sich selbst. Damit ist Empathie ein wichtiger Bestandteil zur Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen, zum Beispiel zwischen Arzt und Patient. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient wiederum kann das Outcome einer medizinischen Behandlung substanziell beeinflussen, ferner kann Empathie die Bereitschaft von Patienten erhöhen, sich aktiv in den therapeutischen Prozess einzubringen, und auch die Patientenzufriedenheit kann hiermit verbessert werden. Aber auch innerhalb des medizinischen Personals kann eine empathische Kommunikation die Arbeitszufriedenheit stärken. Andererseits gibt es auch Hinweise, dass ein Zuviel an Empathie selbst Stress verursachen kann. Im stressigen Medizinalltag und Umfeld ist ein empathisches Miteinander von Therapeuten und Patienten zudem nicht immer einfach – aber Empathie und Mitgefühl können trainiert werden. Auch Medikamente können die Empathieempfindung von Menschen beeinflussen.

Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren haben in den letzten Jahren erhebliche Aufmerksamkeit erlangt. Bei der Achtsamkeit findet eine Konzentration auf den gegenwärtigen Moment und Zustand statt. Es wird vermutet, dass Achtsamkeit auch Empathie verstärken kann. Verschiedene Studien



haben bereits ermutigende Resultate zur Anwendung achtsamkeitsbasierter Interventionen in der Therapie chronischer Schmerzen wie zum Beispiel der Fibromyalgie gezeigt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2019

Kongressbestandteile zu den Themen Empathie und Achtsamkeit am Deutschen Schmerzkongress:

**Festvortrag „MitGefühl zum Schmerz“**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 17.30 bis 19.00 Uhr

**Vorsitz:** Pater Anselm Grün

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**Präsidentensymposium**

- **Achtsamkeit und Spiritualität und der Umgang mit Schmerz** – N. Kohls (Coburg)
- **MiniMax-Interventionen – minimale Interventionen mit maximaler Wirkung** – M. Prior (Kriftel bei Frankfurt)

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 10.30 bis 12.00 Uhr

**Vorsitz:** Ch. Maihöfner (Fürth), T. Sprenger (Wiesbaden)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Symposien:

**SY01 – Wie wichtig und möglich ist Empathie in der postoperativen Akutschmerzbehandlung?**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 08.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** R. Klinger (Hamburg), W. Meißner (Jena)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**SY12 – MitGefühl für vulnerable Personengruppen mit Schmerzen – „IASP Global Year“-Thema**

**Termin:** Freitag, 11. Oktober, 08.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** M. Laekeman (Bochum)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**SY24 – Wie ist das Mit dem Gefühl bei Patienten mit Migräne? Sensorik oder „das Problem mit den Schwellen“ und Konsequenzen für die Therapie**

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 17.30 bis 19.00 Uhr

**Vorsitz:** K. Lütke (Lübeck)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Raum „Franz Xaver Richter“

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**SY21 – „MitGefühl“ die Kommunikation und Edukation in der Schmerztherapie gestalten**

**Termin:** Freitag, 11. Oktober 2019, 17.30 bis 19.00 Uhr

**Vorsitz:** D. Seeger (Göttingen)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**SY30 – Digitalisierung in der Schmerzmedizin: das Ende der Empathie?**

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 08.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** C. Nau (Lübeck)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**SY33 – Mechanismen der Placebowirksamkeit bei Schmerz: Welche Rolle spielt die Empathie?**

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 12.30 bis 14.00 Uhr

*Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses  
der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)  
Donnerstag, 10. Oktober 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Mannheim*

**Vorsitz:** C. Hermann (Gießen)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Poster Session:

**P04 – Empathie, Achtsamkeit und Schmerz / Psychologische Schmerztherapie**

**Termin:** Samstag, 12. Oktober 2019, 14.15 bis 15.15 Uhr

**Vorsitz:** H. Lucius (Schleswig)

**Ort:** Congress Center Rosengarten Mannheim, Foyer Ebene 1

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Workshops:

**Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn**

**Termin:** Donnerstag, 10. Oktober 2019, 08.30 bis 10.00 Uhr

**Vorsitz:** H. Lucius (Schleswig)

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

**Anschrift:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Ein bisschen Schmerz darf sein – Muskelkater, Krämpfe, Entzündungen. Was tun, wenn Sport wehtut: Schmerz und Schmerzbewältigung im Breiten- und Leistungssport**

Dr. Dipl. Psych. Paul Nilges, ehemaliger Leitender Psychologe am DRK Schmerz-Zentrum Mainz

Breitensport ist zunächst und vor allem eine wirksame Prävention **gegen** Schmerzen. In jedem Lebensalter sind Bewegung, Kraft und Ausdauer sinnvoll. Bei einigen Krankheiten und den wichtigsten Formen chronischer Schmerzen – Rücken-, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen – ist Sport fester Bestandteil der Therapie, eine vielfach durch Leitlinien abgesicherte starke Empfehlung. Auch bei psychischen Belastungen, etwa durch eine Depression, konnte in Metaanalysen der positive Effekt körperlicher Aktivität nachgewiesen werden.

Gesichert ist auch, dass körperliche Defizite an Ausdauer und insbesondere im höheren Alter an Kraft wesentlich zur Entstehung chronischer Schmerzen beitragen. Dies gilt auch für kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes Typ 2, Zusammenhänge, die durch die Forschung gut belegt sind.

Das Dilemma: Durch mangelnde Bewegung, fehlende Kraft und Ausdauer werden die Belastbarkeit und damit die Schmerztoleranz regelmäßig so weit reduziert, dass bereits übliche Alltagsaktivitäten zu Schmerzen führen und vermieden werden. Die Schwelle für Sport und systematisches körperliches Training wird dadurch zusätzlich höher. Überhaupt anzufangen und dabeizubleiben wird immer schwerer. In dieser Situation sind zusätzliche therapeutische Maßnahmen notwendig, die in der Regel durch die Zusammenarbeit in interdisziplinären multimodalen Programmen mit Ärzten, Physio- und Psychotherapeuten sowie spezialisierter Pflege möglich sind.

Für akuten Schmerz im Breiten- oder Leistungssport sind vor allem medizinische und physiotherapeutische Aspekte wichtig. Typische Fragen von Betroffenen sind:

- Wie kann ich Schmerzen vermeiden?
- Was bedeutet mein Schmerz?
- Wie viel Schmerz ist normal?
- Wann sollte ich aufhören?
- Wie lange soll ich pausieren?
- Was hilft mir?

Schmerz zu vermeiden ist bei regelmäßigem und körperlich forderndem Training kaum möglich. Wird die Komfortzone verlassen, ein für Leistungssteigerungen notwendiger Schritt, sind Beschwerden fast zwangsläufig die Folge. Gezielte Anreize sind zur Verbesserung von Kraft und Ausdauer notwendig. Das „Spiel mit den eigenen Grenzen“ – länger laufen, schneller werden, Gewichte steigern – ist nicht nur ein notwendiger körperlicher Trainingsreiz, es ist auch eine wesentliche Quelle für Motivation und

Konstanz im Sport – und manchmal eben auch schmerzhaft. Schmerzen sind normal, die eigenen Grenzen zu testen, kennenzulernen und zu erweitern, erhöht die Schmerztoleranz, wie bei Triathleten nachgewiesen werden konnte.

Für verschiedene Sportarten werden zwar unterschiedliche und teils sehr spezifische Empfehlungen ausgesprochen. Als übergeordnetes Prinzip lässt sich allerdings festhalten: Ziel ist, die persönliche Balance zwischen Belastung und Belastbarkeit zu finden. Insbesondere die unterschiedlichen Regenerations- und biologischen Reaktionszeiten der verschiedenen körperlichen Prozesse, Strukturen und Gewebe zu beachten, ist hierfür entscheidend. Während unsere Muskulatur recht dankbar auf Belastungen reagiert und beispielweise beim Lauftraining dadurch schnell Erfolge erzielt werden, reagieren Sehnen, Bänder und Gelenke deutlich langsamer. Damit verbunden ist die Gefahr, genau diese Komponenten zu überfordern. Aus gutem Grund wird etwa empfohlen, für einen ersten Marathon mindestens ein Jahr Vorbereitungs- und Trainingszeit einzuplanen. Dieser Zeitraum ist notwendig, damit alle und nicht nur die muskulären Anteile beim Laufen ausreichend Entwicklungsmöglichkeiten haben. Muskelkater wird als harmlose Begleiterscheinung meist akzeptiert und verschwindet in der Regel nach drei bis vier Tagen. Schmerzen an Sehnen, Bändern und Gelenken dagegen können ausgesprochen hartnäckig und sehr schmerzhaft werden. Für den „Supergau“ beim Laufsport – Sprunggelenksdistorsion – ist die klare Empfehlung PECH. Pause, Eis, Compression, Hochlegen.

Zur Prävention von Schmerz vor, bei oder nach Sport wird meist Dehnen empfohlen. Das Resultat mehrerer Cochrane-Reviews ist ernüchternd: „The evidence from randomised studies suggests that muscle stretching, whether conducted before, after, or before and after exercise, does not produce clinically important reductions in delayed onset muscle soreness in healthy adults.“ Wer sich danach allerdings besser fühlt, sollte es durchaus fortführen. Für Orthesen, Einlagen und ähnliche technische Hilfsmittel finden sich ebenfalls keine überzeugenden Belege.

Als wirksam zur Vorbeugung von Muskelkater hat sich dagegen die Per Mertesacker'sche Eistonne erwiesen. Nach anstrengendem Sport kurz in kaltes Wasser einzutauchen, hat einen deutlichen Effekt für die Schmerzen – allerdings erst mit einem Tag Verspätung. Dafür ist die Wirkung bis zu drei Tagen nachweisbar. Problem: Wer hat schon eine Eistonne zu Hause? Für den Breitensport ist diese Maßnahme eher die Ausnahme, im Leistungssport dagegen sinnvoll und in vielen Trainingszentren schon umgesetzt.

Auch für Schmerzgels gibt es inzwischen Wirksamkeitsbelege. Das deutsche Büro der Cochrane Stiftung stellt dazu mit Verweis auf eine systematische Übersichtsarbeit fest: „Wenn also eine Alltagsbewegung oder sportlicher Ehrgeiz mit Muskelzerrung, Verstauchung und Schmerzen endet, sind Gels ein probates Mittel, um nach einer Woche wieder neu und schmerzfrei durchzustarten.“

<http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/14651858.CD007402.pub3/full>

Allerdings sollten Sportler und Sportlerinnen auch in diesen Fällen nicht aus Angst, „ausgebremst“ zu werden beziehungsweise das geplante Training unterbrechen zu müssen, gleich zur Tube greifen. Die Belastung zu reduzieren, abzuwarten und die Signale des Körpers kennenzulernen, ist bei leichteren Beschwerden sinnvoll. Der Orthopäde Gordon Waddell ist überzeugt, dass die Angst vor Schmerz schlimmer ist als der Schmerz selbst. Das trifft auch für Menschen zu, die Breiten- oder Leistungssport betreiben.

An der Grenze zum Leistungssport bewegen sich viele Hobbyläufer, die mehrere Marathons im Jahr absolvieren. Während ein gut dosiertes Vorbereitungstraining gesund und sinnvoll ist, ist ein Marathon selbst schädlich für den Körper. Regenerationszeiten von mindestens sechs Wochen nach einem solchen Lauf werden deshalb empfohlen. Falscher Ehrgeiz und Fehlinformationen sind weit verbreitet. Bei einer Umfrage unter 4 000 Marathonläufern in Bonn vor dem Start stellte sich heraus, dass mehr als die Hälfte „präventiv“ Schmerzmittel eingenommen hatte, um den erwarteten Schmerz mit Medikamenten zu überdecken. Vermutlich aber eher, um die eigenen Ängste vor Schmerz zu kontrollieren. „Tablettenschlucken ist ein No-Go. Läuferinnen und Läufer haben nichts davon.“ Wenn Schmerzen die sportliche Aktivität beeinträchtigen, bei Bewegung beziehungsweise Belastung nicht besser werden, sondern zunehmen, sollte die Belastung reduziert und eine Pause von zunächst einer Woche eingelegt werden. Typische „Laufprobleme“ durch Überforderung sind Schmerzen und Verdickungen der Achillessehnen, Reizungen und Entzündungen im Bereich der Schienbeine, Fuß- und Gelenkschmerzen. Diese Probleme können zeitlich limitiert bei den meisten Aktiven auftreten, bei anhaltenden Beschwerden und zunehmenden Schmerzen ist eine ärztliche Untersuchung der sinnvolle nächste Schritt.

Regelmäßiges Laufen wirkt lebensverlängernd, frühzeitiges Krafttraining verzögert die Entwicklung von Gebrechlichkeit. Unser Körper ist auf einen Wechsel zwischen Aktivität und Ruhe gepolt. Bewegung und Trainingserfolge verbessern nicht nur Kraft und Ausdauer, sie fördern gleichzeitig die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, eine entscheidende Variable für den Umgang auch mit den Belastungen des Lebens und für eine bessere Lebensqualität.

In England gegründet wurde die „parkrun“-Bewegung, die inzwischen an über 600 Orten Aktivitäten organisiert. Auch in Deutschland sind inzwischen an die 30 Standorte bekannt. Menschen aller Altersgruppen treffen sich dabei zum gemeinsamen Laufen und/oder Walken. Dieses niedrigschwellige Angebot ist geeignet, körperlich fit zu bleiben, und zudem für viele der erste Schritt hin zu ambitionierter sportlicher Aktivität.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2019

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Hoffnung oder Hype? Wie gut wirken CGRP-(Rezeptor-)Antikörper gegen Migräne?**

Dr. med. Charly Gaul, Pressesprecher der DMKG, Ärztlicher Direktor, Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein

Migränepatienten leiden unter wiederkehrenden mittelstarken bis starken Kopfschmerzepisoden mit typischer Begleitsymptomatik (zum Beispiel Übelkeit, Licht-/Lärmempfindlichkeit). Solche Attacken können die Lebensqualität – vor allem bei häufigem Auftreten – erheblich einschränken. Etwa 18 Millionen Menschen sind in Deutschland von Migräne betroffen.

Nachdem viele Jahre keine neuen Substanzen zur Migräneprevention zugelassen wurden, stehen nun mit Erenumab, Galcanezumab und Fremanezumab gleich drei neue, sehr wirksame, aber auch teure Therapieoptionen zur vorbeugenden Behandlung von Migräneattacken zur Verfügung.

Bereits in den 1980er-Jahren wurde CGRP (Calcitonin gene-related peptide) als wichtiger Botenstoff im Rahmen der Verarbeitung von Schmerzreizen im Kopf-Hals-Bereich und bei Migräne beschrieben. Nach 30 Jahren Forschung stehen nun Antikörper gegen dieses Neuropeptid beziehungsweise dessen Rezeptor zur Verfügung, die bei einmal monatlicher (oder sogar nur quartalsweiser) Injektion die Migräneattackenfrequenz deutlich reduzieren können. Erstmals stehen damit Substanzen zur Verfügung, die speziell für die Migräne entwickelt wurden und zielgerichtet in den Mechanismus der Attackenentstehung eingreifen. Die therapeutischen Möglichkeiten bei Migräne werden damit um eine sinnvolle und sehr wirksame Option erweitert.

In Studien zeigte sich mit einer 50-Prozent-Reduktion der Attackenhäufigkeit bei jedem zweiten Patienten eine überzeugende Wirksamkeit der CGRP-(Rezeptor-)Antikörper. Doch auch mit diesen neuen Möglichkeiten kann die Migräne nicht geheilt werden, das Auftreten von Attacken häufig nicht vollständig unterdrückt werden. Insofern bleibt selbst mit den neuen CGRP-(Rezeptor-)Antikörpern noch Raum für zukünftige Verbesserungen beziehungsweise Forschung, die klärt, warum nur ein Teil der Patienten anspricht. Biomarker könnten uns eventuell in Zukunft helfen, bereits vor Therapie Patienten zu identifizieren, die besonders von einer Therapie profitieren.

Die Kurzzeitverträglichkeit dieser neuen Medikamente erscheint exzellent, allerdings liegen zur Langzeitverträglichkeit nur begrenzte Erfahrungen vor. Da das durch die Antikörper blockierte Molekül CGRP nahezu überall im Körper vorkommt und insofern Effekte an Organen denkbar sind, die eigentlich mit Migräne nichts zu tun haben, werden zusätzliche Langzeiterfahrungen in Zukunft helfen, besser zu verstehen, welche Patientengruppen geeignet beziehungsweise welche weniger geeignet für eine entsprechende Antikörpertherapie bei Migräne sind.

Bislang erfolgte eine medikamentöse Migräneprevention in Tablettenform oder durch Botulinumtoxininjektion. Auch diese Optionen behalten trotz der neuen Möglichkeiten ihre Bedeutung. Hier ist eine etwa ebenso gute Wirksamkeit wie bei den neuen monoklonalen Antikörpern gegeben, bei durchschnittlich etwas schlechterer Verträglichkeit. Dafür liegen zu diesen älteren Substanzen sehr umfangreiche Erfahrungen zur Langzeitsicherheit vor, was vor allem für Patienten mit relevanten Vorerkrankungen zum Beispiel im kardiovaskulären System eine wichtige Bedeutung besitzt. Insofern können wir uns glücklich schätzen, nun im klinischen Alltag sowohl die neuen als auch die etablierten Optionen zur Verfügung zu haben.

Zu bedenken ist bei den neuen Antikörpern auch der im Vergleich zu den älteren Medikamenten relativ hohe Preis. Da Migräne eine häufige Erkrankung darstellt, ist hier ein gezielter Einsatz bei Patienten notwendig, die zum Beispiel nicht auf die etablierten Prophylaktika ansprechen, Kontraindikationen besitzen oder hiermit Nebenwirkungen entwickelten.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2019



## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Nervenschmerzen – oft unerkant oder schlecht therapiert: was die neue Leitlinie zu neuropathischen Schmerzen empfiehlt**

Prof. Dr. med. Claudia Sommer, Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., Leitende Oberärztin und Schmerzforscherin an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Uniklinikums Würzburg

und

Professor Dr. med. Christian Maihöfner, Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019 und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth

Nervenschmerzen (sogenannte neuropathische Schmerzen) stellen ein bedeutendes medizinisches Problem dar.

Neuropathische Schmerzen sind Schmerzen, die als direkte Folge einer Schädigung von Nerven entstehen können. Häufige Beispiele sind Schmerzen bei einer Gürtelrose, nach Schlaganfall, Nervenschmerzen bei Diabetes mellitus oder manche Formen von Rückenschmerzen. Die Häufigkeit von Nervenschmerzen liegt ungefähr bei drei bis fünf Prozent der gesamten Bevölkerung. Die Schmerzen sind oft schwer zu diagnostizieren und auch die Therapie gilt als schwierig.

Die neue Leitlinie „Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen“ fasst nun das Wissen über die Diagnostik und Therapie von Nervenschmerzen ganz aktuell zusammen. Die Leitlinie betont, dass die ausführliche Befragung der Patienten und eine genaue klinische Untersuchung essenziell sind. Es wird auch auf die Wertigkeit verschiedener Untersuchungsverfahren eingegangen. In Ergänzung zu den neurophysiologischen Testverfahren, die standardmäßig in der Neurologie zum Nachweis von Schädigungen des peripheren oder zentralen Nervensystems eingesetzt werden, kann heute auch die Bildgebung (Kernspintomografie, Ultraschall) nicht nur in Gehirn und Rückenmark, sondern auch in der Peripherie die zu den neuropathischen Schmerzen führende Schädigung identifizieren. Zudem können bei speziellen Fragestellungen vor allem auch die Quantitativ-Sensorische Testung (QST) und eine Hautbiopsie weiterhelfen. Weitere Testverfahren, insbesondere zum Nachweis einer selektiven Schädigung der kleinen schmerzleitenden Nervenfasern, sind meist sehr aufwendig oder stehen nur in speziellen Klinikeinrichtungen zur Verfügung.

Die Therapie zielt neben einer Schmerzlinderung auch auf eine Verbesserung in psychosozialen Bereichen ab. Dazu zählen eine Verbesserung der Lebensqualität, der Schlafqualität, der Erhaltung der sozialen Aktivität und des sozialen Beziehungsgefüges, die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und eine Verbesserung der Funktionalität. Für die medikamentöse Therapie steht eine Reihe von Präparaten zur Verfügung. Die Gabe von Pregabalin oder Gabapentin, trizyklischen Antidepressiva und Duloxetin ist jeweils erste Wahl innerhalb der Zulassungen. Topische Therapieformen wie Lidocain oder Capsaicin werden jeweils als zweite Wahl innerhalb der Zulassungen eingeordnet, Opioiden gelten als dritte Wahl. Auch Botulinumtoxin hat bei lokalen neuropathischen Schmerzen eine Wirksamkeit gezeigt (dritte Wahl, off-label). Eine relativ einfach einzusetzende nicht medikamentöse Methode stellt die

transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) dar, die ebenfalls im Einzelfall eingesetzt werden kann. In therapierefraktären Fällen können Cannabinoide erwogen werden. Schließlich sind die multimodale Schmerztherapie und eine Schmerzpsychotherapie bei chronischen, schwer zu behandelnden neuropathischen Schmerzen wichtige Therapieoptionen.

Sehr erfreulich ist bei der aktuellen Leitlinie, dass sie im Vergleich zu der früheren Version eine insgesamt höhere methodische Qualität aufweist, da es sich um eine sogenannte „S2k-Leitlinie“ handelt. Dies bedeutet, dass sich eine repräsentative Expertengruppe intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt hat und eine strukturierte Konsensusbildung vorgenommen hat.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Mannheim, Oktober 2019

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Christian Maihöfner  
Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019  
und Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth



### **Ausbildung und beruflicher Werdegang:**

- 1993–2000 Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und dem Imperial College in London
- 2000–2001 Arzt im Praktikum (AiP) an der Neurologischen Universitätsklinik Erlangen
- 2001–2002 Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Physiologie und Experimentelle Pathophysiologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- 2001 Dissertation („summa cum laude“)
- 2002–2007 Assistenzarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Erlangen
- 2004 Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten
- 2007 Anerkennung als Facharzt für Neurologie
- 2007 Ernennung zum geschäftsführenden Oberarzt des Zentrums für interdisziplinäre Schmerztherapie und Oberarzt der Neurologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg
- 2009 Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- 2011 Ernennung zum Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg
- 2013 Master of Health and Business Administration (MHBA)
- 2013 Zusatzbezeichnung „Geriatric“
- 2013 Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth
- 2015 Zusatzbezeichnung „Neurologische Intensivmedizin“

### **Schwerpunkte:**

neurologische Schmerzmedizin, Kopfschmerzen, neuropathischer Schmerz, CRPS, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Neuroimmunologie, Morbus Parkinson

**Sonstiges:**

- über 200 Publikationen und Buchbeiträge
- über 300 Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen
- Vorsitzender der Posterkommission für den Deutschen Schmerzkongress
- Mitglied und Sprecher der Kommission „Kongressfortbildung“ der Deutschen Schmerzgesellschaft
- Mitorganisator der Deutschen Schmerzwoche (Mayrhofen)
- Mitglied der Leitlinienkommission „Diagnostik und nicht interventionelle Therapie chronischer neuropathischer Schmerzen“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie
- Mitglied der Leitlinienkommission „Komplexe regionale Schmerzsyndrome“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie
- Kongresspräsident für den Deutschen Schmerzkongress 2019

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Till Sprenger  
Kongresspräsident des Deutschen Schmerzkongresses 2019,  
Ärztlicher Direktor und Chefarzt der DKD Helios Klinik Wiesbaden

\* 1974



### **Beruflicher Werdegang:**

- 01/2002–06/2003      Arzt im Praktikum, Neurologische Klinik der TU München, Klinikum rechts der Isar
- 07/2003–07/2008      Assistenzarzt, Neurologische Klinik der TU München, Klinikum rechts der Isar
- 04/2007–03/2008      Assistenzarzt, Psychiatrische Klinik der TU München, Klinikum rechts der Isar im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie
- 07/2008                  Anerkennung als Facharzt für Neurologie (Bayerische Landesärztekammer)
- 02/2002                  Promotion; Thema: „Fast Micromethod II: eine Methode zur Erkennung von DNA-Doppelstrangbrüchen und deren Anwendung“  
Institut für Physiologische Chemie und Pathobiochemie, Abteilung für angewandte Molekularbiologie (Univ.-Prof. Dr. W.E.G. Müller), Johannes Gutenberg-Universität Mainz; magna cum laude
- 07/2008                  Habilitation und Erteilung der Venia Legendi für das Fach Neurologie an der Technischen Universität München
- 10/2014                  Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“  
(Bayerische Landesärztekammer)

### **Stellen/Ernennungen:**

- 07/2008–09/2008      Facharzt für Neurologie an der Neurologischen Klinik der TU München
- 10/2008–06/2010      Postdoktorand am Department of Neurology, University of California, San Francisco
- 07/2010–04/2014      Assistant Adjunct Professor of Neurology, University of California, San Francisco
- 11/2010–05/2015      Stiftungsprofessur für Multiple-Sklerose-Bildgebung an der Universität Basel und Leitender Arzt, Neurologische Klinik, Universitätsspital Basel
- 03/2013–05/2015      Stellvertretender Geschäftsführer (COO) des Medical Image Analysis Center (MIAC), Aktiengesellschaft und Spin-off des Universitätsspitals Basel

12/2014	Angebot der Geschäftsführerposition (CEO) am MIAC, Basel (nicht angenommen)
Seit 06/2015	Chefarzt, Fachbereich Neurologie, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, und außerplanmäßiger Professor für Neurologie, Technische Universität München
05/2017–06/2019	Stellvertretender Ärztlicher Direktor der DKD HELIOS Klinik Wiesbaden (Gesamtklinik)
Seit 07/2019	Ärztlicher Direktor der DKD HELIOS Klinik Wiesbaden

#### **Preise/Auszeichnungen:**

1998	Erasmus-Stipendium zur Durchführung eines medizinischen Studiensemesters an der Université de Bourgogne in Dijon, Frankreich
2001	Examenspreis des Alumni-Clubs der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München für das beste medizinische Staatsexamen 2001
2007	„Early Career Research Award“ – International Association for the Study of Pain (IASP) 2007 für das Projekt: Lesion mapping and somatosensory patterns in patients suffering from thalamic pain
2009	Preisträger (2. Preis) – Förderpreis für Schmerzforschung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (gemeinsam mit H. Boecker)
2009	American Headache Society (AHS) – Scottsdale Headache Symposium Scholarship Award (1 000 US-Dollar)
2010	UCSF postdoctoral scholar travel award
2012	Best poster price for the study: Midbrain Activation in the Premonitory Phase of Migraine: A H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O-PET study. Presented at EHMTIC 2012 in London
2013	Harold G. Wolff Award (10 000 US-Dollar)
2013	Sertürner Preis (10 000 Euro)
2013	EFIC-Grünenthal Award (40 000 Euro)
2014	Best poster prize at the EHMTIC meeting in Kopenhagen, Dänemark

#### **Gremien:**

- 2014–2015 Mitglied im ECTRIMS council (European Committee for Treatment and Research in MS)
- 2011–2013 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Schweizerischen MS Gesellschaft
- seit 2017 Mitglied im Ärztlichen Beirat der DMSG, Landesverband Hessen
- seit 2013 Herausgeber der Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie
- seit 2013 Associate Editor der Zeitschrift „Headache“ (Organ der American Headache Society), IF 2.9

- 2013–2015 Mitglied im Advisory Board von „Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy (SANP)“
- 2012–2015 Vorstandsmitglied der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft (SKG)
- Mitglied im wissenschaftlichen Komitee des „International Headache Congress“ 2013 in Boston
- Mitglied im wissenschaftlichen Komitee des Deutschen Schmerzkongresses 2012 und 2018
- 2008–2014 Delegierter der „European Association of Young Neurologists“ zum Thema „Kopfschmerz“
- Kongresspräsident Deutscher Schmerzkongress 2019

**Publikationen:**

über 140 Publikationen in PubMed-gelisteten Zeitschriften zu den Themen MS, Schmerz, Kopfschmerz/Migräne, über 20 Buchkapitel

**Sonstiges:**

- Tätigkeit als Peer-Reviewer für diverse Zeitschriften
- Tätigkeit als Congress Abstract Peer-Reviewer
- Tätigkeit als Gutachter zur Drittmittelvergabe

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Claudia Sommer  
Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.,  
Leitende Oberärztin und Schmerzforscherin an der Neurologischen  
Klinik und Poliklinik des Uniklinikums Würzburg



### **Beruflicher Werdegang:**

1977–1983	Studium der Humanmedizin in Mainz und London
1984–1986	Assistenzärztin, Rheinische Landeslinik Köln-Merheim, Psychiatrie
1987–1988	Forschungsstipendium der DFG am Institut für Neuropathologie, Klinikum der RWTH Aachen
1988–1991	Assistenzärztin, Neurologische Klinik der RWTH Aachen
1991	Fachärztin für Psychiatrie, Ärztekammer Nordrhein
1991–1993	Research Fellow bei der Arbeitsgruppe für Schmerzforschung, University of California, San Diego, USA
1993	Fachärztin für Neurologie, Ärztekammer Nordrhein
1993–1995	Oberärztin an der Neurologischen Klinik der RWTH Aachen
Ab 1995	Oberärztin (seit 1998 Leitende Oberärztin), Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Würzburg
Ab 1995	Leitung der Arbeitsgruppe Schmerzforschung, Leitung des Neuromorphologischen Labors der Neurologischen Klinik
1997	Habilitation für Neurologie, Universität Würzburg
2002	Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin, Universität Würzburg
2005	Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ der Bayerischen Landesärztekammer
Seit 2012	Universitätsprofessorin für Neurologie mit Schwerpunkt neuromuskuläre Erkrankungen
Seit 2019	Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

### **Forschungsinteressen:**

- Pathophysiologie neuropathischer Schmerzen
- Fibromyalgiesyndrom
- Diagnostik und Pathophysiologie von Polyneuropathien
- antikörpervermittelte Erkrankungen



**Auszeichnungen:**

- Förderpreis für Schmerzforschung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (1994)
- Sertürner Preis für Schmerzforschung (1998)

**Professionelle Aktivitäten:**

Universität

Lehrkoordinatorin, Tierschutzkommission, Ethikkommission, Stellvertretende Frauenbeauftragte, Dozentin und Projektleiterin der Graduiertenschule, Mentorin im Programm MENTORING med

Weitere:

- Editorial-Board-Mitglied verschiedener Zeitschriften (wie PAIN, J. Periph. Nervous System, Eur. J. Pain, Akt. Neurol., Schmerz, PlosOne)
- Board of Directors PNS 2003–2011
- Panel Leader EFNS 2005–2011, Committee Chair ENS/EAN seit 2006
- Council Member IASP 2012–2018, President elect IASP
- Vorsitz des wissenschaftlichen Komitees für den IASP-Weltkongress 2016
- Mitglied und Federführung in zahlreichen Leitlinien-Kommissionen für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V, Peripheral Nerve Society, Europäische Neurologische Gesellschaft (EAN)
- Mentorin im Max Weber-Programm der Studienstiftung

**Publikationen:**

- über 250 Originalpublikationen in Zeitschriften mit Peer-Review
- über 100 Übersichtsartikel und Buchkapitel
- Herausgeberin von vier Büchern über neuropathische und orofaziale Schmerzen

## **Curriculum Vitae**

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



### **Beruflicher Werdegang:**

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

### **Mitgliedschaften:**

Seit 1990	Arbeitsgemeinschaft für Neurologische Intensiv- und Notfallmedizin in der DGN e.V.
Seit 1995	Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
Seit 1995	Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN), Mitglied der Kommission „Hirntod“
Seit 1998	Deutsche Gesellschaft für Neurologie

- Seit 1999 Deutsche Schmerzgesellschaft (vormals Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes); Mitglied der Kommission für Aus-, Weiter- und Fortbildung (seit 2011); Mitglied der Ad-hoc-Kommission; Kongressfortbildung (seit 2012)
- 2013–2015 Mitglied der Kommission bei der Deutschen Bundesärztekammer zur Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes
- Seit 2017 Mitglied der Arbeitsgruppe „Anwendungsbezogene Fragen des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls“ der Überwachungskommission der Bundesärztekammer
- Seit 2019 Mitherausgeberin der Rubrik „CME – Zertifizierte Fortbildung“ der Zeitschrift „Der Schmerz“

## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Charly Gaul  
Pressesprecher der DMKG, Ärztlicher Direktor, Migräne- und  
Kopfschmerzambulanz Königstein



### **Wissenschaftlicher Werdegang:**

- 1991–1994 Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1994–1997 Studium der Humanmedizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- 1997 Promotion, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- 1999–2000 Studium der Medizinischen Ethik, Institut für Philosophie; Fernuniversität in Hagen
- 2012 Habilitation, Universität Duisburg-Essen

### **Aktuelle wissenschaftliche Schwerpunkte:**

Migräne, Kopfschmerzchronifizierung, multimodale Therapie, Clusterkopfschmerz, Kopfschmerz bei Kindern, Gesichtsschmerzen, klinische Studien

### **Ausbildung und Positionen:**

- 1998–2002 Neurologische Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- 2002–2005 Neurologische Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2004–2005 Studienkoordinator am Zentrum für Klinische Studien, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2005–2006 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2006–2008 Schmerztherapie der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 1999 Fachkunde Rettungsmedizin
- 2006 Facharzt für Neurologie
- 2008 Zusatzbezeichnung: Neurologische Intensivmedizin
- 2008 Zusatzbezeichnung: Spezielle Schmerztherapie
- 2008 Oberarzt, Neurologische Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2009–2011 Oberarzt, Neurologische Klinik, Universität Duisburg-Essen; Leiter des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums, Essen
- Seit 2012 Chefarzt der Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein, Königstein im Taunus

**Auslands- und Forschungsaufenthalte:**

- 2006 Interdisziplinäre Schmerzsprechstunde, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich
- 2007 Neurologische Rehabilitationsklinik, Leukerbad, Schweiz

**Auszeichnungen, Preise und Drittmittel:**

- 2004 Roux-Stipendium der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 2006 MSD-Stipendium Neurologie (Kopfschmerzforschung)
- 2006 Projektförderung durch die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke
- 2010–2012 Förderung durch die Oertel-Stiftung (Kopfschmerzforschung)
- 2017–2019 Clusterkopfschmerzen erforschen – Bürgerwissenschaftler schalten den Kopf ein und die Schmerzen aus! „Citizen Science“-Projekt, Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BMBF)

**Mitglied in Fachverbänden:**

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. (DGNB)
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (DGSS)
- International Headache Society (IHS)

**Ehrenämter:**

- Generalsekretär und Pressesprecher, Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)
- Mitglied der Expertengruppe Off-Label Neurologie / Psychiatrie, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Mitglied im Editorial Board von The Journal of Headache and Pain
- Acta Neurologica Scandinavia
- Mitglied im Advisory Board von Advances in Therapy
- Wissenschaftlicher Beirat der MigräneLiga Deutschland e.V.
- Mitglied in der Programmkommission des Deutschen Schmerzkongresses
- regelmäßig Begutachtung von Manuskripten für nationale und internationale Zeitschriften

**Lehre an der Universität:**

Universität Duisburg-Essen

**Fachvorträge und Veröffentlichungen:**

Vorträge auf Fachtagungen im In- und Ausland, über 250 Beiträge in Zeitschriften und Büchern

## **Curriculum Vitae**

Dr. Dipl. Psych. Dr. Paul Nilges

Ehemaliger Leitender Psychologe am DRK Schmerz-Zentrum Mainz



### **Beruflicher Werdegang:**

- 1971–1982    Abgeschlossene Studien (Diplome) in Psychologie und Pädagogik,  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 1982–1983    Auslandsaufenthalt in Südostasien und China
- 1983–1984    Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Psychologischen Institut der  
Universität Mainz
- 1985–2015    Psychotherapeut im DRK Schmerz-Zentrum Mainz
- 1987–1990    Ausbildung in psychologischen Behandlungsverfahren mit Schwerpunkt  
Verhaltenstherapie beim Institut für Therapieforchung (IFT) in München
- Ab 1988        Lehrbeauftragter des Psychologischen Instituts der Johannes Gutenberg-Universität  
Mainz
- 1991–2015    Leitender Psychologe im DRK Schmerz-Zentrum Mainz
- Ab 1993        Dozent und Supervisor in der universitären Ausbildung von Psychotherapeuten;  
Dozent in Weiter- und Fortbildungen verschiedener Berufsgruppen (ärztliche  
Curricula Schmerztherapie, Zahnärzte, Physiotherapeuten)
- 1998–2015    Vorstand der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und  
-forschung (DGPSF)
- 1998           Promotion an der Universität Trier
- 1999           Approbation Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Fachkunde und Supervisor in  
Verhaltenstherapie (KV-Anerkennung)
- 2007–2015    Geschäftsführer Akademie für Schmerzpsychotherapie, Boppard
- Seit 2012       Sprecher der Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung der Deutschen  
Schmerzgesellschaft
- Seit 2016       Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-  
Pfalz, Delegierter beim Deutschen Psychotherapeutentag
- 2017           Mitherausgeber des Standardwerkes „Schmerzpsychotherapie“  
(8. Auflage, Springer)

**Arbeitsgebiete und Interessen:**

- Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Psychologen und Vertretern anderer Fachrichtungen
- Forschungsprojekte zu Schmerzakzeptanz, Suizid und Schmerz, Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch Opiatentzug, Screeningverfahren zur Schmerzdiagnostik
- seit 1998 Läufer, Gründungsmitglied Gutenberg-Marathon-Club Mainz 2010
- 14 Marathons und zahlreiche Halbmarathons
- seit 2015 Betreuung einer wöchentlichen Laufgruppe im Projekt „Der Depression Beine machen“



Eine Initiative der **DMKG**

Hintergrundinformation

03. September 2019

## Die vielen Gesichter des Kopfschmerzes

**Von den mehr als 200 Ursachen für Kopfschmerzen spielen in der ärztlichen Praxis vor allem die Migräne, der Spannungskopfschmerz als primäre Kopfschmerzerkrankungen sowie der durch Schmerzmittelübergebrauch induzierte Kopfschmerz (MOH, Medication Overuse Headache) eine Rolle. Sie muss der Hausarzt unterscheiden, von anderen sekundären Kopfschmerzen abgrenzen und therapieren können. Zudem gehört zu seinen Aufgaben zu erkennen, wann es sich um komplexere Fälle handelt, die ein Facharzt weiter abklären oder behandeln muss. Besonders wichtig ist es, jene Patienten herauszufiltern, hinter deren Beschwerden möglicherweise eine lebensbedrohliche Erkrankung steckt. Dabei kann sich der Hausarzt gut an der Systematik der 2018 aktualisierten Internationalen Klassifikation der Kopfschmerzerkrankungen (ICHD 3) für primäre und sekundäre Kopfschmerzformen orientieren [1]. Mit ihrer Hilfe ist er in der Lage, eine korrekte Differenzialdiagnose vorzunehmen und zwischen harmlosen und potenziell gefährlichen Kopfschmerzen zu unterscheiden. Die richtige Diagnose ist der Grundstock für die adäquate Therapie. Durch gezielte Akuttherapie der Kopfschmerzattacke und bei häufigen Attacken zusätzliche prophylaktische Maßnahmen kann das Risiko für eine Chronifizierung beziehungsweise dafür, einen Medikamentenübergebrauch zu entwickeln, reduziert werden.**

Es gibt auch sehr seltene oder exotisch anmutende Formen des Kopfschmerzes, wie den primären Sexualkopfschmerz, das SUNCT-Syndrom oder den Hustenkopfschmerz. Sie fallen nicht in das primäre Aufgabengebiet des Hausarztes, für den Migräne, MOH und Spannungskopfschmerz die höchste Relevanz haben. Privatdozentin Dr. med. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der DMKG und Neurologin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, rät Ärzten, den Patienten beim ersten Termin erst einmal 1–2 Minuten Zeit zu geben, in denen sie erzählen können, wo sie der Schuh drückt. „Anschließend lässt sich durch ein strukturiertes Anamnesegespräch noch vor der körperlichen Untersuchung mithilfe



einiger gezielter Fragen meist rasch die richtige Verdachtsdiagnose stellen“, so die Neurologin.

Viele primäre Kopfschmerzformen können einen episodischen und chronischen Verlauf haben. Chronische Verlaufsformen sind definiert als Kopfschmerzen, die an mehr als 15 Tagen im Monat auftreten und über eine Dauer von mindestens drei Monaten bestehen (engl. chronic daily headache, CDH). Chronische Kopfschmerzverläufe entwickeln sich in den meisten Fällen aus einem primär episodischen Verlauf [2].

### **Sehr häufig: der Spannungskopfschmerz**

Besonders verbreitet ist der Spannungskopfschmerz. Die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung beträgt verschiedenen Studien zufolge bis 78 Prozent. Klinisch ist der Kopfschmerz vom Spannungstyp vor allem durch das Fehlen besonderer Merkmale gekennzeichnet. Meist beschreiben die Patienten ihn als milden bis maximal mittelschweren Schmerz mit dumpf-drückendem Charakter, der den ganzen Kopf betrifft. Manchmal wird er wie ein „zu enger Hut“ empfunden. Vegetative Zeichen wie Lärm- oder Lichtempfindlichkeit fehlen meist völlig oder sind sehr gering ausgeprägt, normale körperliche Betätigung führt zu keiner Verstärkung, auch Übelkeit und Erbrechen fehlen. Meist handelt es sich dabei um Kopfschmerzen mit einer Dauer von 30 Minuten bis 7 Tagen [3].

Im Gegensatz zur sporadischen Form des episodischen Spannungskopfschmerzes, bei welcher der Schmerz die Patienten im Durchschnitt an weniger als 12 Tagen im Jahr beeinträchtigt, besteht bei der häufig auftretenden Form, die mindestens einmal bis maximal 14-mal pro Monat auftritt, ein erhöhtes Risiko der Chronifizierung. Beim Spannungskopfschmerz haben sich zur Akuttherapie Acetylsalicylsäure, Paracetamol sowie Ibuprofen bewährt. Einschränkungen bestehen für ASS bei Kindern unter 16 Jahren (orale Gabe) und unter 18 Jahren (parenterale Gabe) sowie für Ibuprofen bei Kindern unter 6 Monaten. Die Behandlung des akuten Spannungskopfschmerzes mit Opiaten ist wegen der Nebenwirkungen und insbesondere des Abhängigkeitspotenzials nicht indiziert.

### **Manchmal schwer zu unterscheiden: Migräne und Spannungskopfschmerz**

Die diagnostische Schwierigkeit bei den primären Kopfschmerzerkrankungen besteht in der Abgrenzung eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp von einer nur leichten oder früh behandelten Migräne. Die Abgrenzung gelingt leichter, wenn man die Patienten fragt, wie sich der Kopfschmerz und die Begleitsymptome unbehandelt entwickeln. Migräne wird von Ärzten wie Patienten oft mit einem Spannungskopfschmerz verwechselt, da mehr als zwei Drittel der Migräniker zu Beginn der Attacke Nackenschmerzen verspüren und das immer wieder als Hinweis auf einen Spannungskopfschmerz fehlinterpretiert wird [4].

## **Stark beeinträchtigend: die Migräne**

Im Gegensatz zum Spannungskopfschmerz tritt der Migränekopfschmerz eher einseitig auf. Betroffene beschreiben die Schmerzen häufig als pochend oder pulsierend und in ihrer Intensität als mäßig bis stark. Die Attacken bahnen sich langsam an und dauern 4 bis 72 Stunden an. Charakteristisch ist auch, dass sie sich bei normalen körperlichen Aktivitäten wie Treppensteigen verstärken. Fast immer werden die Schmerzen von Symptomen wie Übelkeit und/oder Erbrechen sowie Licht- und Geräuschüberempfindlichkeit begleitet. Rund 20 Prozent der Patienten haben auch sogenannte Auren, meist vor Einsetzen der Kopfschmerzen. Die Aura ist ein Symptom, das in der Gehirnrinde entsteht und sich meist in Form von Sehstörungen mit Flimmer- oder Flackersehen oder Sensibilitätsstörungen präsentiert.

In der Akuttherapie von Migräneattacken kommen bei leichten bis mittelgradigen Schmerzen in erster Linie peripher wirksame Analgetika beziehungsweise nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) zum Einsatz. In der Behandlung schwerer Migräneattacken oder bei unzureichendem Ansprechen auf die genannten Schmerzmittel sind Triptane am wirksamsten. Prinzipiell dürfen Triptane und Schmerzmittel allerdings nicht an mehr als 9 Tagen im Monat eingenommen werden. Bei einer Frequenz von mehr als 3 Attacken pro Monat oder bei weniger Attacken, die mit der Akutmedikation nicht ausreichend beherrscht werden können, ist eine Prophylaxe sinnvoll. Sie beugt unter anderem der Entstehung eines medikamentös induzierten Dauerkopfschmerzes vor.

Die Wirksamkeit der Betablocker Metoprolol und Propranolol, des Kalziumantagonisten Flunarizin, der Antikonvulsiva Topiramate und Valproinsäure und des trizyklischen Antidepressivums Amitriptylin sind in der Migräneprophylaxe am besten durch randomisierte Studien belegt. Liegt eine chronische Migräne mit mehr als 15 Kopfschmerztagen pro Monat vor, ist auch die Wirkung von Botulinumtoxin in der Prophylaxe gesichert. Inzwischen sind zudem mehrere Antikörper gegen CGRP (Calcitonin Gene-related Peptide) oder den CGRP-Rezeptor zur Migräneprophylaxe zugelassen – die erste Medikamentengruppe überhaupt, die speziell für diese Erkrankung entwickelt wurde. Voraussetzung für die Verordnung von CGRP-(Rezeptor)-Antikörpern sind mehr als 4 Migränetage pro Monat, für die Kostenerstattung müssen zusätzlich bei episodischer Migräne mindestens 4, bei chronischer Migräne 5 Vortherapien erfolglos, kontraindiziert oder unverträglich gewesen sein.

Jede medikamentöse Therapie sollte durch nicht medikamentöse Verfahren ergänzt werden. Regelmäßiger Ausdauersport hilft, Migräneattacken vorzubeugen. Auch Entspannungsverfahren und Stressmanagement haben sich in der Prophylaxe als wirksam erwiesen. Die nicht medikamentösen Verfahren aus der Verhaltenstherapie können so wirksam sein, dass sie sogar als Alternative zur medikamentösen Prophylaxe eingesetzt werden können.

## **Stiefkind der Medizin: der Clusterkopfschmerz**

Clusterkopfschmerzen zählen zu den schwersten Kopfschmerzerkrankungen. Im Durchschnitt dauert es nach einer Erhebung der Clusterkopfschmerz-Selbsthilfegruppen (CSG e.V.) in Deutschland mehr als 8 Jahre, bis bei den Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und die gezielte Behandlung in die Wege geleitet wird. Unbehandelt haben chronische Clusterkopfschmerzen aufgrund ihrer Schwere oft soziale Isolation, Persönlichkeitsänderung und Depressionen bis hin zu suizidalen Gedanken zur Folge.

Die Betroffenen klagen über einen streng einseitigen extremen Schmerz mit einem Schmerzmaximum hinter dem Auge. Die Attacken dauern zwischen 15 und 180 Minuten an. Die Schmerzen werden durch mindestens eines der folgenden Symptome begleitet, die auf der gleichen Seite auftreten wie der Kopfschmerz: Augenrötung, Augentränen, verstopfte oder laufende Nase, vermehrtes Schwitzen im Bereich des Gesichts, Verengung der Pupille, Hängen des Augenlids, körperliche Unruhe und Bewegungsdrang. Bei der episodischen Verlaufsform können die Attacken mit einer Frequenz von 1-mal alle 2 Tage bis zu 8-mal täglich vorkommen. Die Attacken treten in einer Episode gehäuft auf, oft immer zu denselben Uhrzeiten, man spricht deshalb von einem Cluster (cluster: englisch Haufen). Zwischen den Episoden gibt es unterschiedlich lang anhaltende kopfschmerzfreie Zeiten. Eine primär episodische kann in eine chronische Verlaufsform übergehen, bei der extreme Schmerzattacken nahezu täglich auftreten.

Die Clusterkopfschmerzattacke wird durch Inhalation von reinem Sauerstoff oder durch die Gabe eines schnell wirksamen Triptans als Spritze unter die Haut oder als Nasenspray behandelt.

Die Prophylaxe erfolgt mit Verapamil, Lithium oder Topiramat, vorübergehend können auch Kortison und lang wirksame Triptane verordnet werden.

## **MOH: wenn Patienten von Schmerzmitteln abhängig werden**

Eine gute Beratung und fachgerechte Behandlung von Kopfschmerzpatienten ist auch deshalb so wichtig, weil zu oft, zu lange oder zu hoch dosierte Schmerz- und Migränemittel vorbestehende Kopfschmerzen verstärken und in einen chronischen Kopfschmerz aufgrund von Schmerzmittelübergebrauch verwandeln können. Im englischen Sprachgebrauch wird dieser Kopfschmerz als Medication Overuse Headache (MOH) bezeichnet. Von einem MOH spricht man, wenn Patienten mit vorbestehenden primären Kopfschmerzen, wie etwa Migräne oder Kopfschmerz vom Spannungstyp, über mindestens 3 Monate an 15 oder mehr Tagen im Monat unter Kopfschmerzen leiden und an mehr als 14 Tagen monatlich ein Schmerzmittel oder an mehr als 9 Tagen Migränemittel wie Triptane oder Mutterkornalkaloide oder verschiedene andere Schmerzmittel in Kombination einnehmen [5].

Weltweit sind 0,7 bis 1 Prozent der Bevölkerung von Kopfschmerzen durch Übergebrauch von Schmerz- und Migränemitteln betroffen, in Deutschland also mindestens eine halbe Million Menschen. Das Krankheitsbild ist häufiger bei Frauen, bei Patienten mit Depressionen, Angsterkrankungen oder anderen chronischen Schmerzen, wie etwa Rückenschmerzen.

Die Leitlinie von DMKG und DGN empfiehlt ein dreistufiges Vorgehen bei der Therapie dieser Form des Kopfschmerzes. Die erste Maßnahme sollte stets in der Schulung und Beratung von Patienten liegen, mit dem Ziel, die Einnahme von Akutmedikamenten zu reduzieren. Der zweite Schritt ist eine medikamentöse Prophylaxe der zugrunde liegenden Kopfschmerzkrankung. Falls diese Therapie nicht wirkt, sollte als dritter Schritt eine Medikamentenpause angestrebt werden. Ein solcher Entzug kann ambulant, tagesklinisch oder stationär durchgeführt werden. Bei 70 bis 80 Prozent der Patienten mit Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch gelingt eine solche Entgiftung.

### **Wichtig: einen möglichen Notfall erkennen**

Wichtig ist es auch, in der hausärztlichen Praxis zu erkennen, ob es sich um einen primären oder einen sekundären Kopfschmerz handelt, d. h., ob der Kopfschmerz selbst die Krankheit ist oder ob er als Folge einer anderen Erkrankung auftritt, die möglicherweise sogar lebensbedrohlich ist. Zu den wichtigsten Fragen, mit denen sich das herausfinden lässt, gehören: Kennen Sie diesen Kopfschmerz schon? Ist der Schmerz vernichtend heftig und hat er diese Intensität in weniger als 2 Minuten erreicht? Haben Sie gleichzeitig Fieber oder neurologische Ausfallsymptome wie etwa eine Lähmung oder eine vorübergehende Erblindung eines Auges? Auch das Wissen um Begleiterkrankungen ist wichtig und nicht zuletzt natürlich die körperliche Untersuchung des Patienten.

### **Referenzen:**

1. IHS-Klassifikation ICHD-3 2018. International Headache Society (Hrsg.), ins Deutsche übersetzt auf <https://ichd-3.org/de/>.
2. Láinez MJA, Monzón MJ. Chronic daily headache. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2001; 1: 118–124.
3. Shina S et al. Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. *Cephalalgia*. 2015 Mar;35(3):211-9. doi: 10.1177/0333102414535110. Epub 2014 May 22. PubMed PMID: 24853166.
4. Diener HC, Gaul C, Kropp P et al. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie der DGN und DMKG, 2018, hrsg. von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.
5. Diener HC, Gaul C, Kropp P et al., Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln (Medication Overuse Headache = MOH), S1-Leitlinie, 2018, hrsg. von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.

**[www.angriff-kopfschmerzen.de/presse](http://www.angriff-kopfschmerzen.de/presse)**

Auf Facebook und LinkedIn unter „DMKG“.

### **Pressekontakt:**

Pressesprecher der DMKG: PD Dr. med. Charly Gaul

E-Mail: [presse@angriff-kopfschmerzen.de](mailto:presse@angriff-kopfschmerzen.de)