

Current congress

CCH Congress Center Hamburg

22.–25. Oktober 2014



Foto: www.mediaserver.hamburg.de/C. Spahrbier



Foto: CCH

2 Schmerzassessment im Hospiz

Schmerz ist ein häufig auftretendes Symptom im Rahmen einer Tumorerkrankung. Aufgrund der Nähe zum Patienten und der Vermittlerfunktion zwischen Betroffenen, Angehörigen und Ärzten, kommt den Pflegenden im multiprofessionellen Schmerzmanagement eine bedeutsame Rolle zu.

6 Botulinumtoxin und Migräne

Botulinumtoxin A (BtxA) wird nun seit 3 Jahren in der Prophylaxe der chronischen Migräne eingesetzt. Wurde zunächst vermutet, dass die bekannte Wirkung von BtxA auf azetylcholinerge motorische Synapsen verantwortlich für die Wirkung ist, legen Studien der letzten 3 Jahre ein anderes Bild der BtxA-Wirkung bei chronischer Migräne nahe.

14 Hamburg

Der „Michel“, der 132 Meter hohe Turm von St. Michaelis, der Hauptkirche von Hamburg, ist eines der bekanntesten Wahrzeichen der Stadt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns eine große Freude, Sie zum Schmerzkongress 2014 in Hamburg begrüßen zu dürfen! „Schmerztherapie befreit“ unsere Patienten von Fesseln, die ihnen durch den Schmerz und seine biologischen, psychischen und sozialen Folgen angelegt werden – vordergründig ein fast selbstverständliches Motto. Starke Fesseln verspüren aber auch die Schmerztherapeuten selbst bei ihrem Versuch, individuelle Therapiestrategien interdisziplinär, multimodal und sektorenübergreifend umzusetzen. Sie müssen immer wieder feststellen, dass sie eng in ein Geflecht von Beschränkungen, Strukturvorgaben und wirtschaftlichen Zielsetzungen eingebunden sind, die die Therapie erschweren und zu Fehlanreizen führen können. Dabei spielt die fortschreitende Ökonomisierung der Medizin eine zentrale Rolle.

Die verkehrte Spiegelschrift ist daher kein Zufall. Der Imperativ „befreit Schmerztherapie“ ist uns eine ernsthafte gesundheitspolitische Forderung. Es muss die ureigenste Aufgabe von Ärzten und Psychologen bleiben, die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei jedweden Schmerzerkrankungen zu definieren. Tatsächlich aber hat in den letzten Jahren der Einfluss der Ärzte auf die Behandlungsrealität vor Ort und im deutschen Gesundheitssystem insgesamt abgenommen. Die latente Befürchtung, dass Renditeziele von Klinikbetreibern und Einsparstrategien von Krankenkassen die Behandlung von Patienten beeinflussen, ist längst zur alltäglichen Realität geworden.

Aber sprechen wir hier nicht nur wieder über gesundheitsökonomische und gesundheitspo-

litische Vorgaben, an denen wir sowieso nichts ändern können? Hat uns die schleichende Entmachtung nicht schon vieler Einflussmöglichkeiten beraubt? Oder ist doch alles halb so schlimm, jeder Arzt kann sich doch auch heute noch relativ frei für eine geeignete Behandlungsform entscheiden? Wie frei sind wir tatsächlich noch in unseren freien ärztlichen Entscheidungen, die die wichtigste Grundlage für das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis sind? Dürfen Patienten unseren Entscheidungen heute noch vorbehaltlos trauen? Diesen und weiteren Fragen widmet sich das Präsidensymposium mit einem Impulsreferat von Prof. Giovanni Maio, Arzt, Philosoph und einer der führenden Medizinethiker unserer Zeit.

Das provokant gewählte Titelbild spielt zudem auf eine weitere Dimension des Kongressthemas an. Wir alle tragen gedankliche Fesseln in Form von Tabus, die wir im Rahmen unserer Sozialisation erworben haben. Die vorurteilsfreie und offene Thematisierung von Schmerz nach körperlicher oder seelischer Gewalt, Schmerz und Sexualität und auch ethnische Besonderheiten des Schmerzempfindens fallen nicht nur Patienten und Angehörigen, sondern auch uns Ärzten oft schwer. Im durchgetakteten medizinischen Routinebetrieb droht gerade hier eine Sprachlosigkeit, die den Patienten mit seinen Leiden alleine lässt. Jan Philipp Reemtsma spricht dazu in der Eröffnungsveranstaltung, indem er eine Brücke von der Literatur zur Schmerztherapie schlägt. Somit gehen wir auf diesem Kongress auch Themen nach, die ansonsten oft hinter den „großen Herausforderungen der Schmerztherapie“ wie

der Behandlung chronischer Schmerzen und der Tumorschmerztherapie in den Hintergrund treten. Mit den Zusammenhängen zwischen Schmerz und Sexualität beschäftigen wir uns im Symposium 14 (Schmerz und Lust) und Symposium 23 (Schmerz und Sexualität), mit den Zusammenhängen zwischen Gewalterfahrungen im Kindesalter und der Entstehung chronischer Schmerzen im Symposium 21 (Kinderschmerz). Ein strukturiertes, qualitativ hochwertiges und thematisch weitgefächertes Fortbildungsprogramm rundet das wissenschaftliche Programm ab. Hierzu wurden Refresherkurse eingeführt, die Sie unter Berücksichtigung Ihres Ausbildungsstandes fokussiert zu klinisch wichtigen Schwerpunktthemen auf den aktuellen Stand des praxisrelevanten Wissens bringen. Das zweite Standbein des Fortbildungsprogramms sind die Workshops. Hier achten wir besonders darauf, dass alle praxisrelevanten Themen vertreten sind und diese interaktiv vermittelt werden.

Der Kongress kann so dazu beitragen, sowohl Schmerzpatienten als auch Schmerztherapeuten von Fesseln zu befreien, nicht nur durch die Diskussion neuester Forschungsergebnisse und ein hochwertiges Fortbildungsprogramm, sondern auch durch eine Analyse von ökonomisch getriebenen Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem, die dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie der Qualität der schmerztherapeutischen Versorgung entgegenstehen. Freuen Sie sich auf spannende Gespräche und kontroverse Diskussionen auf dem Schmerzkongress 2014 in Hamburg!

Herzliche Grüße
Ihre Kongresspräsidenten



Prof. Dr. Wolfgang Koppert, Hannover



PD Dr. Rolf Malessa, Weimar

Donnerstag, 23. Oktober 2014

	Saal 2	Saal 4	Saal 6	Saal D	Saal E	Saal G1	Saal G2	Saal 8	Ebene 2
08:30	Der gestresste Rücken translational: Zusammenhänge von Stress und Rückenschmerz	Analgetika befreien oder „Viel hilft viel“?	Triptane im Schmerzmodell – Von der Maus zum Mensch und zurück	Fahrsicherheit in der Schmerzmedizin in Forschung und Praxis	Last Minute Topics	Spezifische lokale Schmerztherapie befreit von Bewegungseinschränkung	Nicht-spezifischer chronischer Rückenschmerz: Modell und experimentelle Befunde		
10:00									
10:30	Eröffnungsveranstaltung								Poster-ausstellung
12:00									
12:30									
14:00		TEVA „Tumorschmerzen heute – Erkenntnisse und Fakten“	Grünenthal „Effektivität und Verträglichkeit - Ein Balanceakt in der Schmerztherapie“	Autonomic Technologies „Clusterkopfschmerzbehandlung – Next generation“	Reckitt Benckiser „Opioideinsatz beim chronischen Schmerzpatient – gebraucht und mißbraucht! Was tun?“				Poster-diskussion
15:00									
16:30	Therapie- und Patientenpfade bei chronischen Rückenschmerzen	Langzeitopioidtheapie bei Patienten mit chronischem Nichttumorschmerz	Befreit Schmerztherapie? Die Macht sich selbsterfüllender Prophezeiungen im Kontext von ...	Modulatoren der Schmerzverarbeitung: Körperschema, Mimik, Sprache	Neue Konzepte beim neuropathischen Tumorschmerz	Was können uns große Akutschmerzdatenbanken für den Klinischen Alltag zeigen?	Grundlagen automatisierter multimodaler Schmerzerkennung		Poster-ausstellung
17:00									
18:00		Mundipharma „Prozesse im Zentralen Nervensystem – was können Opioide?“	AbbVie Deutschland „Entzündung und Schmerz im Gelenk und im Rücken“		Pharm Allergan „Migräneentstehung, Chronifizierung und Behandlung“	cerbomed „Transkutane Vagusnervstimulation (t-VNS)“		Mitgliederversammlung DIVS	
18:30									

ab 18:00 „Young scientists Meeting“ (Teilnahme kostenfrei – Anmeldung erforderlich)
Treffen des wissenschaftlichen Nachwuchses der Deutschen Schmerzgesellschaft / DMKG in der Sands Bar

- Plenarsitzung
- Workshops
- Assoziierte Symposien/Workshops der Industrie
- Refresher-Kurse
- Symposium
- Pflegewissenschaft
- Lunchsymposien der Industrie
- Poster

Impressum

Redaktionsleitung
Stephanie Schikora (V.i.S.d.P.)
Tel. 0711/8931-440

Redaktion
Simone Müller
Tel. 0711/8931-356

Herstellung & Layout
Wolfgang Eckl

Verantwortlich für den Anzeigenteil
Thieme.media
Pharmmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Conny Winter (Anzeigenleitung)
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
oder
Postfach 30 08 80, 70448 Stuttgart
Tel.: 0711/8931-509
Fax: 0711/8931-563
Conny.Winter@pharmmedia.de
Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 12, gültig seit 1.1.2014

Druck
Grafisches Centrum Cuno, Calbe

Verlag
Karl Demeter Verlag
im Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart

Die Beiträge unter der Rubrik „Forum der Industrie“ stehen nicht in Zusammenhang mit den wissenschaftlichen Inhalten der Kongresszeitung. Die Rubrik „Forum der Industrie“ enthält Beiträge, die auf Unternehmensinformationen basieren und erscheint außerhalb der Verantwortung des Kongresspräsidiums.

Schmerzassessment im Hospiz

Anspruch und Wirklichkeit in der Einschätzung von Tumorschmerzen



S. Krutter

Schmerz ist ein häufig auftretendes Symptom im Rahmen einer Tumorerkrankung [1]. Eine mehrdimensionale und an der individuellen Situation der Patienten orientierte Schmerzversorgung kennzeichnen in besonderer Weise das Schmerzmanagement im hospizlich palliativen Setting [2, 3]. Aufgrund der Nähe zum Patienten und der Vermittlerfunktion zwischen Betroffenen, Angehörigen und Ärzten, kommt den Pflegenden im multiprofessionellen Schmerzmanagement eine bedeutsame Rolle zu [4], berichtet Simon Krutter, Salzburg.

Es ist bekannt, dass ein unzureichendes Schmerzassessment oftmals für eine ungenügende Schmerzlinderung verantwortlich ist [3]. Studienergebnisse, die beleuchten, welche Herausforderungen Pflegende im Schmerzassessment bei Patienten am Lebensende erfahren, leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des multiprofessionellen Schmerzmanagements im Hospiz.

Schmerzmanagement im Setting Hospiz

Um zu erheben, welche Herausforderungen und Veränderungswünsche im multiprofessionellen Schmerzmanagement aus Sicht der Pflegenden gegeben sind, wurden Gruppendiskussionen mit Pflegenden zweier stationärer Hospize durchgeführt. Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung, die als Teilstudie des Versorgungsforschungsprojek-

tes „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ stattfand, kam ein qualitatives Forschungsdesign zur Anwendung. Dabei konnten zentrale Themen und Aussagen zum Schmerzassessment bei Tumorpatienten aus Sicht der Pflegenden identifiziert werden.

Ansprüche professionell Pflegender an das Schmerzassessment

Die Sicht der Pflegenden auf das Schmerzmanagement wird gerahmt durch die übergeordneten Ziele der palliativen Versorgung im Hospiz. Die Autonomie der Patien-



Quelle: PhotoDisc

ten, ein Zugewinn an Lebensqualität sowie eine hinreichende Symptomkontrolle werden diesbezüglich genannt. Zur Erreichung dieser Ziele erheben die Pflegenden an das Schmerzassessment den konkreten Anspruch, dass dieses systematisch, regelmäßig, individuell und mehrdimensional zu gestalten sei und in differenzierter Weise Auskunft über die Schmerzursachen gibt.

Herausforderungen für Pflegende im Assessment von Tumorschmerzen

Vor dem Hintergrund dieser Ansprüche erleben die Pflegenden in der praktischen Umsetzung des Schmerzassessments bedeutsame Herausforderungen. So bereitet es Patienten oftmals Schwierigkeiten, im Assessmentgespräch ihre Schmerzen intersubjektiv verständlich mitzuteilen. Erschwert wird das Assessment auch dadurch, dass geeignete Erhebungsinstrumente fehlen, die es erlauben, die verschiedenen Schmerzdimensionen zu erfassen und distinkt darzustellen. Dies betrifft besonders die nichtphysischen Aspekte des Schmerzes. Zudem fehlt den Pflegenden eine praxistaugliche Definition dessen, was unter „seelischem Schmerz“ zu verstehen ist, wodurch sich die Unterscheidung der verschiedenen Schmerzdimensionen ebenso als diffizil erweist.

Verbale Schmerzbeschreibung und Einschätzung mittels NRS

Als besondere Herausforderung wird die Einschätzung bei solchen Patienten erlebt, die sich verbal nicht mitteilen können. Auch gaben die Pflegenden an, Patienten würden sich oftmals schwer tun, die Stärke ihrer Schmerzen mittels numerischer Ratingskala (NRS) zu bewerten. Dadurch wird die Entscheidung erschwert, ob ein Bedarf für weitere schmerzlindeierende Maßnahmen gegeben ist. Zusätzli-

che Unsicherheiten ergeben sich, wenn Unterschiede in der verbalen Schmerzbeschreibung der Patienten, der Einschätzung mittels NRS und den alltäglichen Beobachtungen der Pflegenden vorhanden sind.

Veränderungswünsche und Optimierungspotenziale

Assessmentinstrumente, die eine mehrdimensionale Einschätzung der Schmerzen ermöglichen, würden einem ganzheitlich orientierten und individuell verfahrenen Schmerzmanagement im Setting Hospiz zu einem noch besseren Gelingen verhelfen. Zu leisten hätten solche Assessmentinstrumente aber auch, Informationen darüber zu geben, ob Handlungsbedarf für weitere schmerzlindeierende Maßnahmen besteht. Weitere Forschungen zum Schmerzassessment im Hospiz sollen darauf fokussieren, an welchen Kriterien ein solcher Bedarf festzumachen ist.

MMag. Simon Krutter, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Literatur

- 1 Breivik H, Cherny N, Collett B et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology* 2009; 20: 1420–1433
- 2 Fink RM, Gates RA. Pain Assessment. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Hrsg.). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3. Aufl. Oxford: Oxford University Press; 2010: 137–169
- 3 Locker S. Holistic assessment of cancer patients' pain: reflections on current practice. *International Journal of Palliative Nursing* 2008; 14: 77–84
- 4 Bernardi M, Catania G, Tridello G. Knowledge and attitudes about cancer pain management: a national survey of Italian hospice nurses. *Cancer Nursing* 2007; 30: E20–26

Samstag, 25. Oktober 2014

Palliativmedizin
12:30–14:00 Uhr, Saal 4
(Schmerzassessment im Hospiz – Anspruch und Wirklichkeit in der Einschätzung von Tumorschmerzen)

Stresserfahrungen und psychische Traumatisierung bei Rückenschmerz

Traumatische Ereignisse gehen mit erhöhter Prävalenz von chronischen Schmerzzuständen einher



J. Tesarz

Psychische Traumatisierungen haben einen nachgewiesenen Einfluss auf die biologischen und psychologischen Prozesse der

Schmerzwahrnehmung. Insbesondere bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von nichtspezifischen Rückenschmerzen haben psychosoziale Stressoren wie frühkindliche Stresserfahrungen und Traumatisierungen eine wichtige Bedeutung, berichtet Dr. Jonas Tesarz, Heidelberg.

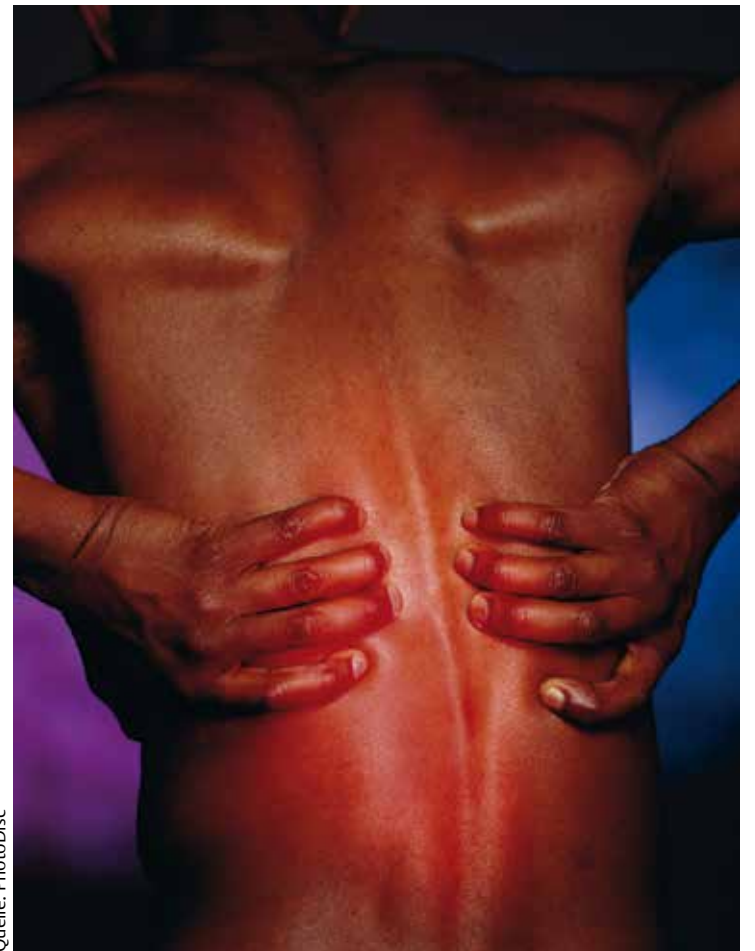
Durch zahlreiche Studien ist belegt, dass Stress und psychische Traumatisierungen die Entwicklung von nichtspezifischem Rückenschmerz fördern und seine Intensität verstärken können. Entwicklungsgeschichtlich erscheint es sogar durchaus sinnvoll, dass psychische Traumata bevorzugt auch zu einer bleibenden Beeinträchtigung der neuropsychischen Wahrnehmungs- und Reizverarbeitung führen.

Psychische Traumata führen zu bleibender Beeinträchtigung

In der Absicht einer künftigen Wiederholungsvermeidung „traumatisch-gefährlicher Situationen“ erscheint es evolutionsbiologisch zweckmäßig, dass sich eine Bedrohungssituation automatisch tief ins Gedächtnis eingräbt und eine sensorische Übererregbarkeit hinterlässt. Eine traumaassoziierte Schmerzüberempfindlichkeit könnte durch die damit einhergehende Sensitivierung für potenziell schmerzhaft Situationen optimierte Bedingungen dafür schaffen, potenziell traumatische Situationen in Zukunft früher wahrnehmen und vermeiden zu können. Nachteil solch einer Schmerzsensitivierung kann das vermehrte Auftreten von nichtspezifischen Schmerzsymptomen und deren Chronifizierung sein.

Nichtspezifischer Rückenschmerz: traumatische Ereignisse häufig

Bisher wurden die Zusammenhänge zwischen früheren traumatischen Erlebnissen und psychophysiologischen Parametern der Wahrnehmungs- und Reizverarbeitung bei Patienten mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen jedoch nur vereinzelt und überwiegend an Patienten mit manifester posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) untersucht. Dabei sind traumatische Erlebnisse bei Patienten mit chronischen nichtspezifischen Rücken-



Quelle: PhotoDisc

schmerzen häufig: So berichten zwischen 24 und 36% aller Patienten mit nichtspezifischen Rückenschmerzen über traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte, wobei nur ein Bruchteil dieser Patienten (<3%) hierbei die Kriterien für eine PTSD erfüllt. Daten zum Einfluss zurückliegender traumatischer Erlebnisse auf die Wahrnehmungs- und Reizverarbeitung bei chronischen Schmerzpatienten ohne PTSD fehlen jedoch.

Einfluss früher Stresserfahrungen und psychischer Traumata

Anhand einer bevölkerungsbasierenden Stichprobe wurde daher der Einfluss früher Stresserfahrungen und psychischer Traumata bei Patienten mit nichtspezifischem Rückenschmerz ohne Vorliegen einer PTSD untersucht und psychophysiologische Veränderungen bei diesen gemessen. Insgesamt wurden hierfür mehr als 140 Patienten mit chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen in die Studie aufgenommen. Anhand von psychophysiologischen Untersuchungen mittels quantitativer sensorischer Testung (QST) konnten hierbei spezifische Unterschiede in den somatosensorischen Profilen von Rückenschmerzpatienten mit und ohne traumatische Erfahrungen festgestellt werden.

Unterschiede in den Wahrnehmungs- und Schmerzschwellen

Interessanterweise zeigten sich bei den Patienten mit psychischer Traumatisierung spezifische Unterschiede in den Wahrnehmungs- und Schmerzschwellen im Vergleich zu Patienten ohne solche

Erfahrungen. So konnte nachgewiesen werden, dass im Vergleich zu schmerzfreien Kontrollprobanden Rückenschmerzpatienten mit traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte eine generalisierte Hyperalgesie für tiefe Schmerzqualitäten aufweisen, während Rückenschmerzpatienten ohne traumatische Erlebnisse nur eine lokalisierte auf das schmerzhafte Areal des Rückens begrenzte Veränderungen zeigen. Die Schwere des Traumas korrelierte dabei mit der Ausprägung der Hyperalgesie. Darüber konnte bei den Rückenschmerzpatienten mit traumatischen Erlebnissen eine gesteigerte Schmerzausdehnung und eine vermehrte Ängstlichkeit nachgewiesen werden.

Befunde weisen auf zentrale Schmerzaugmentation hin


Diese Befunde weisen auf eine zentrale Schmerzaugmentation bei denjenigen chronischen Rückenschmerzpatienten hin, die über traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte berichten und könnten eine Erklärung dafür sein, warum traumatische Ereignisse mit einer erhöhten Prävalenz von chronischen Schmerzzuständen einhergehen.

Dr. Jonas Tesarz, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Donnerstag, 23. Oktober 2014

Rückenschmerz
08:30–10:00 Uhr, Saal 2
(Frühe Stresserfahrungen und psychische Traumatisierung bei Patienten mit Rückenschmerz: epidemiologische Daten und psychophysiologische Untersuchungen)

Freitag, 24. Oktober 2014

	Saal 2	Saal 4	Saal 6	Saal D	Saal E	Saal G1	Saal G2	Ebene 2
08:30	Speed-Update	Schmerz und Lust	Headache meets Pädiatrie	Modelle der Placeboanalgesie – Klinische Implikationen nicht nur für die Schmerzinderung	Tumorschmerztherapie – ist alles so einfach wie es scheint?	Physiotherapie und Akutschmerzmanagement: Potentielle Synergieeffekte?	Schmerzhafte Neuropathien: kleine Fasern – große Wirkung? Neues zu Diagnostik und Therapie	Poster- ausstellung
10:00								
10:30								
12:00	Präsidentensymposium des Deutschen Schmerzkongresses 2014							Poster- ausstellung
12:30	Pressekonferenz							
13:00		TEVA „Muskuläre Schmerzen im Bewegungssystem – verstehen, erkennen, therapieren“	Astellas Pharma „Reif für den nächsten Schritt – Der Stellenwert der topischen Therapie ...“	„Schmerztherapie befreit – Fesseln lockern durch pflegerische Interventionen I“	Genzyme „Unklare neuropathische Schmerzen – seltene wird häufig übersehen“			
13:30								Poster- diskussion
14:00								
15:00	Neues zur Pathophysiologie von Rückenschmerzen oder „Was tut weh am Rücken?“	Gewalterfahrung und Schmerz in Kindheit und Jugend	Kopfschmerz und Sexualität	„Schmerztherapie befreit – Fesseln lockern durch pflegerische Interventionen II“	Opioid-induzierte Hyperalgesie: zelluläre Mechanismen, neuronale Veränderungen u. klinische Bedeutung	Top Young Science Symposium mit feierlicher Preisverleihung	Die neuropathische Arthrose – ein richtiges Konzept?	Poster- ausstellung
16:30								
17:00								
18:00		Pfizer & Grünenthal „Patientenversorgung in der Schmerzmedizin“	Mitgliederversammlung 					Poster- ausstellung
18:30								

Samstag, 25. Oktober 2014

	Saal 4	Saal 6	Saal D	Saal E	Saal G1	Saal G2	Ebene 2	
08:30	Chronischer Schmerz als erzählte Erfahrung	Neues zur Schmerzentstehung bei Migräne und anderen primären Kopfschmerz-Syndromen	Schmerz bei Demenz: Probleme und Lösungen	BVSD-Symposium I: DRG-System2014 und MDK		25 Jahre Multimodale Schmerztherapie – Symposium 1: Von der Historie...	Die absteigende Schmerzhemmung: Bedeutung für akute und chronische Schmerzen	Poster- ausstellung
10:00								
10:30								
12:00	Nightmares and Sweet Dreams	Diagnose und Fehldiagnosen: das Spektrum der Kopfschmerz-Symptome	Wirksamkeit psychologischer Verfahren bei Patienten mit chronischen Schmerzen	BVSD-Symposium II: Im Fokus: Aktuelle schmerztherapeutische Versorgungs- und Honorarsituation aus den Ländern		25 Jahre Multimodale Schmerztherapie – Symposium 2: ...zur unverzichtbaren Versorgungsform	Was wissen wir über die Plastizität des Rückenmarks beim Menschen?	Abbau der Poster- ausstellung
12:30	Schmerzerleben von Patienten am Lebensende: Herausforderungen und Möglichkeiten	Stellenwert und Möglichkeiten von psychotherapeutischen Interventionen bei Clusterkopfschmerz	Schmerztherapie befreit – befreit Schmerztherapie: Innovative Behandlungsansätze in der Schmerztherapie	Strukturierte Versorgung für Patienten mit Rückenschmerzen		Evaluation von komplexen interdisziplinären Interventionen in der Schmerztherapie:	Sind multimodale Behandlungsprogramme beim neuropathischen Schmerz wirksam?	
14:00								

Die sich selbst erfüllende Prophezeiung

Wie Gedanken als Fesseln das Schmerzerleben verändern



R. Klinger

Die sich selbsterfüllende Prophezeiung („self-fulfilling prophecy“) beschreibt ein sozialpsychologisches Phänomen: Die Erwartung, wie sich eine andere Person verhalten wird (Prophezeiung), erzwingt, dass sich das Gegenüber genau dieser Erwartung entsprechend auch verhält, da diese Erwartung das eigene Verhalten dieser Person gegenüber derart steuert, dass diese gar nicht anders kann, als sich gemäß dieser Erwartungen zu verhalten [1]. Das Gleiche gilt auch für Erwartungen über das eigene Verhalten oder Verläufe von Geschehnissen, die einen selbst betreffen, konstatiert PD Regine Klinger, Hamburg.

Erwartungen spielen bei der zentralen Schmerzverarbeitung eine große Rolle: Beispielsweise treten Kopfschmerzen häufig bei besonderen Ereignissen auf, bei wichtigen Familienfesten oder Freizeitaktivitäten. Dies wird häufig dadurch zur „sich selbsterfüllenden Prophezeiung“, indem die Person mit Migräne vorher die Befürchtung aufbaut, dass ein Kopfschmerzanfall genau dann auftritt und sie hindert, an dem Fest oder der Freizeitaktivität teilzunehmen. Diese Befürchtungen sind letztlich gelernte Mechanismen, bei denen negative Erfahrungen aus der Vergangenheit mit negativen Erwartungen an die Zukunft gekoppelt werden. Der Betroffene erwartet die Schmerzen, weil er diese in der Vergangenheit bereits in solchen

Situationen erfahren hat und nimmt mit Beginn dieser Erwartung nur noch alle negativen Anzeichen wahr, die diese Erwartung bestätigen.

Erwartungen modulieren die Schmerzempfindung

Die theoretischen Modelle und die empirische Basis zu diesem Phänomen der Erwartung lassen sich am besten durch die Placebo-/Noceboforschung darstellen. Erwartungen spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Placebo- und Noceboeffekten. Erwartungen modulieren die Schmerzempfindung und die medikamentöse Wirksamkeit eines Schmerzmedikamentes [2, 3]. Erwartungen werden durch Lernprozesse der klassischen Konditionierung,

durch soziale Lernprozesse und durch Instruktionen aufgebaut und aufrechterhalten. Darüber hinaus interagieren diese zentralen psychologischen Mechanismen mit weiteren psychologischen Prozessen, wie Emotionen und Motivationen (z. B. Angst, der Wunsch nach Entlastung), somatischer Fokus oder Kognitionen (z. B. Einstellungen zu einer Behandlung) [4]. Die Entwicklung der Ansprechbarkeit auf Placebos innerhalb einer Person und die tatsächliche Placeboreaktion in einer bestimmten Behandlungssituation sind das Ergebnis einer komplexen Wechselwirkung zwischen bestimmten Faktoren [4]. Diese lassen sich auf eine individuelle Lerngeschichte mit Analgetika oder Behandlungen zurückführen.

Die Erwartung zwingt die Gedanken in bestimmte Bahnen

Die Erwartung ist ein wesentliches Regulativ für Aufmerksamkeitsprozesse und fungiert so als Filter für die Schmerzwahrnehmung: Die Erwartung zwingt die Gedanken in bestimmte Bahnen und lässt diese im negativen Fall wie Fesseln für einen negativen Ausgang der Schmerzen werden. Wird der Filter der Aufmerksamkeit auf

den Schmerz gerichtet, wird dieser stärker wahrgenommen. Beispielsweise lenkt die Arztinstruktion „Sie werden gleich stärkere Schmerzen erleben“ die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmung selektiv auf Aspekte des Schmerzes. Die eigene negative „Prophezeiung“, zum Beispiel „jetzt werde ich sicherlich gleich einen Migräneanfall bekommen“, lenkt die Aufmerksamkeit selektiv auf alle körperlichen und psychischen Anzeichen einer Migräne, lässt diese verstärkt in den Fokus der Wahrnehmung rücken und löst – vermutlich über weitere Stressfaktoren – dann tatsächlich einen Anfall aus.

Positive „sich selbst erfüllende Prophezeiung“ kann erlernt werden

Im positiven Fall kann die Erwartung aber auch den Filter auf die Schmerzlinderung lenken. Die eigene positive „Prophezeiung“, zum Beispiel „jetzt werde ich mich gleich entspannen und ein Medikament einnehmen“ lenkt die Wahrnehmung selektiv auf Aspekte der Schmerzreduktion und erhöht gleichzeitig die Selbstkontrollüberzeugung und damit die Selbstwirksamkeit, wodurch wiederum positive körperliche Pro-

zesse aktiviert werden. Diese positive „sich selbst erfüllende Prophezeiung“ löst negative Gedankenfesseln. Sie kann in der psychologischen Schmerztherapie erlernt werden.

PD Dr. Regine Klinger, Psychotherapeutische Hochschulambulanz Verhaltenstherapie, Institut für Psychologie, Universität Hamburg

Literatur

- 1 Merton RK. The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review* 1948; 8: 193–210
- 2 Klinger R, Colloca L, Bingel U et al. Placebo analgesia: Clinical applications. *PAIN* 2014; 155: 1055–1058
- 3 Colloca L, Klinger R, Flor H et al. Placebo analgesia: psychological and neurobiological mechanisms. *PAIN* 2013; 154: 511–514
- 4 Klinger R, Flor H. Clinical and ethical implications of placebo effects: enhancing patients' benefits from pain treatment. In: *Handbook of Experimental Pharmacology*. Benedetti, Schedlowski, (Hrsg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag [in press]

Donnerstag, 23. Oktober 2014

Kopfschmerz

15:00–16:30 Uhr, Saal 6

(Die Theorie der sich selbst erfüllenden Prophezeiung – wie Gedanken als Fesseln das Schmerzerleben verändern)



Quelle: ONOKY / Fotoline

Botulinumtoxin und Migräne

Konsequenzen für das Verständnis der Kopfschmerzentstehung bei chronischer Migräne



A. Straube

Basierend auf den beiden PREEMPT¹-Studien, die eine Wirksamkeit von Botulinumtoxin A (BtxA) in der Prophylaxe der chronischen Migräne belegten und Grundlage der Zulassung waren, wird BtxA nun seit 3 Jahren in der Prophylaxe der chronischen Migräne eingesetzt. Während zuerst vermutet wurde, dass die bekannte Wirkung von BtxA auf azetylcholinerge motorische Synapsen verantwortlich für die Wirkung ist, sind in den letzten 3 Jahren eine Vielzahl von Beobachtungen und Studien publiziert worden, die ein anderes Bild der Wirkung von BtxA bei chronischer Migräne nahelegen, berichtet Prof. Andreas Straube, München.

Dabei kann man 2 grundsätzliche Aspekte trennen:

1. Die Bedeutung von peripheren, nozizeptiven Afferenzen in der Pathophysiologie der Migräne muss neu überdacht und in das bisherige Modell der Schmerzgenerierung im Rahmen einer Migräneattacke integriert werden.
2. Die Vorstellung, dass BtxA ausschließlich auf azetylcholinerge Synapsen wirkt, muss ebenfalls revidiert werden.

Aspekt 1

BtxA ist ein großes Molekül (ca. 150 000 Da), das primär die Blut-hirnschranke nicht überwinden kann. Bei peripherer Injektion, wie es für die Therapie der chronischen Migräne typisch ist, ist mit keinem Übertritt von BtxA in das zentrale Nervensystem zu rechnen. Nach Aufnahme von BtxA durch spezifische Endozytose in die peripheren Nervenzellen wird das Protein gespalten und die leichtere, kleinere Kette wirkt als Protease, die sogenannte SNARE-Proteine spaltet, die sich wiederum für die Verschmelzung von Transmittervesikeln mit der Zellmembran verantwortlich zeigen (SNARE: „soluble N-ethylmaleimide-sensitive-factor attachment receptor“).

Periphere Modulation von Schmerzfasern bei Migräne

Es gibt nun Untersuchungen, die zeigen, dass Teile des BtxA in den Nervenzellen retrograd und möglicherweise auch transsynaptisch transportiert werden und so in das zentrale Nervensystem (ZNS) gelangen könnten. Eine Beeinflussung zentraler Synapsen durch diesen Transport konnte aber bis-

her nicht belegt werden und auch die Langzeiterfahrungen aus dem klinischen Einsatz bei der Behandlung von Dystonien ergeben keine Hinweise [1]. Daher muss auch für die Migräne von einer peripheren Modulation von Schmerzfasern ausgegangen werden.

Aspekt 2

In der Prophylaxe der chronischen Migräne wird BtxA an insgesamt mindestens 31 Stellen perikraniell injiziert. Dabei scheint es nicht vorrangig bedeutend zu sein, welchen Muskel man wo injiziert. Vielmehr scheint es wichtig zu sein, solche Areale zu injizieren, die trigeminal innerviert sind. Diese Beobachtung weist bereits darauf hin, dass BtxA möglicherweise auch nozizeptive Nervenfasern beeinflussen kann. Diese Annahme wird auch durch Untersuchungen der Wirksamkeit von BtxA in Modellen des neuropathischen Schmerzes unterstützt [2].

BtxA hemmt CGRP-Ausschüttung aus Schmerzfasern

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Injektion von BtxA die sogenannte Flairreaktion nach Injektion von Capsaicin abmildern kann. Diese Reaktion wird durch Ausschüttung des Neuropeptids „calcitonin gene-related peptide“ (CGRP) aus Schmerzfasern (C-Fasern) vermittelt. In Tierversuchen konnte darüber hinaus auch direkt nachgewiesen werden, dass BtxA die Ausschüttung von CGRP und Glutamat aus Schmerzfasern verhindern kann. Interessanterweise konnte zudem gezeigt werden, dass die Höhe des im Serum gemessenen CGRP-Spiegels direkt mit der Effektivität von BtxA in der Prophylaxe der chronischen Migräne korreliert [3]. Zusammengefasst ergeben sich verschiedene Hinweise, dass BtxA – in

das trigeminale Versorgungsgebiet injiziert – unter anderem auch als Hemmer der CGRP-Ausschüttung aus Schmerzfasern wirkt.

Aktivierung von C-Fasern spielt wichtige Rolle

Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, dass in der Pathophysiologie der Migräne die Aktivierung von peripheren trigeminalen Schmerzfasern (vorwiegend C-Fasern) eine wichtige Rolle in der Entstehung des Migräneschmerzes spielt [4]. Eine Modulation dieser Aktivierung, zum Beispiel durch BtxA [5], scheint daher in der Lage zu sein, den Migräneschmerz zu reduzieren und möglicherweise auch dadurch die Schwelle zu erhöhen, bei der weitere Migräneattacken ausgelöst werden. Diese periphere Sensitivierung kann durch BtxA möglicherweise wieder reduziert werden. Dabei scheint die Beeinflussung der CGRP-Ausschüttung aus C-Fasern wesentlich zu sein.

Prof. Dr. Andreas Straube, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Campus Großhadern, Klinikum der Universität, Ludwig-Maximilians-Universität München

Autorenerklärung

Der Autor gibt Verbindungen während der letzten 3 Jahre an: Advisory Board Allergan und Vortragshonorare.

Literatur

- 1 Currà A, Berardelli A. Do the unintended actions of botulinum toxin at distant sites have clinical implications? *Neurology* 2009; 72: 1095–1099
- 2 Chen WT, Yuan RY, Chiang SC et al. OnabotulinumtoxinA improves tactile and mechanical pain perception in painful diabetic polyneuropathy. *Clin J Pain* 2013; 29: 305–310
- 3 Cernuda-Morollón E, Martínez-Cambor P, Ramón C et al. CGRP and VIP levels as predictors of efficacy of Onabotulinumtoxin type A in chronic migraine. *Headache* 2014; 54: 987–995
- 4 Olesen J, Burstein R, Ashina M et al. Origin of pain in migraine: evidence for peripheral sensitisation. *Lancet Neurol* 2009; 8: 679–690
- 5 Burstein R, Zhang X, Levy D et al. Selective inhibition of meningeal nociceptors by botulinum neurotoxin type A: Therapeutic implications for migraine and other pains. *Cephalalgia* 2014; [Epub ahead of print]

Samstag, 25. Oktober 2014

Kopfschmerz
08:30–10:00 Uhr, Saal 6
(Botulinumtoxin und Migräne: Konsequenzen für das Verständnis der Kopfschmerzentstehung bei der chronischen Migräne)

Prädiktoren für problematische postoperative Schmerzen

Erste identifizierte Risikofaktoren konnten



E. Pogatzki-Zahn

Schmerzen als Patienten nach kleineren Eingriffen [2], berichtet Prof. Esther Pogatzki-Zahn, Münster.

Patienten nach Operationen leiden sowohl in Deutschland [1, 2] als auch weltweit [3] immer noch unter zu starken postoperativen Schmerzen. Interessanterweise scheint dies nicht ein Problem zu sein, dass primär durch große, umfangreiche Operationen entsteht. Ganz im Gegenteil haben Patienten – unter anderem durch die Einführung von Epiduralanalgesieverfahren und peripheren regionalen Analgesieverfahren – nach ausgeprägten Operationen an Abdomen, Thorax oder den Extremitäten häufig geringere

Leitlinien und evidenzbasierte Empfehlungen sowie aktuelle Metaanalysen empfehlen aufgrund ausgesprochen guter Effektivität den Einsatz dieser Regionalanalgesie-Analgesieverfahren, die in den letzten 10–20 Jahren Einzug in die Klinik gehalten haben und nun zu den guten Ergebnissen bei größeren Operationen beitragen [4].

Klare Konzepte zur systemischen Therapie von Schmerzen nötig

Problematisch ist allerdings, dass diese Operationen nur etwa 10–15% der Gesamtzahl aller Operationen ausmachen. Mittelgroße bis kleine Operationen müssen post-

operativ durch systemische Analgesie analgetisch abgedeckt werden, häufig unabhängig von einem Akutschmerzdienst und zum Teil sogar – wenn ambulant durchgeführt – durch den Patienten selbst. Daher ist es ausgesprochen wichtig, klare Konzepte zur systemischen Therapie von Schmerzen auch kleinerer und mittelgroßer Operationen zu entwickeln, die relativ simpel und standardisiert eingesetzt werden können [5]. Aber auch bei Einsatz geeigneter Konzepte fallen noch immer Patienten heraus, die eine höhere Schmerzintensität angeben oder deutlich mehr Schmerzmittel verbrauchen als die meisten anderen

Headache meets Pädiatrie

Häufigkeit von Kopfschmerzen im Kindes-



M. N. Landgraf



F. Heinen

Eine Übersichtsarbeit epidemiologischer Studien zur Prävalenz von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen [1] schloss 64 Querschnittstudien ein, die in 32 Ländern publiziert und in denen 227 249 Patienten untersucht wurden. Dieses Review ergab eine mittlere Prävalenz für Kopfschmerzen von 54,4%

(95%-Konfidenzintervall [KI] 43,1–65,8) und für Migräne von 9,1% (95%-KI 7,1–11,1) bei Kindern und Jugendlichen, berichten Dr. Mirjam N. Landgraf und Prof. Florian Heinen, München.

In einer Befragung [2] von 1445 Jugendlichen im Alter von 12–19 Jahren zeigte sich, dass 83,1% mindestens einmal in den letzten 6 Monaten an Kopfschmerzen gelitten hatten. Davon hatten 41,2% Spannungskopfschmerzen, 9,4% Migräne und 32,5% gemischten Kopfschmerz mit Migräne und Spannungskopfschmerzen.

Spezifischer Kopfschmerz oder Schmerz als allgemeines Symptom

Mithilfe des Collaborative Cross-National survey der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [3], das 28 Länder betrachtete, wurden die Angaben über 404 206 Kinder mit einem mittleren Alter von 13,6 Jahren ausgewertet. Die Prävalenz von Kopfschmerzen betrug 54,1%, die von Bauchschmerzen 49,8% und

die von Rückenschmerzen 37,0%. Lediglich 21,2% der Kinder hatten ausschließlich Kopfschmerzen, 31,0% hatten Kopfschmerzen und Bauchschmerzen, 12,1% Kopf- und Rückenschmerzen und 35,7% alle 3 Schmerzformen.

Eine epidemiologische Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München [4] mit 1445 Jugendlichen von 12–19 Jahren ergab, dass die Wahrscheinlichkeit bei Jugendlichen mit Nacken-/Schulderschmerzen im Vergleich zu Gesunden überraschend spezifisch für Migräne um das 3,4-Fache stieg.

Kopfschmerz als spezifisches Krankheitsbild oder komorbides Symptom

In mehreren Studien über psychische Auffälligkeiten von Kindern

¹ PREEMPT = Phase III REsearch Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy

operative Schmerzen

bereits an einer großen Patientenzahl verifiziert werden

Patienten. In diesen Fällen scheinen patientenbezogene Faktoren eine Rolle zu spielen und dazu zu führen, dass bestimmte Patienten „anders“ sind, und zwar schmerzempfindlicher als andere nach genau der gleichen Operation.

Gibt es bereits identifizierte Risikofaktoren?

Verschiedene Forschungsarbeiten der letzten Jahre haben versucht, präoperative patientenrelevante Prädiktoren für starke postoperative Schmerzen zu identifizieren. Ziel ist es, präoperative Faktoren zu identifizieren, die mit besonders starken postoperativen Schmerzen assoziiert sind und anhand derer schon präoperativ Patienten mit hohem Risiko für starke postoperative Schmerzen (oder einen hohen Analgetikaverbrauch) identifiziert werden können. Als Prädiktoren für starke postoperative Schmerzen konnten kürzlich schon vorher vermutete, aber jetzt an einer sehr großen Patientenzahl identifizierte Risikofaktoren verifiziert werden. Diese sind relativ simpel zu erheben und gehen sehr stringent – unabhängig von der Art der Operation – mit starken postoperativen Akutschmerzen einher: (junges

Alter der Patienten, präoperative Schmerzen und das weibliche Geschlecht [2]. Allerdings scheint das Wissen um diese 3 Risikofaktoren noch nicht auszureichen, um eine klinisch einsetzbare, zuverlässige Risikoeinschätzung vornehmen zu können ([6], bisher unveröffentlichte Daten). Eine geeignete Stratifizierung sowie weitere Faktoren müssen identifiziert und in die Risikoeinschätzung mitintegriert werden.

Psychologische Parameter sind noch nicht geeignet quantifiziert

Es kann vermutet werden, dass psychologische Faktoren wie Ängstlichkeit, Depressivität, Katastrophisierungsneigung und spezifische Erwartungen in Bezug auf den postoperativen Schmerz ebenfalls eine Rolle spielen und mit starken Akutschmerzen korrelieren [7–9]. Psychologische Faktoren sind zwar mit Fragebögen erhebbar, der Umfang der Befragungsinstrumente ist aber für einen Routineinsatz noch deutlich zu groß. Darüber hinaus sind bisher die psychologischen Parameter noch nicht geeignet quantifiziert – insbesondere nicht im direkten Ver-

gleich. Letztendlich müssen größere Studien ebenfalls zeigen, inwieweit diese psychologischen Faktoren möglicherweise auch therapeutische Konsequenzen zum Beispiel hinsichtlich ihrer Beeinflussbarkeit ermöglichen.

Entwicklung prädiktiver Paradigmen sinnvoll, aber nicht einfach

Zusammenfassend scheint es ausgesprochen sinnvoll zu sein, gute klinische, prädiktive Paradigmen zu entwickeln, anhand derer einfach und zuverlässig Risikopatienten für den Akutschmerz identifiziert werden können. Wahrscheinlich ist dies aber einerseits nicht so einfach wie vielfach gedacht und andererseits nur dann klinisch einsetzbar, wenn kein großer Aufwand dahinter steckt. Letztendlich muss zudem noch gezeigt werden, dass eine adäquate Risikoeinschätzung auch die Therapie (z. B. durch Prävention starker akuter Schmerzen) verbessern kann. Neben einem Effekt auf den Akutschmerz ist es gegebenenfalls auch möglich, chronische postoperative Schmerzen nach der Operation zu verhindern. Das Ausmaß akuter postoperativer Schmerzen ist nämlich ei-

ner der „besten“ Prädiktoren für die Entwicklung von chronischen postoperativen Schmerzen. Viele Prädiktoren, die für den Akutschmerz zutreffen, finden sich auch als Prädiktor für chronische Schmerzen [10]. Eine individuell maßgeschneiderte postoperative Schmerztherapie könnte damit – vor allem für Risikopatienten – in Zukunft dazu beitragen, postoperative Akutschmerzen möglichst gering zu halten und die mit solchen Schmerzen verbundene verzögerte Rekonvaleszenz sowie mögliche Chronifizierung von Schmerzen zu vermeiden.

Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Klinik für Anästhesiologie, postoperative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster

Literatur

- 1 Maier C, Nestler N, Richter H et al. The quality of pain management in German hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 607–614
- 2 Gerbershagen HJ, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S et al. Procedure-specific risk factor analysis for the development of severe postoperative pain. *Anesthesiology* 2014; 120: 1237–1245
- 3 Gan TJ, Habib AS, Miller TE et al. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: re-

- 4 sults from a US national survey. *Curr Med Res Opin* 2014; 30: 149–160
- 5 Pöpping D, Zahn P, Van Aken HK et al. Effectiveness and safety of postoperative pain management – a survey of 18925 consecutive patients between 1998 and 2006. *Br J Anaesth* 2008; 101: 832–840
- 6 Reichl S, Pogatzki-Zahn E. Concepts for perioperative pain therapy. A critical stocktaking. *Anaesthesiology* 2009; 58: 914–926
- 7 Pogatzki-Zahn EM, Schnabel A, Zahn PK. Room for improvement: unmet needs in postoperative pain management. *Expert Rev Neurother* 2012; 12: 587–600
- 8 Ip HY, Abrishami A, Peng PW et al. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology* 2009; 111: 657–677
- 9 Papaioannou M, Skapinakis P, Damigos D et al. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Med* 2009; 10: 1452–1459
- 10 Pan PH, Tonidandel AM, Aschenbrenner CA et al. Predicting acute pain after cesarean delivery using three simple questions. *Anesthesiology* 2013; 118: 1170–1179
- 11 Schnabel A, Pogatzki-Zahn E. Predictors of chronic pain following surgery. What do we know?. *Schmerz* 2010; 24: 517–531

Donnerstag, 23. Oktober 2014

Akutschmerz

15:00–16:30 Uhr, Saal G1
(Prädiktoren für problematische postoperative Schmerzen)

und Jugendalter – problematisch oder problematisiert?



Quelle: photostop

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Kopfschmerz ist eines der häufigsten Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter. Die hohe Prävalenz ist – auch international – belegt.
- Kopfschmerzen beginnen im Kindes- und Jugendalter, enden dort aber nicht. Über die Hälfte der betroffenen Kinder transferiert das Problem Kopfschmerzen in das Erwachsenenalter.
- Kopfschmerzen und besonders Migräne sind mit Nackenschmerzen assoziiert. Diese Assoziation gilt es, biologisch zu verstehen.
- Kopfschmerzen sind mit psychischen Störungen assoziiert. Auch diese gegenseitig negative Beeinflussung gilt es, spezifisch zu verstehen.
- Kopfschmerzen reduzieren nicht nur das allgemeine Wohlbefinden, sondern das Funktionsniveau im Alltag. Die Global-Burden-of-disease-Studie der WHO 2010 führt die Migräne als dritthäufigste Erkrankung und an siebter Stelle der weltweiten Ursachen für Behinderung auf. Migräne ist verantwortlich für 2,9% aller Lebensjahre, die mit einer Behinderung gelebt werden („years lived with disability“, YLDs) [11].

- Die hohe Prävalenz von Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter ist problematisch, nicht „modisch problematisiert“. Sie ist ein bekanntes ebenso wie zukünftiges Thema für die Vernetzung und Versorgungsforschung von Kinderneurologie und Neurologie.

Dr. Mirjam N. Landgraf^{1,2}, Thyra Langhagen^{1,2}, Prof. Dr. Andreas Straube^{2,3}, Prof. Dr. Rüdiger von Kries^{2,4}, Prof. Dr. Florian Heinen^{1,2}

- 1 Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, iSPZ hauner, Dr. von Hauner'sches Kinderspital, Campus Innenstadt, Klinikum der Universität, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 2 Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum (DSGZ), Campus Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 3 Klinik und Poliklinik für Neurologie, Campus Großhadern, Klinikum der Universität, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 4 Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Campus Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität München

Literatur

- 1 Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17: 341
- 2 Kröner-Herwig B, Gaßmann J. Headache disorders in children and adolescents: their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache* 2012; 52: 1387–1401
- 3 Swain MS, Henschke N, Kamper SJ et al. An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health* 2014; 14: 447

- 4 Blaschek A, Decke S, Albers L et al. Self-reported neck pain is associated with migraine but not with tension-type headache in adolescents. *Cephalalgia* 2014; [Epub ahead of print]
- 5 Balottin U, Poli PF, Termine C et al. Psychopathological symptoms in child and adolescent migraine and tension-type headache: A meta-analysis. *Cephalalgia* 2013; 33: 112–122
- 6 Anttila P, Sourander A, Metsähonkala L et al. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 412–419
- 7 Pavone P, Rizzo R, Conti I et al. Primary headaches in children: clinical findings on the association with other conditions. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2012; 25: 1083–1091
- 8 Kröner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007; 27: 519–527
- 9 Cavestro C, Montrucchio F, Benci P et al. Headache prevalence and related symptoms, family history, and treatment habits in a representative population of children in Alba, Italy. *Pediatr Neurol* 2014; [Epub ahead of print]
- 10 Bille B (1982) Migraine in childhood. *Panminerva Med* 71:57–62
- 11 Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163–2196

Freitag, 24. Oktober 2014

Kopfschmerz

08:30–10:00 Uhr, Saal G6
(Häufigkeit von Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – problematisch oder problematisiert?)

und Jugendlichen mit Kopfschmerzen ergab sich, dass die betroffenen Kinder signifikant häufiger internalisierende Verhaltensstörungen [5] und soziale Probleme beschrieben [6]. Pavone et al. zeigten in einer Studie an 280 Kindern (Alter 4–14 Jahre) mit primären Kopfschmerzen, dass Kopfschmerzen dabei signifikant mit Angststörungen und Depressionen assoziiert sind [7].

Persistenz der Kopfschmerzen im Erwachsenenalter

Das durchschnittliche Alter, in dem sich die Kinder erstmalig über Kopfschmerzen beklagen, beträgt 7,5 Jahre [8]. In vielen Studien zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Kopfschmerzprävalenz über die kindlichen beziehungsweise jugendlichen Altersgrup-

pen hinweg [8, 9]. Schätzungsweise 60% aller Kinder mit Migräne leiden auch noch im Erwachsenenalter an migräneartigen Kopfschmerzen [10]. Kopfschmerz ist nicht nur ein häufiges, oft persistierendes Krankheitsbild, sondern wird auch zu einem hohen Anteil generationenübergreifend beobachtet. Cavestro et al. [9] zeigten anhand ihrer Fragebogenerhebung bei 649 Kindern, dass über 90% der 3- bis 5-Jährigen und 80% der 6- bis 11-Jährigen mit Kopfschmerzen eine positive Familienanamnese für Kopfschmerzen hatten. Eine andere Studie ergab, dass bei mindestens einem betroffenen Elternteil das Risiko eines Kindes an Migräne zu erkranken 6-fach und an Spannungskopfschmerzen zu leiden 3-fach erhöht ist [4].

Schmerztagebuch, Wochenende, Schokolade und Rotwein

Überzeugungen, Erwartungen und Annahmen als Migräneauslöser?



P. Kropp

Nach den Leitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft sind psychologische Verfahren, die der Verhaltenstherapie entstammen, bei der Behandlung der Migräneerkrankung sehr evident. Auch bei der Behandlung des Kopfschmerzes vom Spannungstyp sind diese Verfahren hochwirksam und können unter bestimmten Voraussetzungen als Alternative zur medikamentösen Therapie eingesetzt werden [1, 2]. Als sehr effektive Verfahren gelten dabei Entspannungsmethoden, Biofeedback-Therapie und kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren. Damit spielen diese nichtmedikamentösen Verfahren

bei der Behandlung von Migräneerkrankungen und Spannungskopfschmerzen eine wichtige Rolle. Doch auf welche Faktoren sind diese Erkenntnisse zurückzuführen? Dieser Frage geht Prof. Peter Kropp, Rostock, unter anderem hier nach.

Die zentrale Bedeutung von schmerzbezogenen kognitiven Bewältigungsstrategien für die Chronifizierung akuter Schmerzepisoden sowie für die schmerzbedingte Beeinträchtigung bei chronischem Schmerz ist für muskuloskeletale Schmerzen in vielen Studien empirisch bereits gut belegt. Verschiedene psychologische Modelle wie zum Beispiel das Angst-Vermeidungs-Modell nach Vlaeyen und Linton [3] oder das Vermeidungs-Durchhalte-Modell von Hasenbring et al. [4] wurden zur Erklärung dieser Befunde formuliert beziehungsweise bildeten die theoretische Grundlage für entsprechende Untersuchungen.

Über die Rolle von Schmerzbewältigungsstrategien ist wenig bekannt

In den letzten Jahren sind insbesondere im Kontext von schmerztherapeutischen Maßnahmen kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze entwickelt worden, die den günstigen Einfluss der Akzeptanz von Schmerz und von flexiblen Bewältigungsstrategien für den Umgang mit dem Schmerzproblem betonen. Anders als bei muskuloskeletalen Schmerzen ist jedoch vergleichsweise wenig über die Rolle von Schmerzbewältigungsstrategien für die funktionelle Beeinträchtigung und die Schwere der Schmerzproblematik bei primären Kopfschmerzen wie Migräne und Spannungskopfschmerz, aber auch medikamenteninduziertem Kopfschmerz bekannt. In neueren Studien wurden nur vereinzelt bedeutsame Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Bewältigungsstrategien und Maßen der Schmerzaktivität (Kopfschmerzhäufigkeit), Medikamenteneinnahme und der funktionellen Beeinträchtigung gefunden. Höhere schmerzspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich der Fähigkeit trotz Schmerzen weiterhin aktiv bleiben zu können, korrelierten signifikant, allerdings in geringer Höhe, mit einer geringeren schmerzbedingten Beeinträchtigung und Ausfalltagen. Jedoch geht eine höhere Schmerzakzeptanz dabei mit weniger depressiven Symptomen einher.

Im akuten Kopfschmerzzustand können unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen einge-

setzt werden. Neben kognitiven Schmerzbewältigungsverfahren weist die Anwendung willentlicher Gefäßverengung (Anwendung von Vasokonstriktion durch Biofeedback) eine gute Evidenz auf.

Worauf zielen kognitive Schmerzbewältigungsverfahren ab?

Kognitive Schmerzbewältigungsverfahren zielen darauf ab, im akuten Schmerzfall durch Ablenkung oder konzentrierte Anspannung die auf Schmerzen bezogene Verarbeitungskapazität zu reduzieren. Diese können bei leichten bis mittelstarken Schmerzen sehr erfolgreich eingesetzt werden und sind dabei eine wirksame Alternative zur medikamentösen Behandlung [5]. Die Idee, im akuten Kopfschmerzfall eine willentliche Gefäßverengung der extrakraniellen Gefäßbereiche herbeizuführen, wurde für die Behandlung der akuten Migräneattacke bereits in den 70er Jahren formuliert. Dabei wird im schmerzfreen Intervall durch Rückmeldung der aktuellen Gefäßweite der A. temporalis superficialis eine individuelle Strategie zur Gefäßverengung entwickelt. Der Erfolg der Gefäßverengung wird dem Patienten direkt zurückgemeldet. Nach etwa 10 Stunden Biofeedback-Training kann diese erlernte Strategie dann im akuten Migräneanfall eingesetzt werden [6].

Schmerztagebuch: aktive Bearbeitung fördert Vermeidungsverhalten

Lange Zeit wurde angenommen, dass durch das aktive Meiden bestimmter identifizierter Auslöser die Migränehäufigkeit reduziert werden könne. Hierzu liegen umfangreiche Studien vor, die dieses Verhalten vom Patienten fordern. Die aktive Bearbeitung eines Schmerztagebuches fördert das Vermeidungsverhalten, da in der Analyse von Migräneanfällen das Erkennen von Migräneauslösern an erster Stelle steht. Dass dadurch gelegentlich falsche Kontingenzen hergestellt werden, ist mittlerweile auch bekannt. So weiß man, dass Schokolade, die vor dem Auftreten eines Migräneanfalls eingenommen wurde, keinesfalls Migräne auslöst [7]. Diese Kontingenz wird erst durch eine ungünstige Koppelung des Signalreizes



Quelle: MEV/ccvision

(Schokolade) mit dem unkontingierten Reiz (Migräneanfall) im Sinne einer klassischen Konditionierung hergestellt. Die vermehrte Lust auf Schokolade kann eher als Indikator eines demnächst auftretenden Migräneanfalls gewertet werden, nicht jedoch als Auslöser desselben. Neben der falschen Zuordnung von Migräneauslösern gibt es jedoch auch tatsächliche Verhaltensweisen, die Triggereigenschaften aufweisen. Neben Alkohol können weitere Nahrungsprodukte oder körperliche Aktivitäten genannt werden.

Lerntheoretische Mechanismen können Migräneattacken auslösen

Ein intensives Meiden dieser Migräneauslöser kann jedoch unter bestimmten Umständen die Migränesymptomatik noch verstärken. Lernpsychologisch wird dabei von einer Reizgeneralisierung ausgegangen, wie sie beispielsweise aus der Angstvermeidung bekannt ist. Bei Letzterer führt das Vermeiden angstauslösender Reize zu einem Vermeidungslernen (⊖), das zwar kurzfristig eine Angstreduktion bewirkt, langfristig aber zu einer ausgeprägten Verhaltenseingengung führt. Die Folge ist somit eine Zunahme der Migräneanfälle. Stattdessen sollten Patienten lernen, mit diesen Triggerfaktoren umzugehen, damit eine zentrale Sensibilisierung (und möglicherweise Reizgeneralisierung) verhindert wird [8]. Dies könnte bedeuten, dass Migräneauslöser zukünftig in Form von Desensibilisierungstechniken ähnlich wie bei der Behandlung von Angst- und

Panikzuständen abgestuft dargeboten werden, um beim Patienten Habituationseffekte auszulösen. Dies wird in speziellen Therapieprogrammen in Form eines „Reizverarbeitungstrainings“ bereits angewandt [9]. Somit kann gezeigt werden, dass es über lerntheoretische Mechanismen zum Auslösen von Migräneattacken kommen kann. Zusätzlich dazu liegen neueste Befunde vor, nach denen selbsterfüllende Prophezeiungen („self-fulfilling prophecy theory“, [10]) die Behandlung wesentlich beeinflussen können. Dabei spielt die wahrgenommene Prognose über die Wirkung der Behandlung die entscheidende Rolle.

Untersuchung Placebo versus Verum bei Kopfschmerzpatienten

Dies wurde kürzlich an 66 Patienten mit insgesamt 459 Kopfschmerzattacken untersucht [11]. Die Patienten erhielten zufällig ein Placebo oder ein Verum (Triptan zur Behandlung des akuten Anfalls). Die Verpackung der Pille war mit „Placebo“ (negative Wirkungserwartung), „Arzneimittel“ (positive Wirkungserwartung) oder „Placebo oder Arzneimittel“ (unsichere Wirkungserwartung) gekennzeichnet. Die Wirksamkeit beider Arten von Medikamenten (Placebo oder Verum) wurde durch eine positive Wirkungserwartung gesteigert. Es gab selbst dann eine Wirkung, wenn der Patient wusste, dass er ein Placebo zu sich nimmt. Eine negative Wirkungserwartung führte dagegen auch beim Verum zu einer schlechteren Wirkung. Dies wurde in 6 aufeinander fol-

genden Kopfschmerzattacken randomisiert durchdekliniert.

Frühere positive Lerneffekte beeinflussen die aktuelle Wirkung mit

Damit konnte die Hypothese bestätigt werden, dass sich das klinische Ergebnis bessert, wenn die begleitende Information (Wirkungserwartung) von „negativ“ zu „positiv“ verändert wird. Insgesamt betrug der Anteil des Placeboeffekts in allen 3 Bedingungen mehr als 50% zur Wirksamkeit der Behandlung bei und wurde als „robuster“ als die eigentliche pharmakologische Wirkung charakterisiert. Zugleich konnte damit gezeigt werden, dass neben der aktuellen Erwartungshaltung auch frühere positive Lerneffekte die aktuelle Wirkung mitbeeinflussen. Diese sind zeitlich „wirksam“. Wenn ein Patient mehrfach die Erfahrung gemacht hat, am Wochenende unter Kopfschmerzen zu leiden, wird er dies zukünftig erwarten und damit eine Überzeugung aufbauen, erneut am Wochenende Kopfschmerzen zu bekommen. In diesem Sinne ist auch das Schmerztagebuch zu sehen. Je mehr Schmerzen dort verzeichnet sind, desto stärker wirkt die Überzeugungserwartung. Sinnvoller könnte es deswegen sein, ein „Kopfschmerzfrei-Tagebuch“ zu führen.

Wirkung von Erwartungen, Annahmen und Überzeugungen ist unbestritten

Unbestritten ist somit die Wirkung von Erwartungen, Annahmen, Überzeugungen und möglichen (teilweise auch irrationalen) Zusammenhängen zwischen Schmerzauslösern und dem Auftreten von Schmerzen beim Patienten, die bei der Migräne möglicherweise einen höheren Stellenwert aufweisen als bislang angenommen. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit diese Erwartungseffekte erfasst werden und wie sie therapeutisch sinnvoll eingesetzt werden können. Zusätzlich müssen Lerneffekte aus früheren Erfahrungen berücksichtigt werden, deren Ausmaß wohl deutlich stärker ins Gewicht fällt als bisher angenommen. Eine effektive Behandlung besteht demnach nicht nur aus der Verabreichung von wirkungsvollen Medikamenten, sondern auch aus der Erfassung und Berücksichtigung der Überzeugungen des Patienten. Dies ist nur mit einem streng interdisziplinären Vorgehen bei der Behandlung von Schmerzzuständen möglich.

Verfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie sind effektiv

Verfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie sind bei der Behandlung von Kopfschmerzen effektiv und gut einsetzbar. Zum großen Teil sind sie eine Alternative zur medikamentösen Prophylaxe. Problematisch ist eine zu ausführliche Analyse der individuel-

Das Projekt www.krankheitserfahrungen.de

(Mit-)geteilte Schmerzerfahrung als Ressource auf einer Internetseite

len Auslöser eines Migräneanfalls, da hierdurch Vermeidungstendenzen ähnlich wie bei der Angsterkrankung entstehen. Gewöhnlich sind die Verhaltensweisen vor einem Migräneanfall durch diesen Anfall selbst bestimmt. Ein Meiden der angenommenen Trigger würde das Auslösespektrum eher erweitern und wäre damit kontraproduktiv. Das Identifizieren von Überzeugungen und Annahmen des Patienten gegenüber dem Schmerzmechanismus ist mittlerweile ein zentraler Angelpunkt bei der Behandlung von chronischen Schmerzzuständen, mithin auch der Migräne. Wenn der Patient überzeugt werden kann, dass es eine wirksame Besserung seines Leidens geben wird, unterstützt dies die Behandlung und kann zu besseren Behandlungsergebnissen führen.

Prof. Dr. Peter Kropp, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Rostock

Literatur

- 1 Evers S, May A, Fritsche G et al. Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne – Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Nervenheilkunde 2008; 27: 933–949
- 2 Straube A, May A, Kropp P et al. Therapy of primary chronic headache: chronic migraine, chronic tension type headache and other forms of chronic daily headache. Der Schmerz 2008; 22: 531–543
- 3 Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain 2012; 153: 1144–1147
- 4 Hasenbring MI, Hallner D, Klases B et al. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. Pain 2012; 153: 211–217
- 5 Gerber WD, Petermann F, Gerber-von Müller G et al. MIPAS-Family-evaluation of a new multi-modal behavioral training program for pediatric headaches: clinical effects and the impact on quality of life. J Headache Pain 2010; 11: 215–225
- 6 Kropp P, Gerber WD, Keinath-Specht A et al. Behavioral treatment in migraine. Cognitive-behavioral therapy and blood-volume-pulse biofeedback: a cross-over study with a two-year follow-up. Funct Neurol 1997; 12: 17–24
- 7 Marcus DA, Scharff L, Turk D et al. A double-blind provocative study of chocolate as a trigger of headache. Cephalalgia 1997; 17: 855–862
- 8 Martin PR, Reece J, Forsyth M. Noise as a trigger for headaches: relationship between exposure and sensitivity. Headache 2006; 46: 962–972
- 9 Gerber WD. Das Migräne-Patientenseminar MIPAS. Praxis-Magazin 2005; 21: 8–12
- 10 Merton RK. The self-fulfilling prophecy. In: The Antioch Review (Hrsg.). Band 8, 1948: 193–210
- 11 Kam-Hansen S, Jakubowski M, Kelley JM et al. Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. Sci Transl Med 2014; 6: 218ra5

Donnerstag, 23. Oktober 2014

Kopfschmerz
15:00–16:30 Uhr, Saal 6
(Schmerztagbuch, Wochenende, Schokolade und Rotwein: Überzeugungen, Erwartungen und Annahmen als Migräneauslöser? Klinische Implikationen einer Schmerzfreiungstherapie)



G. Lucius-Hoene



M. Breuning

Was wir nicht selbst erlebt und durchlitten haben, können wir bei anderen nur unvollständig verstehen. Die Innenseite einer Erfahrung unterscheidet sich erheblich von der Betrachtung von außen. Dies trifft besonders für das Leben mit chronischen Schmerzen zu, berichten Prof. Gabriele Lucius-Hoene und Martina Breuning, Freiburg.

Die Welt eines Schmerzpatienten verändert sich oft dramatisch: Durch die Einengung seiner Handlungsspielräume und die schwere Vermittelbarkeit seines Erlebens gerät er in äußere und innere Einsamkeit [1]. Er erlebt, dass die Schmerzen medizinisch nicht einfach zu beseitigen sind und er mühsam den Umgang mit ihnen erlernen muss. Diagnostik und Therapie bieten keine klaren Lösungen und Sicherheiten und im persönlichen wie medizinischen Umfeld können Konflikte entstehen. Deshalb kann es für betroffene Menschen, aber auch für ihre Familien und professionellen Unterstützer sehr wichtig und hilfreich sein, von anderen Schmerzpatienten zu erfahren, wie diese mit ihrer Erkrankung und ihren Folgen umgehen.

Website macht Erfahrungen des Lebens mit Schmerzen frei zugänglich

Um mit den Möglichkeiten des Internets in wissenschaftlich

kontrollierter Form Hilfe anzubieten, macht die Website www.krankheitserfahrungen.de der Projektgruppe DIPEXGermany an den Universitäten Freiburg und Göttingen Erfahrungen des Lebens mit chronischen Schmerzen in systematischer Weise frei zugänglich. 42 Personen erzählen in narrativen Interviews ausführlich von ihren Erfahrungen, Lebensveränderungen und Bewältigungsbemühungen rund um die Schmerzerkrankung [2]. Die wissenschaftlich fundierte Auswahl der Interviewpartner und die qualitative Auswertungsmethode der Texte resultieren in einem breiten, kontrastreichen Spektrum von Erfahrungen.

Website bietet praktische, erfahrungsgestützte Tipps

Menschen aus ganz Deutschland, aus allen Altersgruppen, mit unterschiedlichen Schmerzsyndromen und Therapiererfahrungen sowie unterschiedlichen beruflichen und sozialen Situationen

kommen zu Wort. Die Erfahrungen werden in 32 thematischen Abschnitten und als Einzelschicksale präsentiert; Originalausschnitte aus den Video- oder Audioaufnahmen illustrieren die Texte, vermitteln Lebendigkeit und Authentizität und gewähren tiefe Einblicke in die Innenseite der Schmerzerfahrungen. Erfahrungen mit Therapien und Hilfsangeboten, Alltagsgestaltung und die Folgen für Arbeit, Familie und Identität werden anschaulich gemacht. Damit bietet die Website praktische, erfahrungsgestützte Tipps und Informationen, Entscheidungshilfen, emotionale Unterstützung und Modelle des Umgangs mit den Problemen. Sie bietet den Patienten eine Stimme, nimmt ihre Erfahrungen ernst und hat ihr Empowerment zum Ziel [3, 4].

Idee der Website stammt aus Großbritannien

Die Idee und die wissenschaftliche Methode der Website stammen aus Großbritannien. Dort präsentiert die von der Arbeitsgruppe Database of Individual Patients' Experiences (DIPEX) an der Universität Oxford entwickelte Website www.healthtalkonline.org bereits über 80 verschiedene krankheits- und gesundheitsbezogene Themensammlungen. Auch die deutsche Website bietet – ebenso wie zahlreiche andere Länder weltweit (www.dipexinternational.org) – weitere Themen an, die ständig mithilfe von unabhängiger Forschungsförderung erweitert werden. Die Web-

site wird intensiv in der Lehre von Medizinstudierenden und in der Ausbildung von medizinischen Berufen genutzt. Darüber hinaus werden die Daten mit unterschiedlichsten Fragestellungen zur Erfahrungsperspektive der Patienten auf Krankheitserleben und medizinische Versorgung ausgewertet und publiziert.

Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene und Dipl.-Psych. Martina Breuning, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Literatur

- 1 Frede U. Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2007
- 2 Lucius-Hoene G, Adami S, Koschack J. Narratives that matter. Illness stories in the 'third space' of qualitative interviewing. In F. Gygax F, Locher M (Hrsg.). Narrative Matters in Medical Contexts across Disciplines. Studies in Narratives. Amsterdam: John Benjamins; [im Druck]
- 3 Greenhalgh T. Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin: Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern: Huber; 2005
- 4 Ziebland S, Coulter A, Calabrese JD et al. Understanding and Using Health Experiences. Oxford: OUP; 2013

Samstag, 25. Oktober 2014

Befreit Schmerztherapie: ärztliche Heilkunst und ökonomisierte Medizin
08:30–10:00 Uhr, Saal 4
([Mit-]geteilte Schmerzerfahrung als Ressource auf einer Internetseite: das Projekt)

Forum der Industrie

Neuropathische Schmerzen bei Morbus Fabry – seltene Ursachen kennen

Patienten, die wegen brennender Schmerzen in Händen und Füßen bei einem Neurologen vorstellig werden, erhalten häufig die Verdachtsdiagnose „Polyneuropathie“. Die Ursache bleibt dabei oftmals unklar. Neurologen sollten bei solch häufigen Symptomen wie polyneuropathischen Schmerzen auch seltene Ursachen in Erwägung ziehen: Wussten Sie zum Beispiel, dass Brennschmerzen in den distalen Extremitäten ein wichtiges Frühsymptom für die lysosomale Speicherkrankheit Morbus Fabry sein können?

Nur wenn Ärzte die Leitsymptome dieser seltenen Erkrankung kennen – und auch im Praxisalltag erkennen – kann für die Betroffenen der häufig lange Weg bis zur endgültigen Diagnose verkürzt werden. Wie sich insbesondere der Fabry assoziierte Schmerz darstellt, welche Hilfsmittel es für die Diagnose gibt und was genau die Schmerzen bei Morbus Fabry auslöst, erfahren Sie auf dem CME

zertifizierten Satellitensymposium „Unklare neuropathische Schmerzen – selten wird häufig übersehen“ der Firma Genzyme im Rahmen des Schmerzkongresses in Hamburg.

Frühe Diagnose ermöglicht frühe Behandlung

Morbus Fabry ist eine progredient verlaufende Erkrankung. Sie beruht auf einem Mangel des Enzyms α -Galaktosidase A (α -GAL A). Dadurch kommt es zu einer kontinuierlichen Akkumulation von Globotriaosylceramid (GL-3) in vaskulären Endothelzellen sowie renalen, kardialen und neuronalen Zellen [1]. Eine frühzeitige Diagnose ist besonders wichtig, da es kausale Behandlungsmöglichkeiten in Form einer Enzyersatztherapie (EET), zum Beispiel Agalsidase beta (Fabrazyme®), gibt. Die EET kann den progredienten Verlauf der Erkrankung nachweislich verlangsamen beziehungsweise aufhalten [2].

Einladung zum Genzyme Satellitensymposium
im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses 2014



„35-jähriger Patient, seit der Kindheit akute neuropathische Schmerzen (Brennen an Händen und Füßen), Verdachtsdiagnose: ungeklärte Polyneuropathie“

Erinnern Sie sich an ähnliche Fälle aus Ihrer Praxis?

Dann besuchen Sie unser Lunchsymposium:

Unklare neuropathische Schmerzen – selten wird häufig übersehen



am Freitag, 24. Oktober 2014, 12:00–13:30 Uhr,
Saal E im CCH – Congress Center Hamburg

Jetzt vormerken!

Erfahren Sie, wie sich insbesondere der Fabry-assoziierte Schmerz darstellt, welche Hilfsmittel es für die Diagnose gibt und welche mögliche Ursache die Schmerzen bei Morbus Fabry auslöst.

www.genzyme.de

genzyme
A SANOFI COMPANY

Literatur

- 1 Germain DP. Fabry disease. Orphanet J Rare Dis 2010; 5: 30
- 2 Fachinformationen Fabrazyme® 5 mg und 35 mg; Stand Juni 2011

Dieser Text entstand mit freundlicher Unterstützung der Genzyme GmbH, Neu Isenburg

Trigeminot autonome Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter

Versorgungssituation für Kinder noch schwieriger als für Erwachsene



C. Gaul

Clusterkopfschmerzen und die übrigen trigeminot autonomen Kopfschmerzerkrankungen treten auch im Kindesalter auf. Häufig werden diese nicht oder nur unzureichend behandelt, da die Zahl der betroffenen Kinder auch in Zentren gering ist, die sich intensiv mit der Behandlung von Kopfschmerzen beschäftigen. Dauert es schon bei Erwachsenen häufig länger, bis die korrekte Diagnose eines trigeminot autonomen Kopfschmerzes gestellt wird, ist die Versorgungssituation für Kinder noch schwieriger. Die Clusterkopfschmerz-Selbsthilfe-Gruppen (CSG) e. V. als Selbsthilfeorganisation der Clusterkopfschmerzpatienten beklagt wiederholt eine Unterversorgung und einen Mangel an klinischer Erfahrung und Publikationen zu diesen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, berichtet PD Charly Gaul, Königstein.

Zu den trigeminot autonomen Kopfschmerzen zählt die aktuelle Klassifikation der internationalen Kopfschmerzgesellschaft [1] als häufigste Form den Clusterkopfschmerz, außerdem die paroxysmale Hemikranie, das SUNCT- und das SUNA-Syndrom (SUNCT: short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic). Bei diesen Erkrankungen werden jeweils eine episodische von einer chronischen Verlaufsform unterschieden. Gemeinsam ist all diesen Erkrankungen das Auftreten halbseitiger heftiger Kopfschmerzattacken von in der Regel kurzer Dauer, bei denen zusätzlich typische, teilweise deutliche, gelegentlich auch nur diskret ausgebildete autonome Begleitsymptome auftreten.

schmerz, außerdem die paroxysmale Hemikranie, das SUNCT- und das SUNA-Syndrom (SUNCT: short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic). Bei diesen Erkrankungen werden jeweils eine episodische von einer chronischen Verlaufsform unterschieden. Gemeinsam ist all diesen Erkrankungen das Auftreten halbseitiger heftiger Kopfschmerzattacken von in der Regel kurzer Dauer, bei denen zusätzlich typische, teilweise deutliche, gelegentlich auch nur diskret ausgebildete autonome Begleitsymptome auftreten.

Clusterkopfschmerz ist die häufigste Form

An autonomen Begleitsymptomen geben die Klassifikationskriterien vor: konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation, nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe, Lid-ödem, Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichtes, anfallsartiges Erröten im Bereich der Stirn oder des Gesichtes, Völlegefühl im Ohr sowie Miosis und/

oder Ptosis. Eine Rötung und ein Tränen des Auges der betroffenen Kopfhälfte treten am häufigsten auf. Der Clusterkopfschmerz ist unter den genannten Kopfschmerzerkrankungen die häufigste; alle zählen zu den seltenen Kopfschmerzerkrankungen. Seit der Überarbeitung der Klassifikation im Jahr 2013 wird die Hemikrania continua aufgrund ihrer halbseitigen (Dauer-)Kopfschmerzen und aufgelagerten stärkeren Schmerzattacken mit autonomen Begleitsymptomen zu den trigeminot autonomen Kopfschmerzen gerechnet.

Clusterepisoden scheinen in der Jugend seltener aufzutreten

Die Ein-Jahres-Prävalenz des Clusterkopfschmerzes im Kindesalter wird mit 0,03% angenommen. Insgesamt scheinen Clusterepisoden in der Jugend seltener aufzutreten und kürzer zu verlaufen als im Erwachsenenalter [2]. Eine italienische Arbeitsgruppe berichtete 2014 eine Fallserie von 11 Kindern mit Clusterkopfschmerzen [3]. Sechs Jungen und fünf Mädchen konnten retrospektiv unter 4370 Kindern mit Kopfschmerzen (2002–2010) identifiziert werden, das mittlere Alter bei Erkrankungsbeginn lag bei 10 Jahren. Alle beklagten einen einseitigen pochenden oder stechenden (peri-)orbitalen Schmerz. Die mittlere Attackendauer betrug 86 min (Spanne 30–180 min); es traten ein bis vier Attacken in 24 Stunden auf. Alle zeigten die typischen autonomen Begleitsymptome. Zudem bestand bei allen ein episodischer Verlauf des Clusterkopfschmerzes (Episodendauer 10–35 Tage). Klinisch neurologische Be-

funde, Labor und Bildgebung waren bei allen unauffällig. Unter einer Therapie mit 2 mg/kg Körpergewicht Prednison nahmen die Attacken innerhalb von 2–5 Tagen ab. Analgetika (Paracetamol und Ibuprofen) waren unwirksam; bei einem Patienten war Indometacin wirksam. Es erfolgte keine Behandlung mit Sauerstoff. Eine Behandlung mit Triptanen, Sauerstoff und Verapamil ist auch im Kindes- und Jugendalter wirksam und möglich. Die Dosierungen müssen an das Alter und das Körpergewicht angepasst werden [2]. Dies deckt sich auch mit den klinischen Erfahrungen der Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein.

Hemikrania coninua, SUNCT und SUNA sind nur kasuistisch beschrieben

In einer Untersuchung an einer deutschen Kopfschmerzprechstunde konnte bei 5 von 628 Patienten die Diagnose einer paroxysmalen Hemikranie gestellt werden (0,8%), bei 3 weiteren Patienten wurde die Verdachtsdiagnose gestellt. Im Mittel kam es zu 8 Attacken täglich, bei den Patienten im Kindes- und Jugendalter unterschied sich das klinische Erscheinungsbild nicht von der paroxysmalen Hemikranie im Erwachsenenalter, auch auf therapeutische Dosierungen von Indometacin (im Mittel 3 mg/kg Körpergewicht, verteilt auf 3 Einzeldosen) zeigten die Patienten ein gutes Ansprechen [4]. Die Hemikrania coninua, SUNCT und SUNA sind im Kindes- und Jugendalter nur kasuistisch beschrieben. Die berichteten Patienten scheinen von einer Behandlung wie im Erwachsenenalter zu profitieren.

Bildgebende Diagnostik ist wie bei Erwachsenen zwingend notwendig

Zusammenfassend treten trigeminot autonome Kopfschmerzerkrankungen auch im Kindes- und Jugendalter auf. Wie bei Erwachsenen ist eine bildgebende Diagnostik zum Ausschluss einer sekundären Kopfschmerzerkrankung zwingend notwendig. Die Behandlung sollte alters- und gewichtsadaptiert in Anlehnung an die Therapieleitlinien für das Erwachsenenalter erfolgen und nicht verzögert werden. Ausgewählte Kopfschmerzspezialisten in Deutschland haben Erfahrung mit der Behandlung dieser Erkrankungen auch im Kindes- und Jugendalter.

Priv.-Doz. Dr. Charly Gaul, Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie, Neurologische Intensivmedizin, Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein

Literatur

- 1 Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629–808
- 2 Mariani R, Capuano A, Torriero R et al. Cluster Headache in Childhood: Case Series From a Pediatric Headache Center. J Child Neurol 2014; 29: 62–65
- 3 Lambrou G, Matharu M. Management of trigeminal autonomic cephalalgias in children and adolescents. Curr Pain Headache Rep 2013; 17: 323
- 4 Blankenburg M, Hechler T, Dubbel G et al. Paroxysmal hemikrania in children--symptoms, diagnostic criteria, therapy and outcome. Cephalalgia 2009; 29: 873–882

Freitag, 24. Oktober 2014

Kopfschmerz
08:30–10:00 Uhr, Saal 6
(Trigeminot autonome Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter)

Forum der Industrie

Den Schmerz dauerhaft und wirksam kontrollieren

Schmerzpatienten sind dauerhaft auf wirksame und qualitativ hochwertige Schmerzmittel angewiesen. Wenn periphere Schmerzmittel nicht mehr helfen, sind Opioide die Mittel der Wahl, um den Schmerz zu kontrollieren und dem Patienten Lebensqualität zurückzugeben [1].

Qualitativ hochwertige und trotzdem günstige Versorgung

Mit einer veränderten Galenik steht allen schmerztherapeutisch tätigen Ärzten eine generische Alternative (Hydromorphon-neuraxpharm® 1 × täglich Retardtabletten) zur bisherigen 1 × täglich Retardform des Wirkstoffes Hydromorphon (Jurnista®) zur Verfügung. Das Produkt wurde galenisch weiterentwickelt. Im Gegensatz zur bisherigen 1 × täglich Retardform wird der Wirkstoff mittels einer innovativen Mikropellet-Technologie freigesetzt, was

die Teilbarkeit der höheren Wirkstärken ermöglicht. Dies sorgt für mehr Flexibilität in der Dosistitration und erhöht die Therapietreue der Patienten. Die Retardtablette wird vom Körper komplett aufgenommen, das heißt es wird keine unverdauliche Medikamentenhülle ausgeschieden. Des Weiteren sorgt diese Mikropellet-Technologie dafür, dass das Hydromorphon in Ausnahmefällen auch über eine Sonde verabreicht werden kann. Die neuen 1 × täglich Retardtabletten erweitern somit das therapeutische Spektrum der verfügbaren retardierten Opioide und ermöglichen eine individuellere Behandlung der Patienten bei hoher Qualität zu niedrigem Preis.

Informationsdienst neuraxWiki

Für viele Patienten bedeutet die Diagnose „chronische Schmerzen“ einen Umbruch: Alle Lebensbereiche sind betroffen und müs-

sen künftig neu gestaltet werden. Kommen zu den alltäglichen Sorgen auch noch Fragen zu sozialrechtlichen Ansprüchen, überfordert dies den Patienten oft komplett. Erste Ansprechpartner sind hier meist der behandelnde Arzt beziehungsweise das Fachpersonal. Doch im komplexen Geflecht des deutschen Sozialrechts ist es selbst für Experten nicht immer einfach, den Überblick zu behalten. Noch schwerer ist es für Ärzte, Patienten und deren Angehörige, sich adäquat zu informieren. Mit dem Informationsdienst neuraxWiki bietet die neuraxFoundation Ärzten und Fachpersonal eine echte Hilfe, um sich im Dschungel der Leistungsansprüche unseres Gesundheitssystems zurechtzufinden. Der Informationsdienst neuraxWiki besteht aus 3 Bausteinen: zum einen gedruckte Praxisleitfäden für Fachkräfte zu verschiedenen Indikationen

(1. Band: Chronische Schmerzen), zum anderen der persönliche Beratungsdienst neuraxWiki-Phone für Fachpersonal (Di&Do 14–17 Uhr/0800-4022333) und des Weiteren das Online-Nachschlagewerk www.neuraxWiki.de, das ab Oktober 2014 Fachpersonal sowie Patienten zur Verfügung stehen soll.

Praxisleitfaden für die Beratung bei chronischen Schmerzen

Mit einer Ratgeberreihe zu sozialrechtlichen und psychosozialen Fragestellungen bietet die neuraxFoundation Ärzten und Fachkräften eine praxisgerechte Hilfestellung im Umgang mit ihren Patienten. Die Reihe startet mit einem Praxisleitfaden für die Beratung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Mit einfach aufbereiteten und schnell zu findenden Inhalten gibt der Ratgeber einen Überblick über

sozialrechtliche Leistungen und Hilfestellungen, auf die Schmerzpatienten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland Anspruch haben. Ärzte und ihre Mitarbeiter können sich unter anderem darüber informieren, welcher Leistungsträger welche Unterstützung bietet. Zusätzlich findet der Arzt wichtige Adressen und Ansprechpartner für Schmerzpatienten und eine Checkliste zu allen relevanten Leistungen (Den Praxisleitfaden der neuraxFoundation erhalten Interessierte kostenlos u.a. über www.schmerz.neuraxpharm.de).

Literatur

- 1 Im Internet: <http://www.schmerz-messen.de/schmerztherapie/schmerzmedikamente> (Stand: 25.08.2014)

Quelle: nach Informationen der neuraxpharm Arzneimittel GmbH, Langenfeld

Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten auf sexuelle Aktivitäten

Thema sollte frühzeitig in einer Sexualanamnese berücksichtigt werden



Sexuelle Funktionsstörungen werden oft übersehen oder nicht hinreichend therapeutisch berücksichtigt. Dies gilt nicht nur für die Schmerztherapie, sondern auch für andere medizinische Fachgebiete.

Häufig ist es nicht nur für den betroffenen Patienten, sondern auch für den Behandler tabuisiert, diesen die Lebensqualität einschränkende Bereich anzusprechen, berichtet Prof. Ingrid Gralow, Münster.

Prävalenzdaten sind je nach Art der Störung sowie geschlechts- und altersabhängig unterschiedlich hoch. Allgemein sollen 2 Fünftel aller Frauen und jeder dritte Mann unter sexuellen Funktionsstörungen leiden, davon werden etwa 50% als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Die sexuellen Funktionsstörungen sind in der Regel durch komplexe pathophysiologische Veränderungen bedingt.

Klassifikation und Differenzialdiagnostik

Die Klassifikation sexueller Funktionsstörungen unterscheidet im Wesentlichen eine gestörte Libido sowie die Erregungs- und Orgasmusfähigkeit bei organischer, funktioneller oder medikamenten-induzierter Genese (ICD-10, DSM-V). Zur Differenzialdiagnostik der oft multifaktoriellen Genese muss berücksichtigt werden, dass viele körperliche Erkrankungen und deren Pharmakotherapie unabhängig der Schmerzmedikation solche sexuellen Funktionsstörungen verursachen können. Dazu gehören zum Beispiel kardiovaskuläre, endokrinologische (z.B. Diabetes mellitus), neurologische (z.B. M. Parkinson, Multiple Sklerose, Polyneuropathie), Karzinomerkkrankungen sowie urologische und gynäkologische Erkrankungen. Auch psychosomatische Erkrankungen und psychiatrische Komorbiditäten, insbesondere Depressionen, sind – unabhängig der Nebenwirkung durch die Antidepressiva – verursachend für sexuelle Funktionsstörungen. Dies muss insbesondere bei chronischen Schmerzerkrankungen beachtet werden, die häufig mit psychischen Komorbiditäten einhergehen.

Schmerzsyndrome sind mit sexuellen Funktionsstörungen assoziiert

Beeinträchtigt der Schmerz als „Lustkiller“ bereits sexuelle Appetenz und Erregungsfähigkeit, sind zudem auch viele Schmerzerkrankungen mit sexuellen Funktionsstörungen vergesellschaftet. So gehen das Fibromyalgiesyndrom, Rückenschmerzen, urogenitale Schmerzsyndrome, Polyneuropathie und andere zentrale Schmerzsyndrome häufig mit funktionellen Einbußen sexueller Erlebnis- oder Erregungsfähigkeit einher. Auch Patienten mit primären Kopfschmerzen sind unabhängig der Schmerzmedikation signifikant häufiger davon betroffen als eine kopfschmerzfreie Population.

Welche Analgetika verursachen sexuelle Funktionsstörungen?

Die Zuordnung zu einer medikamentenverursachten sexuellen Funktionsstörung setzt nicht nur einen zeitlichen oder dosisabhängigen Zusammenhang, sondern auch den biochemischen Wirkmechanismus voraus. Ist die sexuelle Funktionsstörung pharmakologisch verursacht, sollte sie in der Regel nach Reduktion oder Ab-



setzen der Medikation reversibel sein. Von den in der Schmerztherapie eingesetzten Analgetika und Kotherapeutika können Opiode, nichtsteroidale antiinflammatorische Medikamente (NSAID), Antidepressiva und Antikonvulsiva sexuelle Funktionsstörungen verursachen. Dabei liegen den Substanzgruppen unterschiedliche Pathomechanismen zugrunde. Sollten spezifische Pharmaka aufgrund ihrer Effizienz unverzichtbar sein, sind symptomatische Maßnahmen unter Beachtung der jeweils substanzspezifischen Nebenwirkungen und Risiken in die Therapie miteinzubeziehen.

Pharmakologische Alternativen sollten geprüft werden

Das häufig nicht nur in der Schmerzbehandlung tabuisierte Thema sexueller Funktionsstörungen sollte frühzeitig in einer

Sexualanamnese berücksichtigt werden. Zu beachten ist die multifaktorielle Genese, insbesondere bei multimorbiden Patienten. Zu prüfen sind pharmakologische Alternativen, falls eine Dosisreduktion nicht ausreichend ist. Bei guter therapeutischer Wirkung und fehlenden Alternativen sollten je nach Art der Funktionsstörung symptomatische Behandlungen der sexuellen Funktionsstörungen miteinbezogen werden.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Ingrid Gralow, Schmerzlinik, Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster

Literatur beim Verfasser.

Freitag, 24. Oktober 2014

Kopfschmerz
15:00–16:30 Uhr, Saal 6
(Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten auf sexuelle Aktivität)

Korneale konfokale Mikroskopie, Hautbiopsie und quantitativ sensorische Testung

Wo liegt der Nutzen für die Diagnostik neuropathischer Schmerzen?



T. Mainka

Die Diagnose neuropathischer Schmerzen setzt den Nachweis einer Läsion oder Erkrankung des somatosensorischen Nervensystems voraus. Daher ist für jeden Schmerztherapeuten die Kenntnis der Wertigkeit verschiedener diagnostischer Verfahren essenziell. Konventionelle elektrophysiologische Untersuchungen zeigen typischerweise Schwächen bei der Diagnose fokaler sensibler Neuropathien oder bei der „Small-fiber“-Neuropathie (SFN), berichtet Dr. Tina Mainka, Bochum.

Die SFN ist durch eine Affektion der nicht- und dünnmyelinisierten Nervenfasern gekennzeichnet und kann als Frühmanifestation einer Polyneuropathie bei Diabetespatienten, unter Chemotherapie, aber auch als isolierte Erkrankung zum Beispiel bei der Neurosarkoidose oder beim sogenannten „Burning-feet“-Syndrom auftreten. Die Patienten berichten meist über schmerzhaftes Missempfindungen (brennendes Gefühl, Nadelstiche). Neben den Schmerzen tritt häufig eine Manifestation autonomer Symptome auf wie zum Beispiel Palpitationen, Gastroparese oder Miktionsstörungen [1].

QST-Verfahren: hochspezifisch, aber nur mittelgradig sensitiv

Die standardisierte quantitative sensorische Testung (QST) sollte als nichtinvasives Verfahren in

der Stufendiagnostik der SFN zunächst als erstes eingesetzt werden. Hierbei gelten eine Erhöhung der thermischen Detektionsschwellen, das Auftreten paradoxer Hitzeempfindungen und der Verlust der Schmerzhaftigkeit von Pinprick-Reizen als Zeichen des Funktionsverlustes kleinkalibriger Nervenfasern. Nachteile der QST sind neben dem Zeitaufwand und der Notwendigkeit der aktiven Mitarbeit des Patienten die begrenzte Sensitivität. Bei der Erhebung eines Normalbefundes sollte, falls klinisch oder gutachterlich erforderlich, nachfolgend eine Hautbiopsie durchgeführt werden [2]. Die QST ist das einzige Verfahren, mit dem nicht nur Funktionsverluste, sondern auch Plussymptome (Hyperalgesie, Allodynie) dargestellt werden können. Dies kann einen entscheidenden Vorteil zum Beispiel bei

der Diagnose peripherer Nervenläsionen liefern.

Hautbiopsie – Goldstandard der SFN-Diagnostik

Bei der Hautbiopsie werden mittels einer Stanze Proben der Epidermis mitsamt oberflächlichem Corium und Hautanhangsgebilden entnommen. Das gewonnene Material wird in einem aufwendigen Verfahren mit Antikörpern gegen den panaxonalen Marker PGP9.5 immunhistochemisch gefärbt. Die intraepidermale Nervenfaserdichte kann dann unter dem Mikroskop bestimmt und mit altersgerechten Referenzwerten verglichen werden. Als invasives Verfahren ist die Hautbiopsie allerdings nur bedingt zur Verlaufskontrolle einer SFN geeignet [3].

Beurteilung der kleinen Nervenfasern in vivo mittels CCM

Die Kornea wird von kleinkalibrigen Nervenfasern durchzogen. In diesem transparenten leicht zugänglichen Gewebe können die Nervenfasern mittels Kontaktmikroskopie direkt betrachtet und quantifiziert werden. Bislang liegen erst wenige Untersuchungen zur Reliabilität und Validität dieses neuen Verfahrens bei Patienten vor. Allerdings konnte schon gezeigt werden, dass die Nervenfa-

sern der Kornea im Gegensatz zu Nervenfasern in der Haut bereits in frühen klinisch weitgehend symptomfreien Krankheitsphasen einer diabetischen Polyneuropathie rarefiziert sind. Zudem konnte die Regeneration der kornealen Nervenfasern bei Diabetespatienten mit Pankreastransplantation und Patienten mit behandelter Neurosarkoidose nachgewiesen werden. Daher könnte die risikoarme und schnell durchzuführende korneale konfokale Mikroskopie (CCM) nach Erstellung geeigneter Referenzwerte eine entscheidende Rolle beim Therapie-monitoring spielen [4].

Dr. Tina Mainka, Abteilung für Schmerzmedizin, Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Bochum

Literatur

- Devigili G, Tugnoli V, Penza P et al. The diagnostic criteria for small fibre neuropathy: from symptoms to neuropathology. *Brain* 2008; 131: 1912–1925
- Scherens A, Maier C, Haussleiter IS et al. Painful or painless lower limb dyesthesias are highly predictive of peripheral neuropathy: comparison of different diagnostic modalities. *Eur J Pain* 2009; 13: 711–718
- Lauria G, Hsieh ST, Johansson O et al. European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society Guideline on the use of skin biopsy in the diagnosis of small fiber neuropathy. *Eur J Neurol* 2010; 17: 903–912

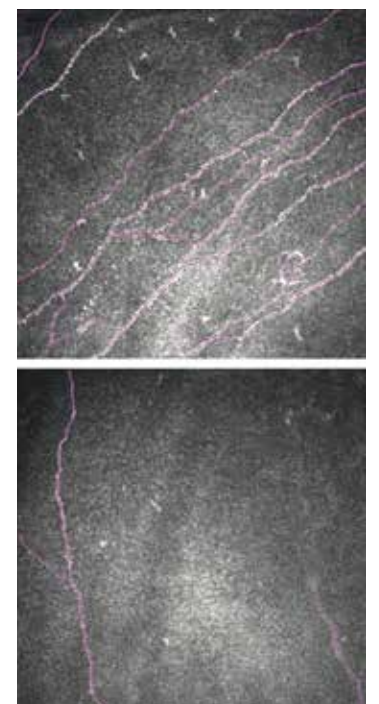


Abb. 1 Darstellung kornealer Nervenfasern bei einem gesunden Mann (oben, Normalbefund) und einem Patienten mit Typ-1-Diabetes (unten, deutliche Rarefizierung der Nervenfasern). Quelle: Dr. Marc Schargus, Universitäts-Augenklinik, Bochum.

- Ziegler D, Papanas N, Zhivov A et al. Early detection of nerve fiber loss by corneal confocal microscopy and skin biopsy in recently diagnosed type 2 diabetes. *Diabetes* 2014; 63: 2454–2463

Freitag, 24. Oktober 2014

Schmerztherapie befreit: sektoren- und fachübergreifende Versorgung 08:30–10:30 Uhr, Saal G2 (Korneale konfokale Mikroskopie, Hautbiopsie und quantitativ sensorische Testung – wo liegt der Nutzen für die Diagnostik neuropathischer Schmerzen?)

Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Konsequenzen von Gewalterfahrungen sind in klinischer Praxis noch nicht hinreichend erkannt



Gewalterfahrungen sind bei Kindern und Jugendlichen häufig. In der Basiserhebung der bundesweit repräsentativen, epidemiologischen Studie zur Gesundheit von Kindern und

R. Schlack

Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (2003–2006) berichtete ein Viertel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren, in den letzten 12 Monaten Gewalt als Opfer, Täter oder Täter/Opfer erlebt zu haben [1], berichtet Dr. Robert Schlack, Berlin.

Während in Medien häufig über Gewalt von oder gegen Kinder und Jugendliche im Kontext einzelner, drastischer Ereignisse wie schwerer Körperverletzungen, Raub, dem Benutzen von Hieb-, Stich- oder Schusswaffen beziehungsweise Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung durch Sorgeberechtigte oder andere Erwachsene berichtet wird, sind im Alltag Gewalthandlungen zwischen Jugendlichen (sog. „peer aggression“) weitaus häufiger. Dazu zählt zum Beispiel das Mobbing (auch als „Bullying“ bezeichnet), das die wiederholte Gewaltausübung eines oder mehrerer Täter gegenüber einem Opfer in einer stabilen Täter-Opfer-Beziehung bezeichnet.

Gewalthandlungen schränken psychische Gesundheit ein

Kinder und Jugendliche, die an Gewalthandlungen beteiligt sind, weisen in jeder Rolle – als Opfer, Täter oder Täter/Opfer – deutliche Einschränkungen ihrer psychischen Gesundheit, ihrer Lebensqualität und ihrer psychosozialen Ressourcen auf [2]. Dabei zeigten sich in der KiGGS-Studie unterschiedliche Risikomuster, je nach Art der Gewaltbeteiligung: Ausschließliche Opfer hatten vor allem erhöhte Risiken für internalisierende psychische Auffälligkeiten wie Ängstlichkeit und Depressivität, Essstörungssymptome, Schlafprobleme und psychosomatischen Schmerz, allerdings auch für Verhaltensprobleme. Jugendliche mit ausschließlicher Tätererfahrungen wiesen vor allem externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, ein erhöhtes Risiko für eine ADHS-Diagnose sowie erhöhte Risiken für Alkohol- und Drogenkonsum auf. Allerdings zeigte der Täterstatus auch Assoziationen mit allen Indikatoren internalisierender Auffälligkeiten.

Besondere Risikogruppe: Jugendliche mit kombinierten Täter-Opfer-Erfahrungen
Jugendliche mit kombinierten Täter-Opfer-Erfahrungen waren eine



Quelle: iStockPhoto

besondere Risikogruppe, die die höchsten Risikoassoziationen sowohl hinsichtlich der Indikatoren internalisierender als auch externalisierender Störungen aufwies [3]. Wurde nach unterschiedlicher Häufigkeit von Gewalterfahrungen differenziert, traten mit mehrfach viktimisierten Kindern und Jugendlichen sowie mit Kindern und Jugendlichen, die eine Historie mehrfacher Gewaltausübung hatten, weitere Hochrisikogruppen hervor. Mehrfachopfer zeichneten sich vor allem durch starke emotionale und starke soziale Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen aus. Dazu berichteten sie die geringste Verfügbarkeit psychosozialer Ressourcen und eine stark beeinträchtigte Lebensqualität. Mehrfachopfer berichteten dagegen die meisten externalisierenden Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme und das geringste prosoziale Verhalten [2].

In den KiGGS-Daten ließ sich das „Gender-Paradox“ nachweisen

Hinsichtlich dreier Indikatoren psychischer Störungen – externalisierendes Verhalten und habituelles Konsum illegaler Drogen bei Mädchen sowie psychosomatischer Schmerz bei Jungen – ließ sich in den KiGGS-Daten das sogenannte „Gender-Paradox“ nachweisen. Mit dem Begriff Gender-Paradox bezeichneten Loeber und Keenan [4] den Befund, dass Mädchen mit einer Störung des Sozialverhaltens trotz einer im Vergleich zu Jungen niedrigeren Basisprävalenz dieser Störung einem höheren Risiko für komorbide Störungen ausgesetzt waren.

KiGGS-Studie zeigt Konsequenzen von Gewalterfahrungen klar auf
Obwohl die KiGGS-Studie wie auch die Ergebnisse anderer Stu-

dien die zum Teil erheblichen Konsequenzen von Gewalterfahrungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen klar aufzeigen, scheint deren Bedeutung in der klinischen Praxis noch nicht hinreichend erkannt. In einer amerikanischen Studie wurde bei einer Analyse von Anamnesegesprächen im Rahmen einer Erst- oder Routineversorgung von Jugendlichen nur jeder fünfte vorgestellte Patient mit schweren Gewalterfahrungen speziell nach diesen Erfahrungen gefragt [5].

Dr. rer. nat. Robert Schlack, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring FG 25 „Untersuchungssurveys und Kohortenstudien“, Robert Koch-Institut, Berlin

Literatur

- Schlack R, Hölling H. Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007; 50: 819–826
- Schlack R, Ravens-Sieberer U, Petermann F. Psychological problems, protective factors and health-related quality of life: The burden of the multiply victimised. J Adolesc 2013; 36: 587–601
- Schlack R, Petermann F. Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS-study. BMC Public Health 2013; 13: 628
- Loeber R, Keenan K. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. Clinical Psychology Review 1994; 14: 497–523
- Sigel EJ, Harpin SB. Primary care practitioners' detection of youth violence involvement. Clin Pediatr (Phila) 2013; 52: 411–417

Freitag, 24. Oktober 2014

Schmerz bei Kindern
15:00–16:30 Uhr, Saal 4
(Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen)

Bestseller Analgetika: Dominanz

Ein sinnvoller Wirkstoff reicht in der Selbst



G. Glaeske

Die Relation erstaunt jedes Jahr aufs Neue: Analysiert man die Absatzzahlen von Schmerzmitteln in Deutschland, so steht der Verbrauch im Rahmen der Selbstmedikation mit weitem Abstand an der Spitze. Im Jahr 2013 wurden 111 Millionen Packungen Schmerzmittel ohne Rezept in der Apotheke verkauft, auf die rezeptpflichtigen Mittel entfielen gerade einmal 32,5 Millionen Packungen. Bezogen auf den Gesamtmarkt der Schmerzmittel von 143,5 Millionen Packungen ergibt sich somit ein Anteil von 77,4% für die nicht rezeptpflichtigen und 22,6% für die rezeptpflichtigen Schmerzmittel, berichtet Prof. Gerd Glaeske, Bremen.

Die führenden Produkte sind in den Tabellen 1 und 2 aufgelistet. Alle folgenden Daten sind den Arzneimittelstatistiken des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) entnommen.

Welche Analgetika werden am häufigsten verkauft?

Während demnach bei den nicht rezeptpflichtigen Mitteln erwartungsgemäß Analgetika mit den Wirkstoffen Azetylsalicylsäure (ASS), Ibuprofen und Paracetamol am häufigsten verkauft werden, sind es bei den rezeptpflichtigen Mitteln Analgetika mit den Wirkstoffen Metamizol, Tilidin oder Tramadol. Übrigens wird immer wieder gemutmaßt, dass eine Unterversorgung im Bereich der verschreibungspflichtigen Schmerzmittel zu einer ergänzenden Behandlung mit nicht rezeptpflichtigen Schmerzmitteln führen könnte.

Absatz der Schmerzmittel ist leicht rückläufig

Insgesamt ist der Absatz der hier genannten Schmerzmittel in den

letzten Jahren leicht rückläufig. Im Jahr 2010 wurden noch rund 156 Millionen Packungen Schmerzmittel verkauft, davon 126 Millionen ohne Rezept (rund 81%). Dennoch: Die Schmerzbehandlung in Deutschland bleibt damit vor allem eine Behandlung im Rahmen der Selbstmedikation, schließlich werden nur wenige dieser nicht rezeptpflichtigen Mittel auch verordnet, zum Beispiel Mittel mit Paracetamol zur Fiebersenkung bei Kindern. Die Rangfolge der Mittel ist seit vielen Jahren ähnlich. Auch Thomapyrin, eine Schmerzmittelkombination aus ASS, Paracetamol und Koffein (Stiftung Warentest: „Wenig geeignet, nicht sinnvolle Kombination“), rangiert seit Jahren unter den 10 meistverkauften Analgetika, im Jahr 2013 auf Platz 2.

„Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“

In einem 2007 erschienenen Leitfaden der Bundesärztekammer mit dem Titel „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ (BÄK 2007) wird in diesem Zu-

Tab. 1 Die 10 meistverkauften rezeptfreien Analgetika nach Packungsmengen im Jahr 2013 (ohne Re-Importe) sowie Gesamtabsatz und -umsatz*.

Rang	Präparat	Hersteller	Absatz 2013 in Tsd.
1	Paracetamol-ratiopharm®	ratiopharm GmbH (Ulm)	17 757,0
2	Thomapyrin®	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG (Ingelheim am Rhein)	7 842,0
3	Ibu 1A Pharma®	1 A Pharma GmbH (Oberhaching)	6 359,7
4	Ibu-ratiopharm®	ratiopharm GmbH (Ulm)	6 202,7
5	Ibuhexal®	Hexal AG (Holzkirchen)	5 816,7
6	Nurofen®	Klosterfrau Healthcare Group (Berlin)	5 722,8
7	Dolormin®	Johnson&Johnson GmbH (Neuss)	5 466,8
8	Aspirin®	Bayer Vital GmbH (Leverkusen)	5 103,3
9	Aspirin® Plus C	Bayer Vital GmbH (Leverkusen)	4 931,4
10	Ibubeta®	betapharm Arzneimittel GmbH (Augsburg)	4 491,8
Gesamtabsatz rezeptfreie Analgetika			111 027,6
Gesamtumsatz rezeptfreie Analgetika [in Tsd. Euro]			236 825,2

* Anmerkungen: Von einigen Arzneimitteln befinden sich auch verschreibungspflichtige Varianten auf dem Markt (z. B. Ibu-ratiopharm®, ratiopharm GmbH, Ulm), dargestellt sind nur die Absatzzahlen der rezeptfreien Varianten. ASS (Aspirin®, Bayer Vital GmbH, Leverkusen) ist auch in einer niedrigeren Wirkstärke als Blutgerinnungshemmer auf dem Markt, in dieser Tabelle bezieht sich die Absatzzahl nur auf die höher dosierte Analgetikavariante. In diese Übersicht gehen auch keine „Grippemittel“ ein, die Paracetamol, ASS oder Ibuprofen mit anderen Wirkstoffen kombinieren (z. B. Aspirin® Complex, Bayer Vital GmbH, Leverkusen; BoxaGrippal®, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Ingelheim am Rhein; Grippostad® C, STADA Arzneimittel AG, Bad Vilbel oder WICK Medinait®, Wick Pharma GmbH, Schwalbach am Taunus). Insofern sind die verkauften Mengen an Schmerzmitteln deutlich höher als sie nur unter der Berücksichtigung des Analgetikaverbrauchs kalkuliert werden können.

ohne Rezept

medikation für ein Schmerzmittel



Quelle: Fotolia.

Tab. 2 Die 10 meistverkauften rezeptpflichtigen Analgetika (ohne NSAR) nach Packungsmengen im Jahr 2013 (ohne Re-Importe) sowie Gesamtumsatz und -umsatz.

Rang	Präparat	Hersteller	Absatz 2013 in Tsd.
1	Novaminsulfon Winthrop®	Winthrop Arzneimittel GmbH (Berlin)	11 874,2
2	Novaminsulfon-ratiopharm®	ratiopharm GmbH (Ulm)	3 539,1
3	Tilidin comp. Stada®	STADA Arzneimittel AG (Bad Vilbel)	2 499,2
4	Novaminsulfon 1A Pharma®	1 A Pharma GmbH (Oberhaching)	2 000,5
5	Tramal®	Grünenthal GmbH (Aachen)	1 256,3
6	Tramadol Stada®	STADA Arzneimittel AG (Bad Vilbel)	1 057,3
7	Novalgine®	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH (Frankfurt)	921,6
8	Katadolon®	AWD,pharma GmbH & Co.KG (Radebeul)	781,1
9	Tilidin AL comp.®	ALIUD PHARMA® GmbH (Laichingen)	707,4
10	Valoron® N	Pfizer Pharma GmbH, Berlin	654,2
Gesamtumsatz rezeptpflichtige Analgetika			32 550,8
Gesamtumsatz rezeptpflichtige Anagetika [in Tsd. Euro]			282 204,5

sammenhang auf folgenden Punkt hingewiesen: „Prädisponiert für einen Anlagetikaabus sind Patienten, die ursprünglich an Migräne und/oder Spannungskopfschmerz litten. (...) Bei häufiger Einnahme von Analgetika – das heißt an mehr als der Hälfte aller Tage eines Monats – kann es schon nach wenigen Wochen, meistens aber erst nach Jahren zu einem medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz kommen (Dauer bis zum Auftreten bei frei verkäuflichen Schmerzmitteln im Mittel 4,7 Jahre, bei Triptanen 1,7 Jahre). (...)“

Analgetische Mischpräparate sind besonders problematisch

Besonders problematisch sind analgetische Mischpräparate. Misch-

analgetika sind Arzneimittel, die ein oder mehrere peripher wirkende Schmerzmittel sowie zusätzlich einen oder mehrere Kombinationspartner mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem, zum Beispiel Koffein oder Codein, enthalten. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass die Wirkung von ASS oder von Paracetamol durch die Kombination mit Koffein oder Codein verstärkt wird. (...)“

Analgetika können eine Fülle von Nebenwirkungen hervorrufen

Neben dem Dauerkopfschmerz können Analgetika, insbesondere Mischanalgetika, eine Fülle von Nebenwirkungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes, des hä-

matopoetischen Systems sowie der Nieren und ableitenden Harnwege hervorrufen, die sich oft erst nach Jahren manifestieren. Als klassisches Beispiel für Nebenwirkungen im Bereich des Nierensystems gilt die Analgetikaniere mit Papillennekrose und interstitieller Nephritis. Diese ist nach dem Verbot von Phenazetin seltener ge-

worden, kann aber auch als Folge von chronischem Paracetamolgebrauch – insbesondere in Kombinationspräparaten – auftreten.“

Werbung für Schmerzmittelkombinationen

Die Werbung für Schmerzmittelkombinationen, die ähnlich wie die Kombination der Wirkstoffe

ASS, Paracetamol und Koffein (Thomapyrin® INTENSIV oder Thomapyrin® CLASSIC, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Ingelheim am Rhein) zusammengesetzt sind (z.B. Neuralgin®, Dr. R. Pfleger GmbH, Bamberg; Neuraidal® N, STADA Arzneimittel AG, Bad Vilbel, oder Titralgan®, Berlin-Chemie AG, Berlin), trägt allerdings immer dazu bei, die Vorteile solcher Kombinationen bezüglich eines schnelleren Wirkungseintritts gegenüber Monopräparaten in den Vordergrund zu stellen: „Denn Thomapyrin® kombiniert seine 3 Wirkstoffe so ideal, dass es 15 Minuten schneller wirkt.“ (Internet-Werbung), also ob dies im Rahmen der Selbstmedikation ein Vorteil wäre, der die schon dargestellten Nachteile der Kombination aufwiegen könnte. Der Leitspruch „Ein sinnvoller Wirkstoff reicht in der Selbstmedikation für ein Schmerzmittel“ gilt nach wie vor.

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen

Literatur beim Verfasser.

Donnerstag, 23. Oktober 2014

Befreit Schmerztherapie: ärztliche Heilkunst und ökonomisierte Medizin 08:30–10:00 Uhr, Saal 4 (Bestseller Analgetika: Dominanz ohne Rezept)

Understanding psychological treatments in the context of other treatments

We can do better, but it requires radical changes



A. Williams

Recent meta-analysis of cognitive behavioural treatment for chronic non-headache pain in adults [1] shows it to be effective in reducing disability, distress and catastrophic thinking. Effect sizes are small to moderate: comparable with other surgical, pharmacological and physical treatments widely used for chronic pain, and of internet-delivered treatments [2]. While meta-analytic methods can reduce much of the bias and problems due to small studies, the trials themselves vary enormously in treatment methods and in outcome measurement, and often without any identifiable theoretical rationale. This makes studies

hard to group for specific analyses, even when we have enough, says Dr. Amanda Williams, London.

On the basis of these and similar findings from meta-analyses, we argue that it is time to stop doing small randomized controlled trials (RCTs) which introduce minor differences into treatment: we will learn very little from them. We need instead to focus on treatments which are more specifically addressed to patients' needs, for which we need to develop a better understanding of the important differences within the broad chronic pain population. Should we be tailoring treatment by the type of pain, or by the extent of disability, or depth of distress? Few trials address any of these important matters.

How do psychological treatments interact with various drugs?

Further, patients in real life are using other medical services, and we need to understand how psychological treatments interact with various drugs, with physical rehabilitation methods, and with some of the newer technologies delivered direct to the brain (such as transcranial magnetic stimulation). Can we assume that diverse treatments are always synergistic, or might unwanted effects (such as sedation from drugs) or style of treatment (the patient passive during delivery of some physical interventions such as acupuncture) undermine the ethos of self-

management represented by cognitive and behavioural methods? Does it matter if, during a pain management programme, the patient is independently receiving complementary therapies which draw on a very different model of pain, such as energy imbalance?

Treatment quality remains variable

While methodology of trials has improved over the years, treatment quality remains variable with no discernible trend towards improvement. Except in behavioural exposure, and the nearly-abandoned operant control, theoretical grounding of choice of treatment is often missing. But single case methodologies and multiple baseline studies can clarify mechanisms and conditions of change. There will be no simple predictors of outcome across heterogeneous populations, often very disabled and distressed, and from varied social and personal environments. It is not even clear whether more disabled and distressed patients require longer interventions to arrive at a reasonable level of function (a model of steady rate of progress whatever the baseline), or whether there is a threshold level of function

which promotes maintenance of treatment gains.

We are a long way from routine characterisation of patients

In drug trials, responder analyses are increasingly used in recognition of individual differences in metabolic responses [3]. In psychological treatments, we are a long way from characterising patients in routine ways which allow comparison of trials, or even using standard outcome domains. Important problems such as anxiety and depression are described using pathological terminology which strips them of their meaning in the context of pain. The trend is rather towards generic treatments which feature the researchers' or clinicians' current favourite elements, and weak delivery.

Considerable progress in developing integrated understanding of pain

Psychologists and their multidisciplinary colleagues have made considerable progress in developing integrated understanding of pain, and using it to design treatments. But although these treatments work, they fall far short of the possibilities envisaged by our under-

standing of pain, and far short of the improvements patients hope for. We can do better, but it requires radical changes [4].

Dr. Amanda Williams, Research Department of Clinical, Educational & Health Psychology, University College London

References

- Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11: CD007407
- Eccleston C, Fisher E, Craig L et al. Psychological therapies (internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2: CD010152
- Moore RA, Eccleston C, Derry S et al. „Evidence“ in chronic pain – establishing best practice in the reporting of systematic reviews. Pain 2010; 150: 386–389
- Morley S, Williams A, Eccleston C. Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: time for a paradigm shift? Pain 2013; 154: 1929–1931

Samstag, 25. Oktober 2014

Psychologische Verfahren 10:30–12:00 Uhr, Saal D (Ergebnisse einer Metaanalyse zur Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie [KVT] chronischer Schmerzen)

Hamburg, das Tor zur Welt



Alsterarkaden/Rathaus



Große Freiheit



St. Michaelis



Speicherstadt



Hafen



Hafenmeile mit Elbphilharmonie

Fotos: www.mediaserver.hamburg.de/c... Spahrbieter

Sehenswertes

Rathaus

Seit über 100 Jahren sind im Hamburger Rathaus (Bauzeit: 1886–1897) Bürgerschaft (Parlament) und Senat (Landesregierung) angesiedelt. Das Rathaus gehört mit zu den größten und besterhaltenen Bauten der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Seine Architektur ist durch zahlreiche Plastiken bereichert. Gemeinsam mit der kunstvollen Innengestaltung spiegelt das Gebäude eindrucksvoll staatliches und bürgerliches Selbstverständnis der Freien Hansestadt wider.

Alster

Maximal 2,50 Meter tief ist die Alster, der bekannte künstliche See mitten in Hamburg. Mit seiner doch beträchtlichen Größe von 160 Hektar bietet er Bootfans eine weite Fläche zum Rudern, Paddeln oder Segeln.

Jungfernstieg

Shoppern, flanieren, bummeln... wer das in Hamburg tun möchte, sollte den Jungfernstieg an der Alster ansteuern. Auf der Hamburger Einkaufs- und Promenadenstraße kreist alles ums Einkaufen in großen Kaufhäusern und feinen Boutiquen.

Cap San Diego

Der letzte erhaltene klassische Stückgutfrachter „Cap San Diego“ liegt an der Überseebrücke in Hamburg (Tel.: 040/364209). Er kann täglich von 10:00–18:00 Uhr besichtigt werden. Seit Dezember 2003 steht die Cap San Diego, das größte und vollseetüchtige Museumsschiff in Deutschland, unter Denkmalschutz.

Fischmarkt

Ein Besuch von Hamburg ohne den Besuch des Fischmarkts ist nur eine halbe Sache: Also, den Wecker früh stellen und auf geht's zum traditionsreichsten Markt (seit 1703) der Stadt. Sonntags von 5:00–9:30 Uhr wird am Elbufer zwischen Hafenstraße und Großer Elbstraße so gut wie alles gehandelt. Egal ob Feinschmecker, Wocheneinkäufer oder Andenkensammler – hier wird jeder fündig.

Hauptbahnhof

206 Meter lang, 135 Meter breit und 37 Meter hoch, das sind die Maße der größten deutschen Bahnhofshalle. Der Hamburger Hauptbahnhof wurde 1906 im Neorenaissancestil fertiggestellt und eröffnet.

Kunsthalle

Zwischen Hauptbahnhof und Außenalster befindet sich die Hamburger Kunsthalle, das größte Kunstmuseum in Deutschland. Zu sehen sind unter anderem Exponate der Deutschen Romantik, des Impressionismus und der Klassischen Moderne sowie internationale zeitgenössische Kunst ab 1950. Die Kunsthalle wurde 1869 eröffnet; zum größten Teil trugen private Spender die Kosten des Baus (ab 1863). Durch Alfred Lichtwark (seit 1886 Leiter) erfuhr das Museum internationale Bedeutung. Lichtwark veranlasste unter anderem den Ausbau der Gemäldegalerie und des Kupferstichkabinetts. Außerdem wurden unter seiner Leitung zwei mittelalterliche Altäre erworben. Im Jahr 1997 kam noch die „Galerie der Gegenwart“ dazu. Im renovierten Altbau werden die Gemälde der Klassischen Moderne präsentiert. Öffnungszeiten: Di–So 10:00–18:00 Uhr, Do 10:00–21:00 Uhr, Mo geschlossen (Tel.: 040/428131200)

Hafen

Der Hamburger Hafen ist der drittgrößte Hafen in Europa und zählt zu den 9 bedeutendsten Containerhäfen der Welt. Jedes Jahr laufen rund 13 000 Seeschiffe aus der ganzen Welt dort ein. Am besten unternimmt man eine Hafenrundfahrt und schaut sich vom Schiff aus die eindrucksvollen Hafenanlagen an. Begibt sich jemand auf die große Hafenrundfahrt, dann startet er an den Landungsbrücken, dem Hamburger Wasserbahnhof. Von der 700 Meter langen Anlegestelle aus schippern Fähren und Dampfer nach Finkenwerder, Övelgönne und Blankenese. Drumherum gibt es Andenken-Shops und urige Fischrestaurants, in denen Köstlichkeiten wie frische Kutterschollen oder Nordseekrabben auf den Tisch kommen.

St. Michaelis

Der wichtigste Barockkirchenbau Norddeutschlands ist die Hauptkirche St. Michaelis, die von 1751–1762 erbaut wurde. Der 132 Meter hohe Turm, der „Michel“, ist das Wahrzeichen der Stadt Hamburg. Von seiner Besucherplattform aus hat man einen schönen Blick auf Hafen und Stadt. Der Michel trägt die größte Turmuhr Deutschlands (Durchmesser: 8 Meter).

Speicherstadt

Die Speicherstadt ist der größte zusammenhängende Lagerhauskomplex der Welt. Sie liegt zwischen Deichtorhallen und Baumwoll im Freihafen und fällt auf durch die wilhelminische Backsteingotik der Gründerzeit und durch seltsam anmutende Giebel und Türmchen. Wertvolle Güter werden dort gelagert wie Kaffee, Tee, Gewürze, Kakao, Tabak, aber auch Computer und Orientteppiche. Ein Museum gibt Einblick in die heutige Arbeit der Speicherstadt, die – 800 Scheinwerfer machen's möglich – mit Einbruch der Dunkelheit anfängt, zu erleuchten.

Reeperbahn

Eine heiße Meile ist die Reeperbahn in St. Pauli zwar immer noch, aber ihr Bild hat sich seit einigen Jahren doch verändert. Auf kleinstem Raum drängen sich dort mehrere hundert Gastronomiebetriebe, von denen viele rund um die Uhr geöffnet haben. Nachtclubs kommen hier voll auf ihre Kosten. Diskotheken, Clubs und Bars sorgen für Stimmung unter den Kiez-Besuchern. Kulturinteressierte können sich im Operettenhaus, im St. Pauli Theater oder im Schmidt Theater bei Comedy-, Kabarett- oder Musicalvorstellungen die Zeit vertreiben.

Genießenswertes

Alt Helgoländer Fischerstube

Fischmarkt 4 a–c, 22767 Hamburg
Tel.: 040/3194696, Fax: 040/3193139
Öffnungszeiten: tgl. 12:00–24:00 Uhr,
(Küche: 12:00–22:00 Uhr)

Die „Alt Helgoländer Fischerstube“ liegt direkt am Fischmarkt. Das Restaurant mit seinem stillvollen und maritimen Ambiente ist Anlaufpunkt für Liebhaber der exquisiten Fischküche und Treffpunkt der Reeder, Kapitäne, Schiffsmakler und anderer Hamburger Geschäftsleute. Von der Terrasse aus blickt man auf die Elbe, den Hafen und den Marktplatz.

Warsteiner Elbspeicher

Große Elbstraße 39
22767 Hamburg/St. Pauli
Tel.: 0 40/38 22 42, Fax: 0 40/38 61 07 22
Öffnungszeiten: Restaurant: Mo–So 12:00–24:00 Uhr, Küche: durchgehend von 12:00–22:00 Uhr

Im alten, sanierten Elbspeicher befinden sich ein Restaurant und ein Bistro. Vom Restaurant im 1. Stock aus hat der Gast einen schönen Blick auf den Hamburger Hafen und die Elbe. Die Speisekarte bietet Fisch in allen Variationen, aber auch verschiedene Fleischgerichte. Im Außenbereich gibt es einen Biergarten und eine Terrasse mit 80 Plätzen.

Friesenkeller

Jungfernstieg 7/Ecke Alsterarkaden
20354 Hamburg
Tel.: 0 40/35 76 06 20, Fax: 0 40/34 23 85
Öffnungszeiten: durchgehend warme Küche von 11:30–22:30 Uhr

Norddeutsche Spezialitäten, Deftiges aus Friesland, Suppen, Salate, Fleisch und natürlich Fisch von der Emdener Fischpfanne bis zur Greetsieler Kutterfischerplatte, das ist die Friesische Antwort auf die Hamburgische Gastronomieszene.

Das Feuerschiff im City Sporthafen

Vorsetzen, 20459 Hamburg
Tel.: 0 40/36 25 53, Fax: 0 40/36 25 55
Öffnungszeiten: Mo–Sa 11:00–01:00 Uhr, So 09:00–23:00 Uhr, Mo ab 20:30 Uhr Blue Monday Jazztreffen, So 11:00–14:30 Uhr Jazzfrühstücken

In der Leuchtturmbar und im Restaurant werden warme und kalte Speisen von 12:00–22:00 Uhr serviert. Das gehobene Angebot besteht aus deutschen und internationalen Gerichten.

Erlebnenswertes

Asaf Avidan: Back To Basics Fall Tour 2014

(Rock & Pop)
22.10.2014; 20:00 Uhr
Markthalle Hamburg, Klosterwall 11

Die verkannte Schwester – Fanny Hensel

geb. Mendelssohn
22.10.2014; 19:30 Uhr
Hamburger Engelsaal, Valentinskamp 40–42

Così fan tutte

(Oper)
23.10.2014; 20:00 Uhr
Opernloft, Fuhrentwiete 7

Der Zauberer von Oz [7+]

(Theater)
23. und 24.10.2014; 18:00 Uhr
Junges Schauspielhaus Gaußstraße

Überjazz 2014

(Festival)
24.10.2014; 19:00 Uhr
Überjazz auf Kampnagel, Jarrestraße 20

Menahem Pressler – Kelemen Quartet

(Klassik)
22.10.2014; 20:00 Uhr
Laeiszhalle Hamburg, Johannes-Brahms-Platz 1

Familie Malente mit Ihrer Show Musik aus Studio C

(Theater)
23. und 24.10.2014; 20:00 Uhr
Hafencity, Osakaaallee 11

Benaissa Lamroubal: Be-Nicer

(Comedy & Kabarett)
24.10.2014; 20:00 Uhr
Goldbekhaus e.V., Moorfuhrweg 9

Elina Garanca, Mezzosopran / Brno Philharmonic Orchestra

(Klassik)
23.10.2014; 19:30 Uhr
Laeiszhalle Hamburg, Johannes-Brahms-Platz 1