

Deutscher Schmerzkongress 2013

23. – 26. Oktober 2013 ♦ CCH – Congress Center Hamburg

MODERNE SCHMERZMEDIZIN: Ist alles gut, was geht?



Programm

Gemeinsame Jahrestagung

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)

In Zusammenarbeit mit

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

Deutsche Gesellschaft für
Palliativmedizin e.V. (DGP)

Deutsche Gesellschaft für
Schmerztherapie e.V. (DGS)

Deutsche Gesellschaft für Psychologische
Schmerztherapie und -forschung e.V.
(DGPSF)

Berufsverband der Ärzte und
Psychologischen Psychotherapeuten
in der Schmerz- und Palliativmedizin
in Deutschland e.V. (BVSD)

Interdisziplinäre Gesellschaft für
orthopädische/unfallchirurgische und
allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)

Programmübersicht – Workshops

Donnerstag 24.10.2013

	Saal A1	Saal A2	Saal B1	Saal B2	Saal C1
08:30	WS1 Diagnose und Behandlung kindlicher Kopfschmerzen <i>S. 50</i>	WS2 Strategien in der postoperativen Schmerztherapie anhand von Fallbeispielen <i>S. 50</i>	WS3 Der schwierige Fall – Ein Videoseminar zum praktischen Umgang mit Schmerzpatienten <i>S. 51</i>	WS4 Aktivierung von Kopf, Nacken und Schultergürtel geht und ist gut <i>S. 52</i>	WS5 Biofeedback – Therapie bei chronischen Schmerzen <i>S. 53</i>
10:00					
15:00	WS6 Ergotherapie bei CRPS – was Ärzte wissen sollten <i>S. 53</i>	WS7 Sinnvolle Diagnostik und Therapie bei neuropathischen Schmerzen – ein Fallseminar <i>S. 54</i>	WS8 Schmerzdiagnostik mit Skalen und Fragebögen <i>S. 55</i>	WS9 Psychische Erkrankungen und Schmerz – Klinische Basisdiagnostik <i>S. 56</i>	WS10 Sekundäre Kopfschmerzen: Diagnostisches Vorgehen, Differentialdiagnosen und Therapie <i>S. 56</i>
16:30					

Workshops

Freitag 25.10.2013

	Saal A1	Saal A2	Saal B1	Saal B2	Saal C1
08:30	WS11 Klinische Differenzierung und gezielte Behandlung des Schulter-Nackenschmerzes <i>S. 57</i>	WS12 Biofeedbacktherapie bei Kopfschmerz und Migräne <i>S. 58</i>	WS13 Total pain – Wege zur guten Symptomkontrolle <i>S. 59</i>	WS14 Fehler und Fallen der Statistik <i>S. 59</i>	WS15 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR nach Kabat-Zinn) in der Therapie chronischer Schmerzen <i>S. 60</i>
10:00					
14:00		WS17 Kerndokumentation und Qualitätssicherung <i>S. 62</i>			
15:00	WS18 Identifizierung und Umgang mit Zielkonflikten <i>S. 63</i>	WS19 Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie <i>S. 64</i>	WS20 Opioide in der Praxis <i>S. 64</i>	WS21 Probl. Interaktionen in der Schmerztherapie – von schwierigen Patienten und schwierigen Behandlern <i>S. 65</i>	WS22 Probleme mit Opioiden – Entzugsstrategie im interdisziplinären Team <i>S. 66</i>
16:30					

Samstag 26.10.2013

	Saal A1	Saal A2	Saal B1	Saal B2
08:30	WS24 Burnout bei Ärzten – eine kritische Auseinandersetzung S. 68	WS25 Sie kennen die Situation: vom Umgang mit schwierigen Schmerzpatienten S. 69	WS26 Interaktives Planspiel: Organisation der Akutschmerztherapie im Krankenhaus S. 70	
10:00				
10:30				
11:00		WS27 Intraoraler und orofazialer Schmerz – Workshop für Ärzte und Schmerztherapeuten S. 70		
12:00				WS28 Headache Nurse S. 71
12:30				
13:00			WS29 Diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie myofaszialer Triggerpunkte S. 71	
14:00				

Saal F

08:30	WS16 „Ich bilde mir den Schmerz doch nicht ein“ – Bio-psychosoziale Zusammenhänge von Schmerz erklären – aber wie? S. 61
10:00	
15:00	WS23 Mit Hammer und Stimmgabel: Crashkurs Neurologische Untersuchungstechnik S. 67
16:30	

08:30 - 10:00 Uhr / Saal A1

WORKSHOP

WS1 Diagnose und Behandlung kindlicher Kopfschmerzen – Videofallseminar und aktueller Überblick

Vorsitz: C. Gaul (Königstein), F. Ebinger (Paderborn)

Kopfschmerzen stellen die häufigste Schmerzstörung und die häufigste neurologische Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen dar. Oft besteht Unsicherheit, ob Kopfschmerzen auch im Kindesalter auf eine primäre Kopfschmerzkrankung zurückzuführen sind oder ob (und wie intensiv) nach anderen Grunderkrankungen gesucht werden muss. Migräne tritt auch bereits vor der Pubertät auf, um danach in der Inzidenz noch weiter anzusteigen. Es gibt Hinweise dafür, dass Migräne und andere Kopfschmerzkrankungen immer früher – z. T. bereits im Vorschulalter – beginnen. Kopfschmerzen führen zu Schulfehlzeiten, erschweren soziale Kontakte und beeinträchtigen die Lebensqualität deutlich. Zwar gibt es die Chance, dass sich die Kopfschmerzen wieder verlieren, jedoch haben Kinder und Jugendliche speziell mit Migräne ein hohes Risiko auch als Erwachsene unter Kopfschmerzen zu leiden.

Im jüngeren Alter sind die Charakteristika primärer Kopfschmerzen oft anders oder weniger klar ausgeprägt als beim älteren Patienten. Häufig besteht Unsicherheit, wie die Kopfschmerzen einzuordnen sind und ob und welche weitergehenden Untersuchungen notwendig sind. Nicht geringer sind häufig die Unsicherheiten hinsichtlich der richtigen Therapie. Die Diagnose gründet sich auf Anamnese und körperliche Untersuchung unter Kenntnis des alterstypischen Bildes primärer Kopfschmerzen. Ergänzende technische Untersuchungen sind nur bei Auffälligkeiten in der Anamnese oder in der körperlichen Untersuchung notwendig. In der prophylaktischen Therapie stehen verhaltensmedizinische Maßnahmen im Vordergrund, aber auch Medikamente haben ihren Platz. In der Migräneattacke ist es wichtig Analgetika und/oder Triptane frühzeitig und ausreichend dosiert einzusetzen.

Im Workshop soll ein aktueller Überblick über die Charakteristika kindlicher Kopfschmerzen und über das richtige diagnostische und therapeutische Vorgehen gegeben werden und dies soll anhand von Kasuistiken und Videodemonstrationen exemplarisch verdeutlicht werden.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal A2

WORKSHOP

WS2 Strategien in der postoperativen Schmerztherapie anhand von Fallbeispielen

Vorsitz: K. Ferlemann (Göttingen)

In diesem Workshop sollen beispielhafte Kasuistiken interessanter postoperativer Problemfälle vorgestellt werden. Die Fälle sind real und resultieren aus der konsiliarischen Betreuung einer Schmerztherapeutischen Einrichtung in einem großen Universitätsklinikum.

Thematisch handelt es sich um Patienten mit vorbestehendem Opiatabusus oder Substanzmissbrauch, junge Menschen mit langer Krankenhauskarriere und iatrogenen Opiatgewohnheit, CRPS-Patienten und Patienten mit postoperativen Neuropathien.

Die Fälle werden ca. 10 min in ihren Spezifika vorgestellt, danach mit den Teilnehmern potentielle Lösungswege erarbeitet und zum Schluß durch die von uns gewählte Vorgehensweise mit dem erzielten Resultat vorgestellt.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal B1

WORKSHOP

WS3 Der schwierige Fall – Ein Videoseminar zum praktischen Umgang mit Schmerzpatienten

Vorsitz: T. Jürgens (Hamburg)

Referenten: C. Lahmann (München), T. Jürgens (Hamburg)

Chronische Schmerzpatienten gelten im klinischen Alltag oft als schwierige Patienten. Bei genauer Betrachtung stellt sich meist die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten mit chronischen Schmerzen als wesentliches Problem dar. Die grundlegenden Schwierigkeiten gehen im Wesentlichen auf drei Aspekte zurück: Das Drängen der Patienten auf weitere somatische Diagnostik und Therapie mit konsekutiv deutlich appellativem Verhalten, die Befürchtung der Ärzte, vielleicht doch eine verborgene Krankheit zu übersehen oder übersehen zu haben sowie drittens die Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen.

Patienten mit chronischen Schmerzbeschwerden sprechen gleichsam eine „Sprache der Schmerzen“; die Symptomklagen des Patienten sollten vom Therapeuten aktiv entgegengenommen und durch Nachfragen und Anregungen strukturiert werden. Die teils sehr ausführlichen Schilderungen der Schmerzen sollten dabei nicht als Widerstand sondern unvermeidbares Charakteristikum dieser Patientengruppe verstanden werden.

Aus dieser aktiv-stützenden Haltung entspringt insbesondere bei Patienten mit einer psychischen Komorbidität die Form der tangentialen Gesprächsführung. Dies bedeutet, dass Bereiche des intrapsychischen Erlebens eher beiläufig angesprochen werden und die Patienten nicht vorschnell mit der Aussage konfrontiert werden, die Beschwerden seien teilweise oder gänzlich psychisch oder psychosomatisch zu erklären. Stattdessen kann ein positives Erklärungsmodell angeboten werden, z.B. mit Information über psychophysiologische Zusammenhänge wie veränderten Körperreaktionen bei Aufregung oder Stress. Um eine konfrontative, psychische Aspekte zu sehr fokussierende Gesprächsführung zu vermeiden, bieten sich auch Verweise auf andere Patienten an: „Bei vielen meiner Kopfschmerz-Patienten ist es so, dass ...“. Einen ähnlichen Effekt haben sogenannte „Ich Botschaften“, z.B. die Formulierung: „Ich habe den Eindruck, dass die hartnäckigen und lange anhaltenden Schmerzen Ihnen auch seelisch ziemlich zusetzen.“ Hier hat der Patient die Möglichkeit, diesem Eindruck zuzustimmen, aber auch ohne großes konfrontatives Moment zu verneinen.

Dies bedingt eine Anpassung der Gesprächsführung – insbesondere in der Frühphase der Arbeit mit dem Patienten – um die fast regelhaft zu erwartenden interaktionellen Schwierigkeiten zu minimieren. Hierzu ist eine zielgerichtete, rationale Kommunikationsstrategie hilfreich, die lehr- und lernbar ist und im Rahmen des Seminars mit Hilfe von Videosequenzen vermittelt wird.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal B2

WORKSHOP

WS4 Aktivierung von Kopf, Nacken und Schultergürtel geht und ist gut

Vorsitz: D. Seeger (Göttingen)

Im Jahr 2000 entwickelte sich nach den guten Erfahrungen mit der Aktivierung von Patienten mit Rückenschmerzen (z.B. GRIP) in der UMG in Göttingen im interdisziplinären Setting ein Programm für Patienten mit Nackenschmerzen, das, nach erfolgter ärztlicher Diagnostik, nur von Physiotherapeuten durchgeführt wird. Das Besondere dieses Programms ist die Aktualität und die Essenz der Rückschlüsse, die aus den Programmen für Rückenschmerzpatienten gezogen werden konnte. Diese wurden vereint mit Erkenntnissen aus der Entwicklung der Salutogenese, nach deren Prinzipien die Teilnehmer der Nackengruppe ihre individuellen an Gesundheit, Wohlbefinden und Belastbarkeit orientierten Ziele definieren. Die aktuellen Leitlinien Nackenschmerz, die 2010 publiziert wurden, forderten für die Therapie die Aspekte, die dieses Programm bereits enthielt und im Jahr 2003 durch eine Studie in ihrer Wirksamkeit im Vergleich mit Therapie nach dem Heilmittelkatalog (as usual) geprüft wurden. Allerdings waren die beiden Übungen, die von den Leitlinien empfohlen werden, um ein vielfaches erweitert. Jeder Teilnehmer erarbeitet in diesem standardisierten Gruppenprogramm sein individuelles Übungsprogramm, das er in Eigenregie zu Hause durchführt. Inzwischen ist es möglich sowohl Beweglichkeit, als auch Kraft durch ein computergesteuertes Messsystem zu erfassen, so dass das Therapieoutcome, zusätzlich zu den durch Fraggbögen erfassten Parametern, dokumentiert werden kann.

In diesem Workshop wird dem Zuhörer diese Konzeption erläutert und durch Eigenübungen erfahrbar gemacht, sodass auch für die eigene Nackenbeweglichkeit einiges mit nach Hause genommen werden kann.

Im Verlaufe des Konzepts werden in 10 Terminen Übungen zur Verbesserung von Beweglichkeit, Belastbarkeit und Kenntnisse über Schmerzentstehung, Aufrechterhaltung, Anatomie und Physiologie vermittelt. Ergänzt wird dieses durch Selbsthilfestrategien bei Schmerz, die der Teilnehmer erlernt und versteht wo, wie und wann er sie einsetzen kann und so eine eigene Kompetenz im Umgang mit Beschwerden und Beeinträchtigung erlangt. Das Ziel ist hier zunächst nicht zu lernen mit Schmerzen zu leben, sondern noch einmal aus dem Teufelskreis von Schmerz und Beeinträchtigung herauszufinden. Dafür ist das Erarbeiten der persönlichen Ziele essenziell, da erst dadurch eine tragfeste Orientierung entsteht. Dieses Programm kann nach einer entsprechenden Schulung eigenständig von Physiotherapeuten als Gruppenprogramm aber auch in der Einzeltherapie durchgeführt werden. Es eignet sich aber auch als Präventionsprogramm oder kann verkürzt und modifiziert als Teil einer tagesklinischen Konzeption angeboten werden.

08:30 - 10:00 Uhr / C1

WORKSHOP

WS5 Biofeedback-Therapie bei chronischen Schmerzen

Vorsitz: A. Diezemann (Mainz)

Biofeedback stellt ein in der Schmerztherapie etabliertes Verfahren dar (Kröner-Herwig, 2011). Durch die systematische Rückmeldung messbarer körperlicher Signale können Patienten mit chronischen Schmerzen unterschiedlich profitieren: Zusammenhänge zwischen seelischen Prozessen (wie z.B. Gefühlen und Erwartungen) mit körperlichen Prozessen können dargestellt werden, was dem Patienten das Verständnis für ein bio-psycho-soziales Schmerzmodell erleichtert. Darüber hinaus kann der Patient lernen, spezifische physiologische Veränderungen hervorgerufen. Dies fördert die Entwicklung einer Selbstwirksamkeitserwartung, welche einen wesentlichen Aspekt für eine günstige Schmerzbewältigung darstellt.

Der Workshop bietet einen Überblick über die Biofeedbackanwendung in der Schmerztherapie, die vermuteten Wirkmechanismen und die Wirksamkeit bei den unterschiedlichen Schmerzbildern (Martin & Rief 2009). Die unterschiedlichen Methoden der Biofeedbackbehandlung werden mit einem Mehrkanalgerät und tragbaren Ein-Kanalgeräten demonstriert. Hierbei werden Aspekte der Diagnostik und Modellvermittlung, der Einsatz von Biofeedback bei Rücken- und Nacken- und Kopfschmerzen und allgemeine Entspannungstechniken mit Hilfe von Biofeedback (RSA-Training, Atementspannung, Hautleitfähigkeit und Hauttemperatur-Biofeedback) vorgestellt (Rief & Birbaumer, 2000).

15:00 - 16:30 Uhr / Saal A1

WORKSHOP

WS6 Ergotherapie bei CRPS – was Ärzte wissen sollten

Vorsitz: M. Krause (Kiel)

Bei der Therapie des komplexen regionalen Schmerzsyndromes (CRPS) ergibt sich oft eine Gratwanderung zwischen Schonung und Belastung. Ergotherapeutische Verfahren haben hier einen hohen Stellenwert. Die Verordnung und Verantwortung der Behandlung liegt in Deutschland allein in ärztlicher Hand.

Zur Koordinierung der Maßnahmen und Bewertung des Therapiefortschrittes ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit hilfreich, ferner ein übereinstimmendes Krankheitsverständnis und Grundkenntnisse über die (ergotherapeutischen) Verfahren der Behandlungs-Partner.

Dieses zu vermitteln, ist das Ziel dieses Workshops. Aus Sicht eines universitären Schmerzzentrums mit vielen Patienten mit CRPS werden die Grundlagen der Therapie des CRPS dargestellt und der ergotherapeutische Part durch eine niedergelassene Ergotherapeutin praktisch veranschaulicht.

Fachtermini wie Lateralitätstraining, „Motor Imagery Program“ mentale Bewegungen, Spiegeltherapie, etc. werden auch sinnlich erfahrbar. Fallstricke in der Verordnungspraxis werden an Beispielen erläutert.

15:00 - 16:30 Uhr / A2

WORKSHOP

WS7 Sinnvolle Diagnostik und Therapie bei neuropathischen Schmerzen – ein Fallseminar

Vorsitz: S. Rehm (Kiel), J. Hellriegel (Kiel)

Neuropathische Schmerzen unterscheiden sich ätiologisch und symptomatisch von chronischen Schmerzen, bei denen das Nervensystem intakt ist. Auch die Therapie neuropathischer Schmerzen unterscheidet sich von der Therapie nozizeptiver Schmerzen, was eine klinische Differenzierung zwischen diesen beiden Schmerzformen notwendig macht. In diesem Seminar sollen die klinischen Manifestationen neuropathischer Schmerzbilder aufgezeigt und die über die körperliche Untersuchung und Anamnese hinausgehenden apparativen Untersuchungstechniken erläutert werden: Neurophysiologische Untersuchungsverfahren ermöglichen eine Funktionsdiagnostik des peripheren und zentralen Nervensystems, Schädigungen des Schmerz verarbeitenden Systems können auch durch die quantitative Thermotestung detektiert und quantifiziert werden. Neben den Chancen die diese diagnostischen Verfahren bieten, sollen in diesem Workshop auch die möglichen Probleme diskutiert werden, die durch eine intensive apparative Diagnostik auftreten können, wie z.B. iatrogenen Chronifizierung oder die Verunsicherung vieler Patienten durch auffällige Befunde, welche mit der klinischen Symptomatik in keinem Zusammenhang stehen. Des Weiteren soll anhand von Fallbeispielen auf mögliche Fehlerquellen eingegangen werden.

15:00 - 16:30 Uhr / B1

WOKSHOP

WS8 Schmerzdiagnostik mit Skalen und Fragebögen

Vorsitz: P. Nilges (Mainz)

Zur Anwendung von Fragebögen und Skalen in der Schmerzdiagnostik bemerkt Williams: „Die Verwendung zuverlässiger, valider und sinnvoller Verfahren ist keineswegs schwieriger als die Anwendung uninterpretierbarer oder ungeeigneter Methoden“ (Williams 1995, S. 55).

Die Erfassung von Schmerzmerkmalen wie Intensität, Dauer, Maximum, Minimum und Qualität ist inzwischen weitgehend diagnostischer Standard. Die verwendeten Skalensformen, -formate und Instruktionen variieren dagegen noch immer erheblich.

Themen des Praktikerseminars sind Grundlagen, Auswahl und Anwendung der Verfahren im klinischen Alltag. Kriterien für „gute“ und „schlechte“ Verfahren werden diskutiert. Besprochen und praxisnah vermittelt werden die derzeit üblicherweise verwendeten Verfahren zur Schmerzmessung (VAS, NRS, Schmerztagebücher, Fragebögen zur Schmerzqualität), Verfahren zur Bestimmung der Chronifizierung (MPSS, Graduierung nach von Korff) sowie bereichsspezifische Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen (depressive Symptome, Angst, Stress).

Die Auswertung und Interpretation werden praxisgerecht erarbeitet. Dabei werden häufige Fehlerquellen, Probleme (z.B. Auswertung bei fehlenden Werten) und Entscheidungen für oder gegen bestimmte Formate sowie die Anwendungsmöglichkeiten und -grenzen beim Einsatz von Fragebögen bei Patienten mit körperlichen Beschwerden erläutert.

Vorge stellt werden die Änderungen im Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft und die neu eingeführten bzw. erweiterten Verfahren. Mit 21 Items ist die Depressions-, Angst- und Stress-Skala (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995) ein reliables, valides und gleichzeitig ökonomischer Fragebogen für Patienten mit chronischen Schmerzen.

Besonderen Stellenwert hat in diesem Praktikerseminar das Gespräch mit Patienten: Bei der Einführung der Verfahren, der Beantwortung von Fragen und Zweifeln und bei der Vermittlung der Ergebnisse.

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 335-343.

Williams, A. C. (1995). Pain measurement in chronic pain management. *Pain Reviews*, 2, 39-63.

15:00 - 16:30 Uhr / B2

WOKSHOP

WS9 Psychische Erkrankungen und Schmerz – Klinische Basisdiagnostik

Vorsitz: V. Lindner (Kiel)

Die Erfahrung einer Komorbidität zwischen seelischen Störungsmustern und Schmerzerkrankungen ist im medizinischen Betreuungsbereich allgemein weit verbreitet und erstreckt sich auf nahezu sämtliche Fachrichtungen.

In dem zu o.g. Thema vorbereiteten Workshop soll daher dieser Themenkomplex sowohl aus schmerztherapeutischer als auch psychiatrischer Sicht beleuchtet werden.

Einleitung

Orientierende Erläuterung der Erlebnisprozesse zur Schmerzentstehung und -verarbeitung in ihrer Beziehung zu psychischen Erkrankungsbildern.

Grundlagen

Darstellung der Beurteilungskriterien für eine psychiatrische Staturevaluation und der hieraus erkennbar werdenden Charakteristika zu den Integrationsabläufen der Schmerzwahrnehmung in die Erlebnis- und Handlungsstrukturen der jeweiligen Patienten. Beleuchtung der Begegnungssituation zwischen Arzt/Psychologe und Patient als Ausgangspunkt für eine Erhellung des seelischen Belastungsspektrums bei den Betroffenen.

Anwendung

Ausführliche Vertiefung praktischer Einzelaspekte an Hand von Beispielen

15:00 - 16:30 Uhr / Saal C1

PALLIATIVMEDIZIN

WS10 Sekundäre Kopfschmerzen: Diagnostisches Vorgehen, Differentialdiagnosen und Therapie

Vorsitz: C. Schankin (München)

In der täglichen Praxis gibt es immer wieder Fälle, bei denen sich ein Kopfschmerzsyndrom nicht als klassischer primärer Kopfschmerz präsentiert. Handelt es sich bei dem chronischen Kopfschmerz wirklich um einen Spannungskopfschmerz, oder liegt ihm nicht doch eine möglicherweise bedrohliche Erkrankung zugrunde? Wann liegt ein Notfall vor? Ist eine Bildgebung notwendig, und wenn ja, welche? Welche diagnostischen Möglichkeiten gibt es darüber hinaus? Wie geht man konkret bei der Therapie des Analgetika-induzierten Kopfschmerzes vor? Wie bei der idiopathischen intrakraniellen Hypertension? Wie beim orthostatischen Kopfschmerz.

Anhand einprägsamer Beispiele soll in dem Workshop eine algorithmische Vorgehensweise für die typischen Probleme und Therapiekonstellationen in der täglichen Praxis vermittelt werden.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal A1

WORKSHOP

WS11 Klinische Differenzierung und gezielte Behandlung des Schulter-Nacken-Schmerzes

Vorsitz: H.-R. Casser (Mainz)

Differentialdiagnostik des Schulter- Nackenschmerzes

H.-R. Casser (Mainz)

Möglichkeiten der manualmedizinischen Behandlung (mit Demonstration)

M. Graf (Trier)

Schulter-Nacken-Schmerzen stellen eine differentialdiagnostische Herausforderung dar. Spezielle Erkrankung der Schultergelenkes wie das Subacromial-Syndrom als Ausdruck einer Bursitis subacromialis, einer Rotatorenmanschetten- oder Bizepssehnenruptur oder einer Tendinosis calcarea, aber auch Beschwerden aufgrund einer Omarthrose oder einer rheumatischen Synovitis des scapulothorakalen Gelenkes bis hin zur Acromioclavikulargelenksarthrose lösen charakteristische Beschwerden bzw. Funktionsstörungen auf, die in erster Linie durch die klinische Untersuchung zu differenzieren sind. Davon abzugrenzen sind die neuralgische Schulteramyotrophie, die Capsulitis adhaesiva („Frozen Shoulder“), Radikulopathien der unteren Halswirbelsäule (C5-8) und das Quadrantensyndrom als Ausdruck einer vegetativen Schmerzsymptomatik bis hin zu myofasciellen Schmerzsyndromen der Schulter- Nackenmuskulatur mit Triggerpunkten vorzugsweise im Trapezius, Sternocleidomastoideus oder den Scaleni, die ebenfalls eine Domäne der klinischen Untersuchung, orthopädisch-manualdiagnostisch sowie neurologisch-elektrophysiologisch, sind.

Von Seiten der Halswirbelsäule sind spezielle Erkrankungen wie Tumore, Infektionen, Aneurysmen und Dissektionen der A. vertebralis und der A. carotis interna auszuschließen. Degenerative Veränderungen, wie sie in den bildgebenden Verfahren beschrieben werden, z. B. Bandscheibenveränderungen, Spinal- und Foraminalstenosen, Spondylosen und Unkovertebralarthrosen sind mithilfe der körperlichen Untersuchung auf ihre klinische Relevanz zu überprüfen. Dazu gehören auch posttraumatische Beschwerden nach HWS-Distorsionen.

Differentialdiagnostisch müssen auch Schulterschmerzen neurologischer Genese berücksichtigt werden, die zur Desintegration der Schulter-Nacken-Arm-Region führen. Die Läsion nozizeptiver Fasern dagegen kann ein neuropathisches Schmerzsyndrom auslösen. Häufig liegen nozizeptive und neuropathische Schmerzkomponenten gemeinsam vor. Einen weiteren Aspekt stellen sympathisch unterhaltene Schmerzen dar.

Im Rahmen chronischer Beschwerdebilder spielen psychische Faktoren bei Entstehung und Unterhaltung der Schulter-Nacken-Schmerzen eine zunehmende Rolle. Sie müssen frühzeitig erfasst und ggf. schmerzpsychologisch in einem multimodalen interdisziplinären Therapieprogramm ausreichend berücksichtigt werden.

Unter Einbeziehung orthopädischer, manualdiagnostischer, neurologischer und schmerzpsychologischer Aspekte soll ein praxisorientiertes Konzept aufgezeigt werden, um relevante anamnestische und klinische Zeichen einschließlich bildgebender Befunde zu erkennen, kompetent zu interpretieren und für das therapeutische Vorgehen entsprechend zu verwerten.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal A2

WORKSHOP

WS12 Biofeedbacktherapie bei Kopfschmerz und Migräne

Vorsitz: B. Meyer (Rostock)

Referenten: B. Meyer (Rostock), U. Niederberger (Kiel)

Nach den aktuellen Leitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft gelten psychologische Verfahren, die der Verhaltenstherapie entstammen, als evidenzbasiert und hoch effektiv in der Behandlung der Migräne. Auch bei der Behandlung des Kopfschmerzes vom Spannungstyp sind diese Verfahren wirksam und können unter bestimmten Voraussetzungen als Alternative zur medikamentösen Therapie eingesetzt werden. Neben Entspannungsverfahren, operanten und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen im eigentlichen Sinne hat sich in den letzten Jahren zunehmend die Biofeedback-Therapie als verhaltenstherapeutische Maßnahme zur Behandlung von Kopfschmerzen und Migräne etabliert. Aus umfangreichen Cochrane-Studien und Metaanalysen geht hervor, dass diese Therapieverfahren beispielsweise bei der Migräne ähnlich effektiv sind wie eine medikamentöse Prophylaxe. Das Prinzip dieser Behandlung ist einfach: Grundsätzlich können alle autonom oder zentral ablaufenden Körperfunktionen über Biofeedback beeinflusst werden. Sie müssen nur bewusst wahrgenommen werden. Dadurch lassen sich diese Funktionen willentlich in die gewünschte Richtung beeinflussen. Dies gilt in besonderem Maße auch für Kopfschmerzen und Migräne. So kann mit unspezifischer Wirkung zumindest eine autonome Ruhigstellung erreicht werden, die ihrerseits die Wahrscheinlichkeit beispielsweise für einen Migräneanfall reduziert. Aber auch spezifischer wirkende Verfahren können bei der Behandlung von Kopfschmerzen eingesetzt werden, so u.a. ein Ansatz zum Aufbau von Habituationseffekten.

Im Workshop werden zunächst die Grundlagen der Biofeedbacktherapie vorgestellt. Es folgen einige Fallbeispiele bei der Anwendung im Bereich chronischer Schmerzzustände, hier speziell bei der Migräne und beim Kopfschmerz vom Spannungstyp. Abgerundet wird das Seminar mit praktischen Übungen der Teilnehmer an verschiedenen Biofeedbackgeräten und einer Darstellung der Fallstricke dieser Behandlung. Außerdem wird auf abrechnungstechnische Besonderheiten dieser Behandlungsmethode eingegangen.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal B1

WORKSHOP

WS13 Total pain – Wege zur guten Symptomkontrolle

Vorsitz: R. Schwab (Mainz)

Referenten: R. Laufenberg-Feldmann (Mainz), R. Schwab (Mainz)

Cicely Saunders, die Gründerin der modernen Palliativmedizin, prägte diesen Begriff und berücksichtigt damit die Multidimensionalität des Schmerzerlebens. Die Fokussierung auf die somatische Dimension greift zu kurz, auch psychische, soziale, sowie spirituelle und existenzielle Aspekte spielen in der Behandlung von Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Grunderkrankung eine wichtige Rolle. In diesem Workshop werden Patientenbeispiele vorgestellt, anhand derer Behandlungspfade aufgezeigt und diskutiert werden. Es werden hierbei nicht nur schwierige schmerztherapeutische Situationen vorgestellt, sondern auch weitere Symptome, die am Lebensende auftreten. Die Fallvignetten werden durch Videoausschnitte ergänzt und bilden die Grundlage für eine Diskussion schwieriger Konstellationen und die Erarbeitung differenzierter Behandlungsoptionen.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal B2

WORKSHOP

WS14 Fehler und Fallen der Statistik

Vorsitz: T. Dresler (Tübingen)

Die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen in internationalen Fachzeitschriften aber auch auf Kongressen zählt zu den wichtigsten Aufgaben der an den Studien beteiligten Forscher. Hierdurch werden neue Erkenntnisse in der weltweiten Wissenschaftsgemeinschaft verbreitet und grundlagen-, aber vor allem auch anwendungsorientierte Aussagen getroffen, die von hoher Relevanz für die übrige Schmerzforschung und die Therapie sind. Für viele stellt die Datenanalyse jedoch einen schwierigen Schritt am Ende eines erfolgreichen Forschungsprojektes dar.

Schon während der Planung von Studien sollte die exakte statistische Fragestellung formuliert werden und auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden, was den weiteren wissenschaftlichen „Wertschöpfungsprozess“ nachhaltig verbessern kann. Bei der Auswertung stellt sich dann oft die Frage, was denn das am besten geeignete statistische Verfahren sei, um die jeweilige Fragestellung adäquat beantworten zu können.

In diesem Workshop wird auf häufig auftretende statistische Probleme bei Studienplanung (z.B. Design, Stichprobengröße), Datenauswertung (z.B. fehlende Daten, Wahl der Verfahren) und Ergebnisdarstellung (z.B. Übersichtlichkeit, Präferenzen) näher eingegangen. In Fallbeispielen werden anhand realer Studien die wichtigsten Fallstricke vorgestellt; der richtige Umgang mit diesen Problemen wird den Teilnehmern demonstriert. Prägnante Beispiele werden in SPSS vorgestellt

08:30 - 10:00 Uhr / Saal C1

WORKSHOP

WS15 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR nach Kabat-Zinn) in der Therapie chronischer Schmerzen – eine Einführung mit praktischen Übungen

Vorsitz: H. Lucius (Schleswig)

Das Übungsprogramm der **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)** geht auf den amerikanischen Therapeuten Jon Kabat-Zinn zurück, der 1979 die Stress Reduction Clinic an der University of Rochester/USA gründete. Das strukturierte Training wurde im Lauf der Jahre stetig weiterentwickelt, intensiv wissenschaftlich untersucht und standardisiert und wird inzwischen weltweit gelehrt. Längst sind nicht mehr nur Schmerzranke oder Krebspatienten die Zielgruppe, sondern auch Mitarbeiter/Innen in Krankenhäusern, Schulen, Behörden und Betrieben. Therapeuten, als MBSR-Lehrer qualifiziert, bieten Trainings für jeden an. Ein besonderes Angebot richtet sich immer mehr an Ärzte/Innen, vor allem unter dem Eindruck der nicht nur in der Laienpresse immer noch breit diskutierten Burn-out Problematik. Dabei sind Achtsamkeitsübungen kein „neues Konzept“, es handelt sich nicht im engeren Sinne um eine Therapie. Es steht keine besondere religiöse oder spirituelle Praxis dahinter und MBSR hat auch nichts mit Esoterik, Glauben oder einer Art ideologischer Ausrichtung zu tun. Achtsamkeit ist vielmehr eine geistige innere Haltung, in der wir uns um eine gleichmütiges Wahrnehmen und Betrachten sich einstellender Phänomene bemühen, ohne daran zu haften oder diese zu bewerten. Das beinhaltet eine gelassene Akzeptanz dessen, was gerade präsent ist, ohne es beurteilen, verändern oder auch loslassen zu wollen. Wertungen wie „richtig“ oder „falsch“ sind ohne Bedeutung. Regelmäßige Praxis führt zu einer offenen Präsenz und im Optimalfall zu beständiger Achtsamkeit. Hierin liegt eine wesentliche Voraussetzung zur Stressreduktion im Rahmen einer effektiven Selbstfür- und -vorsorge.

Zahlreiche Studien, zunehmend auch aus dem deutschen Sprachraum (u.a. Schmidt, S., et al, PAIN 152/2011, Grepmaier, L. et al, Psychotherapy and Psychosomatics 76/2007) zeigen zum Teil gute Effekte, u.a. auf chronische Rückenschmerzen, Migräne oder Fibromyalgie, auch wenn diese in Langzeituntersuchungen noch nicht immer bestätigt werden konnten. Gleiches gilt für psychotherapeutische Settings. Ergänzend finden sich Daten aus der Onkologie und Psychokardiologie.

Neben Verfahren wie der Acceptance-and-Commitment-Therapy (ACT) nach Hayes et al. und der Dialektisch Behaviouralen Therapie (DBT) hat sich inzwischen auch die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) nach Williams und Teasdale einen festen Platz vor allem in der Psychotherapie erobert.

Die formale Praxis der MBSR besteht aus drei Teilen:

- 1. Dem Body Scan, einer achtsamen Körperwahrnehmung**
- 2. Einer Sitzmeditation**
- 3. Einer Reihe sanfter Bewegungsübungen, die überwiegend der Tradition des Yoga entstammen**

Eine zentrale Rolle spielt die Praxis im Alltag (achtsames essen oder Haare waschen), achtsames Verhalten in der Kommunikation wird geübt (sog. Aikido-Stil), immer wieder sind Gefühle und Gedanken wahrzunehmen und eine Neuausrichtung erfolgt.

Das Seminar wird anhand eines Vortrags und von Übungen (Breathing Space, Rosinen) in die Thematik einführen, Der Nutzen für die TN besteht in der Erfahrung einer effektiven Methode zur eigenen Geistesschulung als Basis einer adäquaten Stress- und Schmerz-bewältigung – Grundvoraussetzung für erfolgreiche Beziehungen und eine tragfähige Arzt-Patienten-Kommunikation (Schulz-von Thun, Watzlawik), besonders im Rahmen der Begleitung chronisch schmerzkranker Menschen.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal F

WORKSHOP

WS16 „Ich bilde mir den Schmerz doch nicht ein“ – Bio-psycho-soziale Zusammenhänge von Schmerz erklären – aber wie?

Vorsitz: H.-G. Nobis (Bad Salzflufen)

Wer die Arbeit mit Schmerzkranken kennt, weiß um die besondere Herausforderung, wenn bio-psycho-soziale Zusammenhänge angesprochen werden. „Vorurteile“ auf Seiten des Patienten, Schmerz sei ein lokales Geschehen, weise immer auf einen körperlichen Defekt und ihre Skepsis gegenüber psycho-sozialen Mitwirkungsfaktoren führen, wenn diese hinterfragt werden, schnell zu Kommunikationsproblemen. Der vom Patienten geäußerte Vorwurf lautet: „Ich bilde mir den Schmerz doch nicht ein“.

Mehrere Autoren (u.a. Butler 2005, Moseley 2004), konnten nachweisen, dass jeder Mensch in der Lage ist, Zusammenhänge der Schmerzphysiologie zu verstehen und dass Kenntnisse bio-psycho-sozialer Zusammenhänge dazu führen, dass die Schmerzen als weniger bedrohlich wahrgenommen werden und sich der Umgang mit Schmerzen verbessert.

Die AGS kommt in ihren evidence geprüften Leitlinien zu dem Schluß: „Patient education programs are integral components of the management of persistent pain syndromes“ (JAGS, 50, 2002). In Studien (Engers et al. 2011) konnte gezeigt werden, dass bei (sub)akutem Rückenschmerz bereits eine 2,5-stündige Edukation ausreicht, um die Chancen auf eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu verbessern.

Die IASP unterstreicht die grundlegende Bedeutung von Informationen für Schmerzkranken in ihrer „Declaration of Montreal“ (2010). Auch die „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“ (2010) empfiehlt Schulungsmaßnahmen.

In einem multimodalen Behandlungskonzept wird daher der Schmerzedukation eine Schlüsselrolle zugestanden.

Das Begreifbarmachen eines „bio-psycho-sozialen“ Schmerzverständnisses kann auch an einer „pädagogisch“ unzureichenden Vermittlung scheitern (Nobis 2013). Deshalb ist es wichtig dass Erklärungen für die Patienten verständlich sind und möglichst viele ihrer alltäglichen Erfahrungen aufgreifen.

Lebensnähe und Plausibilität von Erklärungen (Nobis 2012) führen zu einer Veränderung des individuellen Schmerzkonzepts und schaffen damit erst die Motivation für ein multimodal ausgerichtetes Therapiekonzept.

Lernziele

Den Schmerz und besonders den chronische Schmerz als bio-psycho-soziales Phänomen für den Patienten „begreifbar“ machen, heißt, Schmerzedukation auch als eine „pädagogische“ Herausforderung anzuerkennen und mit Prinzipien der Pädagogik zu gestalten.

Ablauf

Bedeutung von Edukation wird anhand wissenschaftlicher Daten untermauert. Auszüge aus der sich in der Praxis bewährten Erklärungsmodellen zum Thema „Der bio-psycho-soziale Schmerz“ und „Wie wird aus Schmerz – chronischer Schmerz?“ werden vorgestellt und deren Umsetzung in ein Einzel- oder Gruppensetting diskutiert.

Teilnehmerkreis

Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten

14:00 - 15:00 Uhr / Saal A2

WORKSHOP

WS17 Kerndokumentation und Qualitätssicherung KEDOO-Schmerz bei der DGSS – Erfahrungsaustausch von Anwendern und für Anwender, Auswertung und Diskussion erster Qualitätsindikatoren

Vorsitz: G. Lindena (Kleinmachnow), B. Nagel (Mainz)

KEDOO-Schmerz: Ziele der Deutschen Schmerzgesellschaft – externe Qualitätssicherung und unabhängige Versorgungsforschung

B. Nagel (Mainz)

Wie geht KEDOO-Schmerz konkret?

G. Lindena (Kleinmachnow)

Ausführliche Diskussion: Austausch von Erfahrungen, Wünsche und Anregungen aus der Praxis

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat KEDOO-Schmerz initiiert, eine Ad hoc Kommission zur inhaltlichen Steuerung einberufen und das Versorgungsforschungsinstitut CLARA (Clinical Analysis, Research and Application) mit der Umsetzung beauftragt.

KEDOO-Schmerz erfasst Daten zur spezialisierten Schmerztherapie und stellt sie den teilnehmenden Einrichtungen aufbereitet zur Verfügung. Die Daten sollen zur unabhängigen Versorgungsforschung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung für die Schmerztherapie genutzt werden.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat Verträge mit mehreren Programmanbietern geschlossen, die mit ihrer elektronischen Dokumentation den KEDOO-Prozess unterstützen. Die Ad hoc Kommission KEDOO-Schmerz hat einen Kerndatensatz und Zeitfenster für die Erhebung definiert; die nun mit den ersten Daten auf Durchführbarkeit und Validität geprüft werden können. Auch Qualitätsindikatoren wurden erstellt, diskutiert und ergänzt. Was sind notwendige projektbezogene Informationen, welche Vergleiche in Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität sind aussagekräftig? Welche Daten lassen sich in der Versorgungsforschung verwenden?

Der Nutzen für die Teilnehmer besteht in Hilfen zur Auswertung der eigenen Daten, die jederzeit verfügbar sind, vorbereiteten Auswertungen online, Auswertungen nach den Anforderungen der QS-Kommissionen, Qualitätssicherung und Benchmark.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal A1

WORKSHOP

WS18 Identifizierung und Umgang mit Zielkonflikten

Vorsitz: J. Frettlöh (Bochum)

Wenn psycho-sozialen Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass eine Besserung der Symptomatik gleichzeitig massive negative Konsequenzen für den Patienten nach sich ziehen, gerät der Betroffene in einen Zielkonflikt: Zum einen möchte er eine Symptombesserung erreichen und zum anderen ermöglicht ihm die Schmerzerkrankung beispielsweise seine ansonsten schwierige finanzielle Situation abzusichern. Ein Patient hat verständlicherweise wenig intrinsische Motivation eine Genesung mit entsprechender Eigeninitiative und Anstrengung voran zu treiben, wenn er gleichzeitig z.B. befürchten muss, auf dem Arbeitsmarkt keine Chance mehr zu haben. Auch private Lebensumstände können so gestaltet sein, dass ein Patient bei deutlicher Symptombesserung innerhalb des sozialen Umfeldes mit negativen Auswirkungen rechnen muss. Ein persönliches Scheitern, z.B. als Erziehungsberechtigter oder Ehepartner wird nicht selten mit der eingetretene Schmerzerkrankung begründet, ggf. sogar eine drohende Trennung durch schmerzbedingte Hilfsbedürftigkeit verhindert. Die meisten Zielkonflikte können einer der drei folgenden Kategorien zugeordnet werden:

- 1. Sozialleistungsbegehren:** Finanzielle Zuwendungen in Form von Verletzten- bzw. Schmerzensgeld, Rentenansprüchen, Versicherungsprämien, Krankenhaustagegeld etc. können sich als behindernde Faktoren bei der Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen herausstellen.
- 2. Nähe-Distanz-Regulation:** Hier kann z.B. die Intensivierung oder Beendigung sozialer Beziehungen, Konfliktvermeidung, Schutz vor Verantwortungsübernahme etc. als zugrundeliegendes Motiv für das Schmerzverhalten angesehen werden.
- 3. Selbstwertstabilisierung:** Nicht erreichte (berufliche und familiäre) Lebenspläne, Rollenkonflikte, interpersonelle Probleme oder auch massive psychische bzw. psychiatrische Komorbiditäten werden selbstwertstabilisierend als Schmerz bedingte Fehlentwicklungen gewertet und kommuniziert.

Den Betroffenen selbst sind derartige Zielkonflikte oft nicht bewusst, führen i.d.R. jedoch zu schlechtem Therapie-Outcome (Michalak u. Schulte 2002) oder münden in frustrane und langwierige Behandlungsverläufe. Hier kommt dem (Schmerz-)Therapeuten die dringliche, aber auch schwierige Aufgabe zu, mögliche Zielkonflikte aufzudecken und einen konstruktiven Ausweg aus dem Ziele-Dilemma zu finden.

In dem Workshop sollen Möglichkeiten des therapeutischen Umgangs mit Zielkonflikten vorgestellt und demonstriert werden.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal A2

WORKSHOP

WS19 Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie

Vorsitz: J. Korb (Mainz)

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren mit dem Ziel, die Selbstwirksamkeit des Patienten zu erhöhen, haben sich als sehr effizient erwiesen. Andererseits zeigt sich in vielen Studien, dass auch eine Haltung der Schmerzakzeptanz mit verringerter körperlicher und psychischer Beeinträchtigung einhergeht. In diesem Zusammenhang wird oft eingewandt, dass wiederholte Versuche der Schmerzbeeinflussung und Kontrolle die Aufmerksamkeit des Patienten verstärkt auf die Schmerzthematik lenken und damit wesentliche Energie von anderen wichtigen Lebensbereichen abziehen können.

Doch wie lässt sich die protektive Wirkung der Schmerzakzeptanz therapeutisch vermitteln, ohne dabei Widerstände beim Patienten auszulösen („Ich will nicht lernen mit den Schmerzen zu leben, ich will ohne Schmerzen leben!“)? Bereits 1985 hat Jon Kabat-Zinn seine Therapie der mindfulness based stress reduction (MBSR) auf chronische Schmerzpatienten angewandt. Ein jüngerer Ansatz kommt aus der Richtung der Akzeptanz- und Commitment Therapie (Hayes et al., 2004), der inzwischen auch für die Behandlung chronischer Schmerzpatienten konkretisiert wurde (McCracken, 2005; Dahl et al., 2005).

Vor allem dieser neuere Therapieansatz soll kurz vorgestellt werden. Anhand praktischer Beispiele werden Interventionen zur Förderung einer Haltung der Akzeptanz und Übungen zur Achtsamkeit gezeigt, jedoch auch Schwierigkeiten und Grenzen der Verfahren diskutiert werden.

Literatur:

- Dahl, J., Wilson K.G., Luciano C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy for chronic Pain. Context Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson K.G. (2004). Akzeptanz und Commitment Therapie. Cip-Medien.
- Kabat-Zinn (1985). The Clinical Use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain. Journal of Behavioral Medicine 8: 163-190.
- McCracken, L.M. (2005). Contextual-behavioral Therapy for chronic pain. Intl Assn for the Study of Pain.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal B1

WORKSHOP

WS20 Opiode in der Praxis

Vorsitz: M. Gleim (Kiel)

Langzeit-Opioid behandelte Patienten begegnen uns zunehmend häufig auch außerhalb der speziellen schmerztherapeutischen Versorgung. Besonders in akut medizinischen Bereichen wie dem ambulanten Bereitschaftsdienst, der Notaufnahme oder der perioperativen Schmerztherapie stellen sich hierbei häufig Probleme.

Im Praktikerworkshop werden grundlegende Probleme chronisch Opioid behandelter Schmerzpatienten bearbeitet. Spezielle Komplikationen der Opioid-Langzeittherapie, deren pathophysiologische und psychosoziale Grundlagen und Lösungsmöglichkeiten werden anhand Erfahrungen aus dem eigenen Arbeitsbereich und exemplarischer Fälle dargestellt. Das „Wie“ und „Für“ und „Wider“ der möglichen Lösungsansätze in diesen Situationen wird mit den Teilnehmern diskutiert.

Ein Schwerpunkt behandelt die Besonderheiten in der perioperativen Versorgung von Patienten unter einer chronischen Opioidtherapie und die hierbei nicht seltenen Probleme in der Zusammenarbeit mit Nicht-Schmerzspezialisten: Nicht be- oder erkannte Opioid-Vortherapie, die Probleme einer Absetzsymptomatik oder einer mangelnden Effektivität der sonst wirksamen Akutschmerztherapie erfordern spezielles Vorgehen und erhöhen den Aufwand der Versorgung dieser Patienten oft beträchtlich.

Die Teilnehmer des Workshops erfahren von den Besonderheiten und Folgen einer Opioid Langzeittherapie in der allgemeinen medizinischen Versorgung. Neben schmerztherapeutischen werden auch Kosten- und Vergütungsrelevante Aspekte dargestellt.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal B2

WORKSHOP

WS21 Problematische Interaktionen in der Schmerztherapie – von schwierigen Patienten und schwierigen Behandlern

Vorsitz: T. Müller (Mainz)

Referenten: S. Birtel, B. Schäfer, T. Müller (Mainz)

Die Interaktion mit einem Schmerzpatienten wird in der täglichen Praxis von einem interdisziplinär arbeitenden Team dann als schwierig erlebt, wenn Vorstellungen über die Durchführung der Therapie konfliktieren. Die Behandlung verläuft in diesem Fall für das Behandlungsteam (und den Patienten) oftmals frustriert und führt zu negativen Emotionen – die dann auch dem Patienten gegenüber empfunden und / oder gezeigt werden – da Hilfsangebote nicht so wie erwartet angenommen werden und so einem Behandlungskonzept, das auf einer aktiven Mitarbeit des Patienten ausgerichtet ist, Grenzen aufgezeigt werden. Häufig wird der Patient dementsprechend als nicht motiviert oder widerständig wahrgenommen. Grundlegend hierfür können verschiedene psychische Komorbiditäten oder Mechanismen sein. So kann beispielsweise Inaktivität aufgrund von depressiven Störungen entstehen oder Angststörungen ein massives Vermeidungsverhalten bedingen, das wiederum einen aktiven Umgang mit der Schmerzerkrankung verhindert. Weiterhin relevant erscheinen ‚Zielkonflikte‘, etwa bei einem parallel zur Behandlung laufenden Berentungsverfahren oder ‚Multimorbidität‘, schwierige, teilweise parallel auftretende funktionelle und strukturelle Differenzialdiagnosen. Besonders belastend für die interaktiven Ressourcen des Behandlungsteams können ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung oder im Extremfall Persönlichkeitsstörungen sein. Aufgrund dieser verschiedenen Faktoren resultiert in der Regel ein gestörter Interaktionsprozess, in dem der Patient in einem bestimmten situativen Kontext (etwa einer Klinik) mit seinen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen und Motiven als schwierig wahrgenommene Verhaltensweisen darbietet und auf Behandler trifft, die wiederum selbst verschiedene Persönlichkeitsanteile und Motive aufweisen und verschiedener Handlungen durchführen, die möglicherweise dann vom Patienten als schwierig erlebt werden.

Die psychologischen Mechanismen dieses Prozesses sollen anhand von konkreten Beispielen dargestellt und Lösungsmöglichkeiten dieses Dilemmas aufgezeigt werden, die zuerst ein Verstehen der Motive des Patienten und ein Hinterfragen der eigenen Intentionen als Grundlage haben und so ein komplementäres eigenes Interaktionsverhalten zu dem des Patienten realisiert werden kann.

Anhand von Fallbeispielen und Rollenspielen sollen die Faktoren, die die Interaktion mit einem Schmerzpatienten als schwierig erscheinen lassen, dargestellt werden; weiterhin werden Vertreter eines interdisziplinären Teams Lösungsansätze aus dem Klinikalltag darstellen und diskutieren.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal C1

WORKSHOP

WS22 Probleme mit Opioiden – Entzugsstrategie im interdisziplinären Team

Vorsitz: T. Wetterling (Mainz)

Referenten: T. Wetterling, S. Seddigh (Mainz)

Opiode werden bei nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen immer häufiger eingesetzt. Wir sehen zunehmend Patienten, die unter Opioidaufnahme körperliche Entzugssymptome oder eine opioidinduzierte Hyperalgesie entwickeln. Trotz hoher Dosis haben diese Patienten keine ausreichende Schmerzreduktion und/oder erheblichen Nebenwirkungen. Im interdisziplinären multimodalen stationären Therapiesetting ist hier ein Opioidentzug notwendig.

Ziel des Seminars ist es u.a. Möglichkeiten der medikamentösen Unterstützung unter Beachtung der jeweiligen Grunderkrankungen zu vermitteln.

Insbesondere bei hohen Opioiddosen oder Opioiden mit langer Wirkdauer stellt sich dabei die Frage, ob ein initialer Opioidshift, abruptes Absetzen oder langsames Ausschleichen, ggf. ein zweizeitiger Entzug die beste Behandlungsalternative darstellt. Entzugssymptome werden medikamentös kontrolliert und im Verlauf regelmäßig erfragt und dokumentiert. Die Zunahme der Schmerzen, Missempfindungen und weiterer emotionaler und vegetativer Beeinträchtigungen der Patienten während eines Opioidentzuges muss ernst genommen und gemeinsam „ausgehalten“ werden, ohne zu einem nicht zielführenden Aktionismus der Therapeuten zu verleiten.

Eine enge Patientenführung durch Arzt und Psychologen vor, während und nach dem Entzug ist entscheidend für den Erfolg. Dazu gehört die sorgfältige Aufklärung über Risiken und Nutzen von Opioiden. Für die Patienten ist eine plausible Erklärung für scheinbar paradoxe Phänomene wie „Schmerzverstärkung durch Medikamente“ und „Schmerzreduktion durch Entzug“ wichtig.

Eine psychische Destabilisierung mit Zweifeln an der Richtigkeit der Entscheidung oder zukunftsbezogenes Katastrophisieren („und wie soll ich das zu Hause aushalten...“) sind häufige Themen.

Aus kognitiver Sicht sind die Patienten bereits vor und vor allem in der Entzugsphase auf Schmerzerleben und Entzugssymptome eingeeengt, die Vigilanz und Konzentrationsfähigkeit ist deutlich gemindert. Die Patientenedukation ist dadurch eingeschränkt, die Vermittlung eines auf Schmerzakzeptanz ausgerichteten Krankheitskonzepts erschwert. Dennoch ist geduldige Informationsvermittlung und Beantwortung von Fragen entscheidend.

Multitoxische Entzüge und Entzüge bei Suchterkrankungen erfordern ein erweitertes Setting, daher sind solche Patienten vorher zu identifizieren und mit dieser speziellen Problematik einer Suchtklinik zuzuweisen.

Ziel des Seminars ist die Vermittlung von Kriterien, wann ein Opioidentzug und unter welchen Bedingungen sinnvoll ist sowie welcher Voraussetzungen es bedarf, während und nach einem Opioidentzug es bedarf, um im Rahmen eines multimodalen Therapiesettings eine erfolgreiche Therapeuten-Patienten-Kooperation erreichen zu können.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal F

WORKSHOP

WS23 Mit Hammer und Stimmgabel: Crashkurs Neurologische Untersuchungstechnik

Vorsitz: S. Förderreuther (München)

Neurologie gilt als kompliziert und die Untersuchungstechnik als aufwendig. Wie liest man einen neurologischen Befund und wie verschafft man sich als Nicht-Neurologe selbst einen Überblick über den neurologischen Status? Wie wird aus dem Befund erst ein Syndrom und dann sogar eine Diagnose? Welche Befunde sollten zu eingehender neurologischer Diagnostik Anlass geben?

Der Kurs vermittelt die Grundlagen der neurologischen Untersuchungstechnik und der neurologischen Syndromlehre unter besonderer Berücksichtigung algesiologischer Krankheitsbilder. An Fallbeispielen werden interaktiv typische Befundkonstellationen und Fallstricke bei Kopfschmerzerkrankungen, zentralen und peripheren neuropathischen Schmerzsyndromen, aber auch dissoziativen Störungen vorgestellt und die Bewertung der Befunde unter Berücksichtigung der neurologisch-topischen Diagnostik besprochen.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal A1

WORKSHOP

WS24 Burnout bei Ärzten – eine kritische Auseinandersetzung

Vorsitz: G. Fritsche (Essen)

Die aktuelle mediale Auseinandersetzung mit dem Burnout-Syndrom hat längst den gesellschaftlichen Bereich verlassen, für den der Begriff in den 70-iger Jahren geschaffen wurde: Dieser bezog sich auf sozial engagierte und ehrenamtliche Berufe. Heute werden fach- und umgangssprachlich sehr viele Stresserkrankungen und emotionale Erschöpfungssyndrome im beruflichen Kontext mit diesem Begriff belegt. Demgegenüber fehlen jedoch eine wissenschaftlich anerkannte Definition oder Konsentierung des Syndroms sowie ein valides Messinstrument. Burnout ist zum Mythos geworden, nicht zuletzt auch ein wenig „geadelt“ durch die vielen betroffenen Prominenten der letzten Zeit. Diese Verzerrung in der Öffentlichkeit, die gesundheitspolitische Inflation und das mangelhafte wissenschaftliche Verständnis machen eine professionelle Therapie der „Selbstverbrennungsanteile“ und der äußeren „Zermürbungsanteile“ des Burnout sehr schwierig.

Ärzte seien in besonderem Maße von Burnout betroffen (laut Marburger Bund 20-25%). Persönlichkeitseigenschaften wie hohe Leistungsbereitschaft und Empathiefähigkeit, die für die Berufswahl prädestinieren, sind gleichzeitig auch Risikofaktoren für einen Burnout. Ärztliche Settingbedingungen wie überbordender Bürokratismus, verdichtetes Controlling der Arbeit, ständige Erreichbarkeit oder auch Wettbewerbsdruck vergrößern potentiell stressbedingte Gesundheitsstörungen im Gesundheitswesen.

Dieser Workshop setzt sich kritisch mit dem Störungsbild auseinander und fasst die verlässlichen Erkenntnisse zu ätiopathogenetischen Modellen und zu Messinstrumenten zusammen. Ferner wird den Teilnehmern eine erste Selbsteinschätzung ihrer eigenen Burnout-Gefährdung ermöglicht und abschließend therapeutische Wege aufgezeigt, wie die Diskrepanz zwischen Erwartungen *an* und tatsächlicher Gratifikation *durch* die Arbeitswelt individuell angepasst werden kann.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal A2

WORKSHOP

WS25 Sie kennen die Situation: vom Umgang mit schwierigen Schmerzpatienten

Vorsitz: U. Kaiser (Dresden), J. Frettlöh (Bochum)

Theoretische Einführung: U. Kaiser (Dresden)

Praktische Umsetzung: J. Frettlöh (Bochum)

Patienten mit chronischen Schmerzen haben, bevor sie einen spezialisierten Schmerztherapeuten aufsuchen, in der Regel bereits zahlreiche erfolglose Behandlungsversuche hinter sich. Diese frustrierte Erfahrung geht bei den Betroffenen oftmals mit Gefühlen von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und letztlich auch Zweifel gegenüber weiteren Behandlungen und Behandlern einher. Gleichzeitig werden überzogene Erwartungen bzw. unrealistische Zielvorstellungen von den Patienten vorgebracht. Im Rahmen einer multimodalen Therapie chronischer Schmerzen werden oft Zusammenhänge eröffnet, die dem Patienten nicht bekannt waren und die misstrauisch betrachtet werden. Unter diesen Umständen ist es oft schwer, Patienten im Sinne eines Selbstmanagements zu Veränderungen in Verhalten und Lebensgestaltung zu motivieren. Eine offene, speziell auf Spannungserzeugung in guter stabiler Beziehung orientierte Gesprächsführung ist hilfreich und hat sich in verschiedenen Settings bereits bewährt: die motivierende Gesprächsführung, entwickelt von Miller und Rollnick (2009). Gerade bei Widerstand des Patienten, die Zusammenhänge seines speziellen Schmerzsystems anzuerkennen, in denen nicht selten psychosoziale Faktoren und personenimmanente Variablen Schmerz aufrechterhaltend mitwirken, ist die Erfahrung der Therapeuten geprägt von Frustration und Hilflosigkeit; manchmal endet diese Phase in Beziehungsabbruch und Kränkung auf beiden Seiten. Gerade für die Bewußtwerdung und den Widerstand gegen schmerzhaftes Erkenntnisse allerdings ist die Motivierende Gesprächsführung ein hilfreicher Ansatz. Durch sie ist es möglich, den Patienten in die Lage zu versetzen, diese Erkenntnis selbständig und in guter Beziehung mit dem Therapeuten zu erleben. Für eine folgende Verhaltensänderung ist das die beste Voraussetzung.

Im Seminar sollen die Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung kurz dargestellt und anhand des Themas Widerstand praktisch erläutert werden.

Im Anschluss daran soll in einem praktischen Teil auf spezielle Erfahrungen der Teilnehmer eingegangen werden und gegebenenfalls in Rollenspielen diese Technik in sicherem Rahmen ausprobiert werden.

Vorgestellte und empfohlene Literatur:

William R. Miller, Stephen Rollnick (2009). Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage, Lambertus.

Gert Kawarowsky (2011). Der schwierige Patient. 2. überarb. Auflage, Kohlhammer.

08:30 - 10:00 Uhr / Saal B1

WORKSHOP

WS26 Interaktives Planspiel:

Organisation der Akutschmerztherapie im Krankenhaus

Vorsitz: J. Erlenwein (Göttingen)

Organisatorische Defizite, wie auch die Nachfragen bei den Akutschmerz-Veranstaltungen des letzten Deutschen Schmerzkongresses belegen, sind einer der Hauptgründe für eine unzureichende Versorgungsqualität in der Akutschmerztherapie. In der Literatur und in Leitlinien sind effektive Instrumente zur Akutschmerztherapie beschrieben. Praktische Hinweise zur Umsetzung fehlen oft.

Anhand eines fiktiven Modellkrankenhauses (300-400 Betten) sollen durch die Teilnehmer in Form eines moderierten Planspiels einfache Strukturen und Prozesse zur Akutschmerztherapie „entwickelt“ werden. Dabei werden die Teilnehmer durch die aktive Besetzung verschiedener Rollen auch die Interaktionen der Akteure im Krankenhaus erfahren und auf entsprechende Interessenskonflikte und Widerstände stoßen. Die Teilnehmer gestalten einfache Musterprozesse. Als Grundlage erhalten sie visualisierte Zahlen, Bilder und schrittweise Informationen über die gegebenen Verhältnisse in dem Musterkrankenhaus und zu den wesentlichen Akteuren. Ziel ist es einen „Bauplan“ eines einfachen Versorgungssystems mit Akutschmerzdienst und einem schnittstellenübergreifenden standardisierten Analgetika-Konzept zu entwerfen und auf Flipcharts bzw. Posterwand eine entsprechende Prozesskarte zu visualisieren.

10:30 - 12:00 Uhr / Saal A2

WORKSHOP

WS27 Intraoraler und orofazialer Schmerz – Workshop für Ärzte und Schmerztherapeuten

Vorsitz: F. Sanner (Frankfurt)

Referenten: C. Friedrichs (Kiel), F. Sanner (Frankfurt)

In der Diagnostik und bei der Betreuung von Patienten mit orofazialen Schmerzen kommt es auf eine gute Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen an. Alle Beteiligten sollten „über den Tellerrand“ blicken. Verständnis und Kenntnis für dieses überschneidende Thema beider Fachgebiete ist eine Voraussetzung für eine optimale Betreuung der betroffenen Patienten. Dieser Workshop besteht aus drei Teilen. Zunächst werden kompakt die theoretischen Grundlagen für Zahnschmerzen, übertragene Schmerzen, neuropathische Schmerzen, persistierende Zahnschmerzen und faziale Kopfschmerzvarianten erläutert. Dann folgen Fallbeispiele, die die möglichen Schmerzursachen erläutern sollen. Zum Abschluss führen die Teilnehmer untereinander eine schmerzbezogenen Untersuchung des Mund- und Gesichtsbereiches durch, um mit diesem Gebiet besser vertraut zu werden. Inhalt dieses Workshops ist nicht die Quantitative Sensorische Testung (QST), sondern ein „chairside“ Test, der in jeder Praxis durchgeführt werden kann. Der Schwerpunkt dieses Workshops wird ausdrücklich nicht auf dem Thema „Craniomandibuläre Dysfunktion“ liegen, obwohl es in der Differenzialdiagnostik zur Sprache kommen wird.

11:00 - 13:00 Uhr / Saal B2

WORKSHOP

WS28 Headache Nurse

Vorsitz: N. Hillen (Essen), H. Horvarth (Königstein)
Referenten: C. Gaul (Königstein), A. Nicpon (Essen)

International wird zunehmend Krankenpflegepersonal in der direkten Betreuung von Kopfschmerzpatienten erfolgreich eingesetzt. Mehrfach wurden Kurse für Krankenschwestern und med. Fachangestellte im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen durchgeführt. Dieses Kursangebot richtet sich an Mitarbeiter in Praxen und Kliniken, die spezielle Kompetenz in der Betreuung von Kopfschmerzpatienten erwerben wollen. Praktische Aspekte und Übungen unter Einbezug der Teilnehmer stehen im Vordergrund.

Themen:

- Organisation einer Kopfschmerzprechstunde, Terminplanung, Telefoninterview
- Überblick über wichtige Kopfschmerzdiagnosen und Therapiestandards
- Schwierige Patienten in der stat. Behandlung
- Psyche und Kopfschmerzen
- Praktischer Umgang mit Akuttherapie und Prophylaxe

12:30 - 14:00 Uhr / Saal B1

WORKSHOP

WS29 Diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie myofaszialer Triggerpunkte

Vorsitz: U. Kern (Wiesbaden)

Myofasziale Schmerzsyndrome - gekennzeichnet durch Triggerpunkte - werden in den vergangenen Jahren zunehmend erforscht und beachtet. Sie spielen im schmerztherapeutischen, klinischen Alltag eine ausgesprochen große Rolle.

Muskuläre Triggerpunkte (TP) sind überempfindliche, umschrieben tastbare Muskelareale, die typischerweise auf Kompression ausstrahlende Schmerzen in neurologisch ‚nicht erklärbar‘ Gebiete und autonome Reaktionen erzeugen. Pathophysiologisch sind an diesen Übertragungsschmerzen offenbar Sensibilisierungen von Hinterhornneuronen mit entfernter gelegenen, rezeptiven Feldern beteiligt. Die Palpation eines solchen Triggerpunktes führt beim Patienten zum sog. „Jump sign“, einem unwillkürlichen Wegzucken des Patienten. Klinik und Pathophysiologie von TP werden besprochen, ihre Identifikation erläutert und in Videobeispielen demonstriert. Die diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie von Triggerpunkten ist zentraler Gegenstand dieses Workshops.