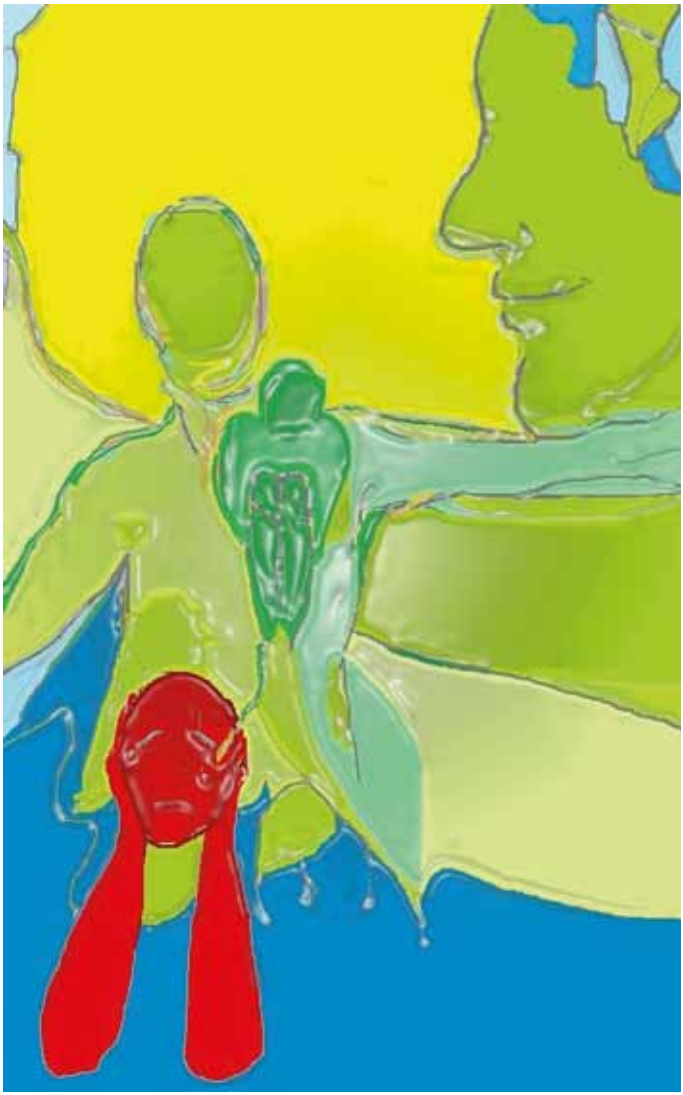
Deutscher Schmerzkongress 2013

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)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Grußworte
Grußwort des Präsidenten der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. 3
Grußwort des Präsidenten der DMKG 4
Grußwort der Kongresspräsidenten 5

Kongress-Präsidentin/en / Komitees / Themenschwerpunkte 6

Veranstalter / Zusammenarbeit 7

Organisation 8

Teilnahmegebühren 9

Refresher-Kurse – Übersicht 10
Mittwoch 23.10.2013 12
Freitag 25.10.2013 15
Samstag 26.10.2013 16

Wissenschaftliches Programm
Donnerstag 24.10.2013 18
Freitag 25.10.2013 28
Samstag 26.10.2013 38

Workshops – Übersicht 48
Donnerstag 24.10.2013 50
Freitag 25.10.2013 57
Samstag 26.10.2013 68

Sponsoren 74

Aussteller 76

Ausstellerplan 78

Congress Center Hamburg – Erdgeschoss 80

Congress Center Hamburg – 1. und 2. Obergeschoss 81

Vorsitz- und Referentenverzeichnis 82

Rahmenprogramm 89

Vorankündigung – Schmerzkongress 2014 in Hamburg 91

Anreise – Congress Center Hamburg 92

Stadtplan – Hamburg Zentrum 93

Bahn Spezial 94

Titelbild

Copyright: © Titelbild: Irena Gregurevic

Stand bei Drucklegung

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thomas R. Tölle

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr verehrte Damen und Herren,

im Namen der Deutschen Schmerzgesellschaft möchte ich Sie herzlich auf dem Deutschen Schmerzkongress 2013 in Hamburg begrüßen.

Nach einigen sehr erfolgreichen Jahren in Mannheim haben wir uns gemeinsam mit der DMKG entschieden, für zunächst zwei Jahre fest mit unserem Kongress den Wechsel nach Hamburg zu wagen. Ich hoffe, wir finden Ihre Zustimmung.

Für den diesjährigen Kongress ist von den Kongresspräsidenten/in Frau Prof. S. C. Azad und Herrn Prof. A. May ein sehr aktuelles Thema gewählt worden: „Moderne Schmerzmedizin: **Ist alles gut, was geht?**“ Ein Gedankenansatz, der wohl nicht besser hätte gewählt werden können, denn er erlaubt einen kritischen Blick auf eine zunehmend Leitlinien-gesteuerte Versorgung unserer Patienten, in der wir aber gleichzeitig beteuern, dass wir sie an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientieren. Ist aber alles gut, was geht? Oder ist nur das für den Patienten gut, was Kriterien genügt, wie sie Gregor Kirchhof im Jahre 2007 formuliert hat: „Die Regeln des Hippokrates und seiner Nachfolger sind zu fünf Anforderungen an medizinisches Handeln fortentwickelt worden: Diagnose, Aufklärung, Einwilligung des Patienten, Behandlung nach Stand von Wissenschaft und Technik und korrekte Dokumentation der Behandlung“.
Sie werden feststellen, dass wir viel zu diskutieren haben, wenn wir die Vielgestaltigkeit unserer schmerztherapeutischen Behandlungsansätze bei unseren Patienten vertreten und weiterhin vertrauensvoll einsetzen wollen.
Sie werden auch feststellen, dass wir neben der strengen Wissenschaft an einer zunehmend strukturierten Fortbildung und Berücksichtigung ausgewählter berufspolitischer Themen gearbeitet haben. Und wir hoffen, dass es Ihnen gefällt.

Ich freue mich auf einen spannenden Deutschen Schmerzkongress 2013 mit Ihnen,
herzliche Grüße

Ihr

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thomas R. Tölle
Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Prof. Dr. med. Andreas Straube

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) begrüßt Sie herzlich auf dem Deutschen Schmerzkongress 2013, der erstmals im Congress Center Hamburg stattfindet. Hamburg ist eine Medienstadt und so sollten wir alle den Kongressort benutzen und unsere Anliegen und aber auch unsere Kritik an der Diskussion der Gesundheitspolitik in der Gesellschaft zu formulieren und zu dokumentieren. Letztlich sollten wir aber den Kongress auch nützen vieles selbstkritisch zu hinterfragen.

Schon das Motto des diesjährigen Kongresses „Moderne Schmerzmedizin: Ist alles gut, was geht?“ verdeutlicht, dass die in der Schmerztherapie beteiligten Fachgruppen bereit sind, sich kritisch auch mit ihrem Tun auseinanderzusetzen. Eine Tatsache, die leider nur von wenigen in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, die wir aber offensiv vertreten sollten, da es an einer solchen Selbstkritikfähigkeit an vielen Stellen in der Gesellschaft mangelt.

Natürlich steht der Arzt in der heutigen Versorgungslandschaft unter vielen verschiedenen Zwängen; der Patient kommt durch Internet, Medien aber auch dem Umfeld bedingt mit zum Teil völlig unrealistischen Erwartungen zum Arzt und Krankenhaus. Der Arzt selber steht sowohl in Klinik als auch Praxis unter zunehmenden ökonomischen Zwängen und durch Gesetzgebung und Rechtsprechung kommen noch völlig widersinnige und nicht nachvollziehbare Momente hinzu. Umso wichtiger ist es, in diesem Kontext eine Bestandsaufnahme zu machen und zu diskutieren, was ist in der Schmerztherapie wirklich belegt und wie viel an Therapie ist notwendig. Die Frage beinhaltet aber auch, dass wir kritisch sein müssen gegenüber einem zu viel von allem. In diesem Sinne ist die DMKG den diesjährigen Kongresspräsidenten/in Frau Prof. S.C. Azad und Prof. Dr. A. May dankbar, diesen Kongressschwerpunkt gewählt zu haben.

Daneben darf ich Sie auf eine weitere Veränderung des Kongresses hinweisen: Die veranstaltenden Fachgesellschaften werden sich dafür einsetzen, die Fortbildung im Rahmen des Kongresses den sich ändernden Bedürfnissen anzupassen und durch ein strukturiertes Fortbildungskurriculum zu ersetzen. Dabei sollen ergänzende und zum Teil aufeinander aufbauende Module entwickelt werden. In den nächsten Jahren soll dieses schrittweise ausgebaut werden. Daher ist eine Rückmeldung durch die Kongressbesucher für die Weichenstellung in den nächsten Jahren unabdingbar und jeder ist aufgerufen, sich in diesen Prozess durch Anregungen und Kritik einzubringen.

Das Präsidium der DMKG würde sich freuen, wenn Sie mit uns gemeinsam den Kongress gestalten und zu einem Erfolg werden lassen.

A. Straube

Prof. Dr. med. Andreas Straube
Präsident der DMKG

Prof. Dr. med.
Shahnaz Christina Azad

Prof. Dr. med. Arne May

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Deutschen Schmerzgesellschaft und der DMKG begrüßen wir Sie sehr herzlich zum Deutschen Schmerzkongress 2013 in Hamburg. Das diesjährige Motto „Moderne Schmerzmedizin: Ist alles gut, was geht?“ macht es schon deutlich: Die Errungenschaften sind beträchtlich, das Arsenal der therapeutischen Möglichkeiten breitgefächert, die Erfolge unübersehbar, beispielsweise im Akutschmerz. Unübersehbar sind aber auch die Stagnation in der Therapie chronischer Schmerzen, der teilweise unkritische Einsatz invasiver Maßnahmen und häufig das Fehlen der geforderten Interdisziplinarität. Der Patient und der Schmerztherapeut agieren nie alleine, sondern sind immer eingebunden in soziale, berufliche, private, menschliche, gesundheitsökonomische und letztlich auch politische Netze. Schmerz ist das Paradebeispiel einer interdisziplinären Zusammenarbeit, und gerade das macht es auch so spannend.

Wie immer, werden auf dem Deutschen Schmerzkongress ein breites Spektrum aktueller grundlagenwissenschaftlicher und klinischer Forschungsergebnisse, aber auch Updates in der Diagnostik und Therapie von Schmerzen, beispielsweise im Bereich des Kopfschmerzes präsentiert werden.

Ganz besonders einladen möchten wir Sie in diesem Jahr zu den Kursen der neu gegründeten Fortbildungsakademie. Sie stellen im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses einen zentralen Bestandteil der Vermittlung zwischen Schmerzforschung und Schmerztherapie im klinischen Alltag dar.

Angesichts des interessanten Programms, das wir aufgrund der regen Zusendung von Beiträgen erstellen konnten, erwarten wir eine spannende, konstruktive Diskussion der klinischen und wissenschaftlichen Inhalte unserer heutigen modernen Schmerzmedizin unter den Aspekten der Praxisnähe, Effektivität, Ethik, Innovation und Ökonomie.

Zudem sind wir sehr erfreut darüber, dass wir den international renommierten Philosophen und Politikwissenschaftler Herrn Prof. Dr. Julian Nida-Rümelin als Festredner für die Eröffnungsveranstaltung gewinnen konnten.

Unser großer Dank gilt allen, die unseren Kongress mitgestalten, den Vortragenden, den Zuhörern, dem Programmkomitee, der Kongressorganisation und den Sponsoren.

Wir freuen uns auf vier schöne, interessante gemeinsame Tage mit Ihnen!

Herzliche Grüße

Ihre

Prof. Dr. med. Shahnaz Christina Azad
Kongresspräsidentin
der Deutschen Schmerzgesellschaft

Prof. Dr. med. Arne May
Kongresspräsident
der DMKG

Kongresspräsident/in

Prof. Dr. med.
Shahnaz Christina Azad
Klinikum der Universität München
Klinik für Anästhesiologie
Interdisziplinäre Schmerzambulanz
und Tagesklinik
Marchioninistraße 15 • 81377 München
Shahnaz.Azad@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Arne May
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Institut für Systemische
Neurowissenschaften
Martinistraße 52 • 20246 Hamburg
a.may@uke.uni-hamburg.de

Themenschwerpunkte

- Akutschmerz
- Aus- und Weiterbildung
- Bewegungstherapie
- Diagnostisches Procedere
- Epidemiologie und Genetik
- Experimentelle Modelle und Pathophysiologie
- Invasive Verfahren
- Kinderschmerztherapie
- Kopfschmerz
- Manuelle Medizin
- Neuropathischer Schmerz
- Palliativmedizin
- Pflegewissenschaft
- Pharmakologische Verfahren
- Prävention
- Psychologische Verfahren
- Rückenschmerz
- Therapiealgorithmen, Clinical Pathways
- Transfer von der Grundlagenforschung in die Klinik
- Tumorschmerz
- Versorgungsstrukturen und Gesundheitsökonomie

Mitglieder des Programmkomitees

Prof. Dr. Shahnaz Christina Azad, München
Prof. Dr. Ralf Baron, Kiel
Prof. Dr. Frank Birklein, Mainz
Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, Mainz
PD Dr. Friedrich Ebinger, Paderborn
Prof. Dr. Stefan Evers, Coppenbrügge
PD Dr. Steffi Förderreuther, München
Dr. Charly Gaul, Königstein
Dr. Tim Jürgens, Hamburg
Dr. Andreas Kopf, Berlin
Prof. Dr. Wolfgang Koppert, Hannover
Prof. Dr. Peter Kropp, Rostock
PD Dr. Walter Magerl, Mannheim
Prof. Dr. Christian Maihöfner, Erlangen
Dr. Volker Malzacher, Reutlingen
PD Dr. Martin Marziniak, Haar
Prof. Dr. Arne May, Hamburg
Prof. Dr. Winfried Meissner, Jena
Prof. Dr. Karl Meßlinger, Erlangen
Martina Egan Moog, München
Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Bonn
Prof. Dr. Friedemann Nauck, Göttingen
Dr. Paul Nilges, Mainz
Prof. Dr. Frank Petzke, Göttingen
Prof. Dr. Michael Pfingsten, Göttingen
Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Münster
PD Dr. Uwe Reuter, Berlin
PD Dr. Peter Schöps, München
Prof. Dr. Andreas Straube, München
Monika Thomm, Köln
Prof. Dr. Thomas R. Tölle, München
Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Mannheim
Anne Willweber-Strumpf, Göttingen
Dr. Stefan Wirz, Bad Honnef

Posterkommission

Vorsitzender:
Prof. Dr. Christian Maihöfner, Erlangen

Posterbeiträge

Posterformat: 130 cm x 96 cm.

Junge Erstautoren angenommener Posterbeiträge können wie in den Vorjahren eine Reisebeihilfe beantragen.

Veranstalter

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Präsident:
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thomas R. Tölle
Klinik für Neurologie
Technische Universität München
Bundesgeschäftsstelle
Alt Moabit 101 b • 10559 Berlin
info@dgss.org

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.
Präsident:
Prof. Dr. med. Andreas Straube
Klinikum Großhadern
Neurologische Klinik der
Universität München
Marchioninistr. 15 • 83177 München
DMKG-Geschäftsstelle
dmkg@med.uni-muenchen.de

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e.V. (DIVS)
Präsident:
Prof. Dr. med. Heinz Laubenthal
Ruhr-Universität Bochum
Heckertstraße 50 • 44807 Bochum
heinz.laubenthal@rub.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
Präsident:
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
Aachener Str. 5 • 10713 Berlin
dgp@dgpalliativmedizin.de

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (DGS)
Präsident:
Dr. med. Gerhard H.H. Müller-Schwefe
Adenauerallee 18 • 61440 Oberursel
info@dgschmerztherapie.de

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
Präsidentin:
PD Dr. Dipl.-Psych. Regine Klinger
Psychotherapeutische Hochschulambulanz
Verhaltenstherapie
Universität Hamburg
Fachbereich Psychologie
Von-Melle-Park 5 • 20146 Hamburg
rklinger@uni-hamburg.de

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
Vorsitzender:
Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek
Universität Bonn
Klinik für Anästhesiologie
Sigmund-Freud-Str. 25 • 53105 Bonn

Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische / unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)
Präsidentin:
Dr. Cordelia Schott
Hindenburgstr. 27 • 45127 Essen

Kongress-Ort

CCH – Congress Center Hamburg
Am Dammtor / Marseiller Str.
20355 Hamburg
www.cch.de

Kongresssprache

Deutsch

Kongressagentur

m:con
Vision into Conventions

m:con – mannheim:congress GmbH
Iris Merkel
Rosengartenplatz 2 • 68161 Mannheim
Tel. +49 (0)621 4106 138
Fax +49 (0)621 4106 80138
iris.merkel@mcon-mannheim.de
www.mcon-mannheim.de

Referentenbetreuung Abstractmanagement und Poster

m:con – mannheim:congress GmbH
Stephanie Meissl
Tel. +49 (0)621 4106 - 341
Fax +49 (0)621 4106 - 80341
stephanie.meissl@mcon-mannheim.de

Teilnehmerregistrierung

m:con – mannheim:congress GmbH
Manon Waas
Tel. +49 (0)621 4106 - 102
Fax +49 (0)621 4106 - 80102
manon.waas@mcon-mannheim.de

Online Anmeldung unter:
www.schmerzkongress2013.de

Ausstellung

m:con – mannheim:congress GmbH
Alessa Ries
Tel. +49 (0)621 4106 - 118
Fax +49 (0)621 4106 - 80118
alessa.ries@mcon-mannheim.de

Hotelzimmerreservierung

Hotel Reservation Service (HRS)
Sandra Schmidt
Tel. +49 (0)221 2077 3520
Fax +49 (0)221 2077 388
sandra.schmidt@hrs.de

REGISTRIERUNG Online über: **www.schmerzkongress2013.de**

TEILNAHMEGEBÜHREN

Kongressgebühren in €	bis 31.08.2013	ab 01.09.2013
Mitglieder[1]	145,00 €	200,00 €
Mitglieder DGS	190,00 €	245,00 €
Nichtmitglieder	235,00 €	285,00 €
Med. Assistenzberufe*, Mitglieder[1]	45,00 €	65,00 €
Med. Assistenzberufe*, Nichtmitglieder	65,00 €	90,00 €
Studenten (Nachweis erforderlich)	frei	25,00 €
Poster-Erstautoren (bis 35 Jahre – Nachweis erforderlich)	frei	25,00 €
Tageskarte, Mitglieder[1]	85,00 €	110,00 €
Tageskarte, Mitglieder DGS	110,00 €	140,00 €
Tageskarte, Nichtmitglieder	140,00 €	165,00 €
Refresher Kurs – Rückenschmerz inkl. Imbiss [2]	85,00 €	85,00 €
Refresher Kurse je[2]	50,00 €	50,00 €
Refresher Kurs & Workshop (für med. Assistenzberufe)	35,00 €	35,00 €
Workshops je[2]	40,00 €	40,00 €
Paketpreis für max. 7 Workshops[2]	200,00 €	200,00 €
Kongressparty	50,00 €	50,00 €

[1] Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der DMKG
- Antrag auf Mitgliedschaft der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. : www.dgss.org/service.asp
- Antrag auf Mitgliedschaft DMKG: www.dmkg.de/kontakt/antrag.pdf

[2] Nur zusammen mit der Kongressteilnahme

* Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie

STORNIERUNG

Abmeldungen müssen schriftlich bei der m:con Teilnehmerregistrierung erfolgen. Bei Eingang der Stornierung bis 27. September 2013 bei der m:con Teilnehmerregistrierung wird eine Bearbeitungsgebühr von € 30,- für jede angemeldete Person fällig, nach diesem Termin ist eine Rückerstattung leider nicht möglich.

Bei Stornierung der Hotelzimmer wenden Sie sich bitte an:

Hotel Reservation Service (HRS)
Sandra Schmidt
Tel. +49 (0)221 2077 3520
Fax +49 (0)221 2077 388
sandra.schmidt@hrs.de

Mittwoch 23.10.2013

	Saal E	Saal A1	Saal A2	Saal B1	Saal B2
08:00	**Beginn der Teilnehmerregistrierung**				
10:00	**Eröffnungspressekonferenz im Saal 8**				
10:00	**Refresher-Kurs** Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen gemäß NVL *S. 12*	**Refresher-Kurs** Psychologische Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzstörungen Tei 1 *S. 12*	**Refresher-Kurs** Basiskurs Kopfschmerz *S. 13*	**Refresher-Kurs** Tumorschmerz-therapie *S. 13*	
12:30					
13:15		**Refresher-Kurs** Psychologische Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzstörungen Teil 2 *S. 12*	**Refresher-Kurs** Fortgeschrittenen-kurs Kopfschmerz *S. 14*	**Refresher-Kurs** Neuropathischer Schmerz *S. 14*	**Refresher-Kurs** Akutschmerz *S. 14*
15:45					
16:00					
16:30					**Saal 4** Mitglieder-versammlung
18:30	**Get Together in der Ausstellung Saal 3 – ab 18:30**				
19:00	**Beginn der Posterausstellung / Foyer Ebene 2**				

Freitag 25.10.2013

	Saal F
16:30	**Refresher-Kurs** Stellenwert der klinischen Untersuchungen bei muskuloskelettalen Schmerzen *S. 15*
18:30	

Samstag 26.10.2013

	Saal A1	Saal B2	Saal C1
08:30		**Refresher-Kurs** Schmerz-management in der Pflege *S. 16*	**Refresher-Kurs** Palliativmedizin *S. 16*
10:30			
11:00	**Refresher-Kurs** Schmerz-management bei geriatrischen Patienten *S. 17*		**Refresher-Kurs** Bauchschmerz *S. 17*
12:30			
13:00			

10:00 - 16:00 Uhr / Saal E

Refresher Kurs

RF1 Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen gemäß NVL
Vorsitz: M. Pfingsten, F. Petzke (Göttingen)

Überblick über das Problem
M. Pfingsten (Göttingen)

Medikamentöse Verfahren
F. Petzke (Göttingen)

Psychologische Diagnostik und Therapie
M. Pfingsten (Göttingen)

Körperliche Untersuchung
J. Strube (Göttingen)

Diagnostische Radiologie
W. Pennekamp (Bochum)

Diagnostische und therapeutische Nervenblockaden
J. Strube (Göttingen)

Physio-, Trainings- und Ergotherapie
D. Seeger (Göttingen)

10:00 - 12:30 Uhr / Saal A1

Refresher Kurs

RF2a Psychologische Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzstörungen – Teil 1 *
Vorsitz: M. Hüppe (Lübeck), J. Frettlöh (Bochum)

Indikation Schmerzpsychotherapie
J. Frettlöh (Bochum)

Chronischer Schmerz: Begriffsbestimmung und Einflussfaktoren
M. Hüppe (Lübeck)

Schmerzanamnese bzw. Exploration
B. Kappis (Mainz)

Schmerzpsychometrie
M. Hüppe (Lübeck)

Interdisziplinäre Aspekte bei chronischem Schmerz
A. Willweber-Strumpf (Göttingen)

13:15 - 15:45 Uhr / Saal A1

Refresher Kurs

RF2b Psychologische Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzstörungen – Teil 2 *
Vorsitz: M. Hüppe (Lübeck), J. Frettlöh (Bochum)

Schmerzpsychotherapie bei Kopfschmerz
G. Fritsche (Essen)

Schmerzpsychotherapie bei Rückenschmerz
A. Diezemann (Mainz)

Schmerzpsychotherapie bei neuropathischem Schmerz
J. Frettlöh (Bochum)

Schmerzpsychotherapie bei Kindern
T. Hechler (Datteln)

Schmerzedukation
H.-G. Nobis (Bad Salzuflen)

*Hinweis: Beide Refresherkurse sind inhaltlich miteinander verbunden. Der Besuch des zweiten Kurses wird ohne Kenntnis der Inhalte des ersten Kurses nicht empfohlen.

10:00 - 12:30 Uhr / Saal A2

Refresher Kurs

RF3 **Basiskurs Kopfschmerz**
Vorsitz: T. Jürgens (Hamburg)

Anamnese und Diagnostik
C. Schankin (München)

Migräne: Klinik und Therapie
T. Jürgens (Hamburg)

Andere primäre Kopfschmerzen
U. Reuter (Berlin)

Sekundäre Kopfschmerzen
G. Arnold (Sindelfingen)

10:00 - 12:30 Uhr / Saal B1

Refresher Kurs

RF4 **Tumorschmerztherapie**
Vorsitz: R. Rolke (Bonn), S. Wirz (Bad Honnef)

Allgemeine Ätiologie bei Tumorschmerz, Organisationsformen, Tumorschmerz als Notfall, Nozizeptiver Schmerz – Grundzüge der Diagnostik und Therapie
C.R. Wiese (Regensburg)

Nozizeptiver und Neuropathischer Schmerz – Formen, Diagnostik, Therapie
R. Rolke (Bonn)

Differenzierte Opioidtherapie
S. Wirz (Bad Honnef)

Minimalinvasive Verfahren
H.C. Wartenberg (Amsterdam, NL)

Symptomkontrolle Obstipation, Nausea, Emesis zentrale Symptome, Dyspnoe, Juckreiz
S. Wirz (Bad Honnef), R. Rolke (Bonn)

13:15 - 15:45 Uhr / Saal A2

Refresher Kurs

RF5 Fortgeschrittenenkurs Kopfschmerz
Vorsitz: S. Förderreuther (München)

Behandlung der Migräne in besonderen Situationen (Schwangerschaft, Komorbiditäten, Alter)
S. Förderreuther (München)

Chronische Kopfschmerzen: Definition, Diagnostik und Therapie
A. Peikert (Bremen)

Seltene Kopfschmerz-Syndrome
S. Evers (Coppenbrügge)

Gesichtsschmerzen
C. Gaul (Königstein)

13:15 - 15:45 Uhr / Saal B1

Refresher Kurs

RF6 Neuropathischer Schmerz
Vorsitz: C. Maihöfner (Erlangen)

Möglichkeiten der Pharmakotherapie: lieber solo oder doch im Duett?
R. Baron (Kiel)

Möglichkeiten der topischen Therapie: gehören lokale neuropathische Schmerzen auch lokal behandelt?
C. Maihöfner (Erlangen)

Möglichkeiten invasiver Therapieformen: lieber Stechen statt Sprechen?
W. Schleinzer (Nottwil, CH)

Möglichkeiten der Schmerzpsychotherapie: lieber Sprechen statt Stechen?
C. Derra (Bad Mergentheim)

13:15 - 15:45 Uhr / Saal B2

Refresher Kurs

RF7 Akutschmerz
Vorsitz: A. Wiebalck (Essen), J. Erlenwein (Göttingen)

Schmerztherapie bei Kindern
E. Hoffmann (Berlin)

Schmerztherapie in der Geriatrie
A. Jülich (Greifswald)

Schmerzbewältigung in verschiedenen Kulturen
N. Kohnen (Köln)

Rechtliche Aspekte zur Akutschmerztherapie
A. Wiebalck (Essen)

Falldiskussion
J. Erlenwein (Göttingen)

16:30 - 18:30 Uhr / Saal F

Refresher Kurs

RF8 Stellenwert der klinischen Untersuchungen bei muskuloskelettalen Schmerzen
Vorsitz: H.-R. Casser (Mainz)

Wichtigkeit der klinischen Untersuchungszeichen
H.-R. Casser (Mainz)

Interdisziplinäre Untersuchung bei Schmerzen der Stütz- und Bewegungsorgane mit Fallbeispielen und Demonstrationspraktikum:

Orthopädische und manualmedizinische Untersuchung
T. Wetterling (Mainz)

Neurologische Funktionsuntersuchung
S. Seddigh (Mainz)

08:30 - 10:30 Uhr / Saal B2

Refresher Kurs

RF9 Schmerzmanagement in der Pflege
Vorsitz: M. Thomm (Köln)

Schmerzassessment, Schulung und Beratung
P. Paul (Lünen)

Medikamentöse Schmerztherapie – Fallbeispiele
M. Thomm (Köln)

Perioperative Schmerztherapie
D. Märkert (Erlangen)

08:30 - 10:30 Uhr / Saal C1

Refresher Kurs

RF10 Palliativmedizin
Vorsitz: R. Rolke (Bonn)

Tumorschmerz ist mehr als Neurobiologie – das „Total Pain"-Konzept
R. Schwab (Mainz)

Update – Behandlung körperlicher und psychischer Symptome in der Palliativmedizin
M. Mücke (Bonn)

Von der palliativen Versorgung neurologischer Erkrankungen wie ALS hin zur terminalen Unruhe
R. Rolke (Bonn)

10:30 - 12:30 Uhr / Saal A1

Refresher Kurs

RF11 **Schmerzmanagement bei geriatrischen Patienten**
Vorsitz: M. Schuler (Mannheim)

Diagnostik bei kommunikativen Schmerzpatienten
M. Schuler (Mannheim)

Diagnostik bei nicht-kommunikativen Schmerzpatienten
A. Lukas (Ulm)

Nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien
M. Schuler (Mannheim)

Medikamentöse Schmerztherapie
A. Lukas (Ulm)

11:00 - 13:00 Uhr / Saal C1

Refresher Kurs

RF12 **Bauchschmerz**
Vorsitz: S. Birtel, H.-R. Casser (Mainz)

Der chronische Beckenschmerz aus urologischer Sicht
W. Weidner (Gießen)

Bauchschmerz
V. Andresen (Hamburg)

Manualmedizin Osteopathie
P. Kretschmer (Bad Bergzabern)

	Saal 2	Saal 4	Saal 6	Saal D	Saal E
08:30 – 10:00	Opioidentzug als Therapieverfahren *S. 20*	Die fascia thoracolumbalis als potentielle Ursache myofaszialer Rückenschmerzen *S. 20*	Kopfschmerz-therapie in klinisch schwierigen Situationen *S. 20*	Moderne Diagnostik neuropathischer Schmerzen *S. 21*	Angst vor Schmerzen *S. 21*
10:30 – 12:00	Eröffnungs-veranstaltung *S. 23*				
12:30 – 14:00		*MSD* „Innovative Wege aus dem chronischen Schmerz“ *S. 24*	*Pfizer* „Der Rücken-schmerz nervt?! Debatte ohne Ende? – Ende der Debatte!“ *S. 24*	*TEVA GmbH* „Versorgung von Tumorschmerz-patienten – alles optimal in Deutschland?“ *S. 24*	
15:00 – 16:30	Last Minute Oral Presentation *S. 24*	Klinische Implikationen der Placeboanalgesie *S. 25*	Update Kopfschmerz *S. 25*	Psychische Traumatisierung bei chronischem Schmerz *S. 25*	Warum tut es gerade mir so weh? *S. 26*
17:00 – 18:00		*mundipharma* „RLS – Bewegt sich was?“ *S. 27*	*Grünenthal* „Der Tapentadol-Talk: Tumorschmerzen – Mechanismen, Studien, Interpretationen“ *S. 27*	*Autonomic Techno-logies* „Was machen beim therapierefrak-tären Cluster Kopf-schmerzpatienten?“ – *S. 27*	*St. Jude Medical* „Gesundheitsöko-nomische Aspekte der Neurostimu-lation“ – *S. 27*
18:30					

„Joint Venture Junioracademy“
Treffen des wissenschaftlichen Nachwuchses
an den Ständen Deutsche Schmerzgesellschaft / DMKG im Foyer Saal 3

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

	Saal G1	Saal G2	Säle A1 - C1	Foyer Ebene 2
08:30	Der Stellenwert psychologischer Konzepte bei der Behandlung von Kopfschmerzen *S. 22*	Mythen der Schmerztherapie *S. 22*	Workshops *S. 50 - 53*	Poster-ausstellung
10:00				
13:30				Poster-diskussion
15:00	Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen *S. 26*	Nicht-retardierte Opioide – zwischen Leitlinien und Versorgungsrealität *S. 26*	Workshops *S. 53 - 56*	Poster-ausstellung
16:30				
17:00			**Saal A1** DIVS Mitglieder-versammlung	
18:30				

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 2

Moderne Schmerzmedizin: Ist alles gut, was geht?

SY1 Opioidentzug als Therapieverfahren: Schmerz, Stimmung, Behinderung, Schlaf und geistige Leistungfähigkeit der Patienten verbessern sich
Vorsitz: P. Nilges (Mainz)

Opioidentzug führt zu verbesserter kognitiver Leistungsfähigkeit
P. Nilges (Mainz)

Opioidentzug und schlafbezogene Atmungsstörungen
A. Schwarzer (Bochum)

Opioidentzug verbessert Schmerz, Stimmung und Lebensqualität
J. Lutz (Bad Berka)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 4

Rückenschmerz

SY2 Die fascia thoracolumbalis als potentieller Ursprungsort myofaszialer Rückenschmerzen
Vorsitz: M. Schmelz (Mannheim)

Myofasziale Rückenschmerzen –
Tierexperimentelle Befunde zur Lumbarfaszie als potentielle Schmerzquelle
U. Hoheisel (Mannheim)

Myofasziale Rückenschmerzen –
Humanexperimentelle Befunde zur Sensibilisierung von Muskelfaszien
M. Schmelz (Mannheim)

Myofasziale Rückenschmerzen –
Mikro- und Makroläsionen der Lumbalfaszie als häufige Auslöser?
R. Schleip (Ulm)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY3 Kopfschmerztherapie in klinisch schwierigen Situationen
Vorsitz: A. Straube (München), G. Luthringshausen (Salzburg, A)

Wenn Patient und Arzt sich nicht verstehen
G. Haag (Königsfeld)

Wie Vorgehen bei hochbetagten Patienten
G. Luthringshausen (Salzburg, A)

Therapie bei medizinisch bzw. pharmakologisch komplexen Situationen
A. Straube (München)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal D

Schmerzdiagnostik

SY4 Moderne Diagnostik neuropathischer Schmerzen – CHEPS, PREPS und LEP – In welchem Verfahren liegt die Zukunft?
Vorsitz: U. Baumgärtner (Mannheim)

Laser evozierte Potentiale: was gibt es Neues?
P. Hüllemann (Kiel)

Hitze evozierte Potentiale in der Forschung und im klinischen Alltag
U. Baumgärtner (Mannheim)

Schmerz-assoziierte evozierte Potentiale: ein neues kostengünstiges Verfahren der Zukunft?
N. Üçeyler (Würzburg)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal E

Psychologische Verfahren

SY5 Angst vor Schmerzen: Theoretische Modelle, Diagnostik und neue Behandlungsmöglichkeiten über die Lebensspanne
Vorsitz: T. Hechler (Recklinghausen)

Maladaptive Interozeption und Angst vor Schmerzen als aufrechterhaltende Faktoren des kindlichen chronischen Schmerzes
T. Hechler (Recklinghausen)

Die Umsetzbarkeit von Expositionstherapie bei chronischen Rückenschmerzen in einem ambulanten psychologischen Setting: eine randomisierte kontrollierte Studie
J. Riecke (Marburg)

Expositionsorientierte Physiotherapie bei älteren Rückenschmerzpatienten – Manualentwicklung und Pilotstudie
C. Leonhardt (Marburg)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal G1

Kopfschmerz

SY6 Der Stellenwert psychologischer Konzepte bei der Behandlung von Kopfschmerzen: Eine Indikations- und Effektivitätsbewertung bei Kindern und Erwachsenen
Vorsitz: P. Kropp (Rostock), B. Kröner-Herwig (Göttingen), C. Hermann (Gießen)

Ein wirksames interdisziplinäres Angebot zur Kopfschmerzbehandlung für Kinder im Raum Augsburg
M. Schimmel (Augsburg)

Chronifizierung des kindlichen Kopfschmerzes – erste Ergebnisse einer Longitudinalstudie
C. Hermann (Gießen)

Populationsbasierte Studie zum Kopfschmerz bei Kindern: Zusammenhang zwischen psychosozialen Variablen und der Kopfschmerzart
B. Kröner-Herwig (Göttingen)

Zusammenhang zwischen Schmerzverarbeitung und den Outcome-Variablen Schmerzintensität und Beeinträchtigung im Alltag
M. Hasenbring (Bochum)

Habituation und Sensitivierung bei Migräne: ein altes Thema mit neuen Perspektiven
P. Kropp (Rostock)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal G2

Versorgungsstrukturen und Gesundheitsökonomie

SY7 Mythen der Schmerztherapie
Vorsitz: W. Häuser (Saarbrücken)

Gibt es ein Schmerzgedächtnis?
F. Petzke (Göttingen)

Wer profitiert von einer Schmerzkrankheit?
W. Häuser (Saarbrücken)

Schmerzmedizin: too much medicine?
M. Schiltenwolf (Heidelberg)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal 2

Eröffnung des Deutschen Schmerzkongresses 2013

Festvortrag

Prof. Dr. Julian Nida-Rümelin, Staatsminister a.D.

Julian Nida-Rümelin (*1954) entstammt einer Münchner Künstlerfamilie. Er studierte Philosophie, Physik, Mathematik und Politikwissenschaft, wurde in Philosophie bei Wolfgang Stegmüller promoviert, war dann wissenschaftlicher Assistent in München und habilitierte dort 1989. Nach einer Gastprofessur in den USA übernahm er erst einen Lehrstuhl für Ethik in den Bio-Wissenschaften an der Universität Tübingen, dann für Philosophie an der Universität Göttingen. Anschließend folgte er einem Ruf an den Lehrstuhl für politische Theorie und Philosophie am Geschwister-Scholl-Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München, dessen Direktor er von 2004 bis 2007 war. Er wechselte 2009 innerhalb der LMU und wurde zum Ordinarius für Philosophie und politische Theorie ernannt. Seit 2009 ist er Dekan der Fakultät Philosophie an der LMU. 2011 endete seine Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Philosophie mit den XXII. Kongress „Welt der Gründe". Bis 2012 war er Kuratoriumsvorsitzender des Deutschen Studienpreises. Heute ist er u.a. Honorarprofessor an der Humboldt-Universität zu Berlin und Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.

Von 1998 bis 2000 war JNR Kulturreferent der Landeshauptstadt München und von 2001 bis 2002 Staatsminister im ersten Kabinett Schröders. Seit 2009 ist er im Parteivorstand der SPD, Leiter der Grundwertekommission und stellvertretender Vorsitzender des Kulturforums der Sozialdemokratie Deutschland.

JNR hat bis heute zahlreiche Bücher verfasst, die sich mit Themen aus der Praktischen Philosophie und Politischen Theorie befassen, darunter die *Kritik des Konsequentialismus* (1993), *Economic Rationality and Practical Reason* (1997), *Strukturelle Rationalität* (2001), *Ethische Essays* (2002), *Angewandte Ethik* (2005)[2], *Über menschliche Freiheit* (2005), *Demokratie und Wahrheit* (2006), *Philosophie und Lebensform* (2009), *Verantwortung* (2011) und *Die Optimierungsfalle* (2011). Zuletzt erschienen (2012) sind *Risikoethik, Vernunft und Freiheit* und *Der Sokrates-Club* zusammen mit Nathalie Weidenfeld. Im Erscheinen ist *Philosophie einer humanen Bildung* (Edition Körber).

Politische Reden sind in dem Band Humanismus als Leitkultur (2006) zusammengestellt.

im Anschluss: Preisverleihung

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 4

Lunch Symposium

MSD SHARP & DOHME GmbH

Innovative Wege aus dem chronischen Schmerz
Vorsitz: E. Pogatzki-Zahn (Münster)

Pathophysiologie des Schmerzes: Die Identifizierung therapeutischer Ansatzpunkte
E. Pogatzki-Zahn (Münster)

Chronischer Rückenschmerz: Welche Strategien und Handlungsoptionen?
M. Überall (Nürnberg)

Transfer in die Praxis: Klinische Daten und persönliche Erfahrung
M. Schenk (Berlin)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 6

Lunch Symposium

Pfizer Pharma GmbH

Der Rückenschmerz nervt?! Debatte ohne Ende? – Ende der Debatte!

Vorsitz: T.R. Tölle (München)
Referenten: R. Baron (Kiel), R. Freynhagen (Tutzing), T. R. Tölle (München)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal D

Lunch Symposium

TEVA GmbH

Versorgung von Tumorschmerzpatienten – alles optimal in Deutschland?

15:00 - 16:30 Uhr / Saal 2

Symposium

SY8 Last Minute Oral Presentation
Vorsitz: A. May (Hamburg)

Dieses Symposium greift die neuesten Entwicklungen der Schmerzforschung auf und gibt Wissenschaftlern die Möglichkeit, Ergebnisse vorzustellen, die gerade „druckreif" geworden sind. Das Symposium bietet Einsichten in das, was „cutting edge" ist und erlaubt gleichzeitig den Wissenschaftlern, über ein Poster hinaus ihre spannendsten Ergebnisse in einem Vortrag vorzustellen.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal 4

Pharmakologische Verfahren

SY09 Klinische Implikationen der Placeboanalgesie
Vorsitz: R. Klinger (Hamburg)

Update der neurobiologischen Grundlagen von Placebo-Reaktionen und Wechselwirkungen mit pharmakologischen Behandlungen
U. Bingel (Hamburg)

Analgetischer Placebo-Effekt: Nutzen für Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen
R. Klinger (Hamburg)

Psychologische Determinanten und klinische Implikationen der Placeboanalgesie bei Kindern und Jugendlichen
S. Leifheit (Gießen)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY10 Update Kopfschmerz: Neuerungen in der Internationalen Kopfschmerz Klassifikation – Schmerzmittelübergebrauch und Kopfschmerzchronifizierung – Kopfschmerzen bei Kindern – Gesichtsschmerz
Vorsitz: S. Förderreuther (München)

Update Kopfschmerz: Neuerungen in der Internationalen Kopfschmerz Klassifikation
S. Evers (Coppenbrügge)

Update Kopfschmerz: Schmerzmittelübergebrauch und Kopfschmerzchronifizierung
M. Obermann (Essen)

Update Kopfschmerz: Kopfschmerzen bei Kindern
F. Ebinger (Paderborn)

Update Kopfschmerz: Gesichtsschmerz
S. Förderreuther (München)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal D

Psychologische Verfahren

SY11 Psychische Traumatisierung bei chronischem Schmerz: neue Befunde und innovative Behandlungsansätze
Vorsitz: W. Eich (Heidelberg)

Fibromyalgiesyndrom – eine traumaassoziierte Störung?
W. Häuser (Saarbrücken)

CRPS und posttraumatische Belastungsstörung
K. Bernardy (Bochum)

Psychotraumatisierung bei chronisch nicht-spezifischem Rückenschmerz: EMDR als ein neuer Behandlungsansatz gegen den Schmerz
J. Tesarz (Heidelberg)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal E

Akutschmerz

SY12 Warum tut es gerade mir so weh? Prädiktoren für starke postoperative Schmerzen und Schmerzchronifizierung
Vorsitz: E. Pogatzki-Zahn (Münster), M. Hüppe (Lübeck)

Psychologische Risikofaktoren für postoperative Schmerzen: ein Update
M. Hüppe (Lübeck)

Postoperativer Schmerz: Spielen die Gene eine Rolle?
U. Stamer (Bern, CH)

Prädiktoren chronischer Schmerzen nach Operationen. Wissen wir was Neues?
E. Pogatzki-Zahn (Münster)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal G1

Schmerz bei Kindern

SY13 Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen
Vorsitz: M. Claßen (Bremen)

Funktionelle Bauchschmerzen
M. Claßen (Bremen)

Organische Ursachen
T. Schneider (Hamburg)

Verhaltenstherapie funktioneller Bauchschmerzen
A. Schlarb (Tübingen)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal G2

Versorgungsstrukturen und Gesundheitsökonomie

SY14 Nicht-retardierte Opioide – zwischen Leitlinien und Versorgungsrealität
Vorsitz: R. Sabatowski (Dresden)

Indikation von schnell-freisetzendem Fentanyl bei nicht-tumorbedingtem Schmerz?
A. Schwarzer (Bochum)

Indikation von schnell-freisetzendem Fentanyl in der Pädiatrie und Notfallmedizin?
F. Petzke (Göttingen)

Entwicklung der Verordnung nicht-retardierter Opioide
R. Sabatowski (Dresden)

17:00 - 18:30 Uhr / Saal 4

Assoziiertes Symposium

mundipharma GmbH

RLS – Bewegt sich was?
Vorsitz: W. Oertel (Marburg)

RLS Therapie – State of the Art?
H. Beneš (Schwerin)

Erste Ergebnisse der klinischen Studie mit neuem Therapieansatz
C. Trenkwalder (Kassel)

Praxisrelevanz in Fallbeispielen
H.-B. Strubel (Limburgerhof)

17:00 - 18:30 Uhr / Saal 6

Assoziiertes Symposium

Grünenthal GmbH

Der Tapentadol-Talk:
Tumorschmerzen – Mechanismen, Studien, Interpretationen

Ein Talk mit:
R. Baron (Kiel), K.-U. Kern (Wiesbaden), R. Rolke (Bonn), R. Sittl (Erlangen)

17:00 - 18:00 Uhr / Saal D

Assoziiertes Symposium

Autonomic Technologies

Was machen beim therapierefraktären Cluster Kopfschmerzpatienten?
Vorsitz: A. May (Hamburg)

Was machen beim therapierefraktären Cluster Kopfschmerzpatienten?
H.-C. Diener (Essen)

Neurostimulationsmethoden – Wie wirken sie?
A. May (Hamburg)

SPG-Neurostimulation: Ergebnisse der klinischen EU-weiten Studien
C. Gaul (Königstein)

17:00 - 18:00 Uhr / Saal E

Assoziiertes Symposium

St. Jude Medical GmbH

Gesundheitsökonomische Aspekte der Neurostimulation
Vorsitz: H. Göbel (Kiel)
Referenten: P. Hügler (Adorf), S. Hörter (Bochum)

	Saal 2	Saal 4	Saal 6	Saal D	Saal E
08:30 – 10:00	Tumorschmerz-therapie und Immunsystem *S. 30*	Visual Snow und Migräne Aura *S. 30*	Tiermodelle in der Migräneforschung: Ist alles klinisch gut, was experimentell geht? *S. 30*	Akutschmerz-therapie – da wo bisher kaum jemand hinschaut *S. 31*	Schmerzmanage-ment bei älteren Menschen in Pflegeheimen *S. 31*
10:30 – 12:00	Präsidenten-symposium des Deutschen Schmerz-kongresses 2013 *S. 32*				
12:30 – 13:30		*Astellas* „Die Nadel im Heuhaufen“ *S. 33*	*Shire Deutschland* „Moderne Schmerzmedizin“ *S. 34*	*Genzyme* „Neuropathischer Schmerz; unklare Ursache“ *S. 34*	„Ist alles gut, was geht oder geht Pflege noch besser?“ Teil 1 *S. 33*
15:00 – 16:30	Nightmares in Pain Management *S. 35*	QST und chronischer postoperativer Schmerz (CPSP): wo stehen wir heute? *S. 35*	Kopfschmerz-Olympiade *S. 36*	Funktions-verbesserung oder Schmerztherapie ! *S. 36*	„Ist alles gut, was geht oder geht Pflege noch besser?“ Teil 2 *S. 33*
17:00 – 18:30		Mitglieder-versammlung DMKG	*Pfizer, Grünenthal & mundipharma* „Wem ist was wichtig im Rückenschmerz?“ *S. 37*	*TEVA GmbH* „Neuronale Kaliumkanal-öffnung“ *S. 37*	

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

	Saal F	Saal G1	Saal G2	Säle A1 / A2 / B1 / B2 / C1	Foyer Ebene 2
08:30 – 10:00	„Ich bilde mir den Schmerz doch nicht ein" – Bio-psycho-soziale Zusammenhänge von Schmerz erklären – aber wie? *S. 61*	Die Bedeutung unterschiedlicher tiefer Gewebe für die Auslösung von Schmerz und Hyperalgesie *S. 31*	Schmerz bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems *S. 32*	Workshops *S. 57 - 60*	Posterausstellung
12:30 – 13:30	*TEVA GmbH* „Muskulär bedingte Schmerzen – was wann?" *S. 34*	*Pharm Allergan* „Chronische Kopfschmerzen/ Migräne" *S. 35*			
14:00 – 15:00				Kerndokumentation und Qualitätssicherung *S. 62*	Posterdiskussion
16:30	Mit Hammer und Stimmgabel: Crashkurs Neurologische Untersuchungstechnik *S. 67*	Autonomes Nervensystem und Schmerz – ein Update *S. 36*	Translationale funktionelle Bildgebung des nozizeptiven Systems *S. 37*	Workshops *S. 63 - 66*	Posterausstellung
18:30	**Refresher-Kurs** Stellenwert der klinischen Untersuchungen bei muskuloskelettalen Schmerzen *S. 15*				

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 2

Tumorschmerz

SY15 Tumorschmerztherapie und Immunsystem
Vorsitz: S. Wirz (Bad Honnef), M. Schenk (Berlin)

Schmerz und Immunologie
M. Schäfer (Berlin)

Wirkung von Analgetika auf das Immunsystem bei Tumorschmerzpatienten
E. Hoffmann (Berlin)

Kontroverses Thema: Ist der Einfluss der intraoperativen Regionalanästhesie auf die Tumorprogression gesichert?
C. Wiese (Regensburg)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 4

Kopfschmerz

SY16 Visual Snow und Migräne Aura: Mythen, Gemeinsamkeiten, pathophysiologische Vorstellungen und therapeutische Ansätze
Vorsitz: C. Schankin (München)

Migräne mit Aura
K. Podoll (Aachen)

Visual snow
C. Schankin (München)

Pharmakologische und neuromodulatorische Ansätze der Behandlung der Migräne
W. Paulus (Göttingen)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY17 Tiermodelle in der Migräneforschung: Ist alles klinisch gut, was experimentell geht?
Vorsitz: K. Meßlinger (Erlangen)

Periphere neurovaskuläre Vorgänge – können sie die Entstehung des Migräneschmerzes erklären?
K. Meßlinger (Erlangen)

Zentrale trigeminale Vorgänge – können sie Migräneschmerz und Migränehyperalgesie erklären?
J. Hoffmann (Berlin)

Cortical spreading depression – kann sie Aura und Migränetrigger erklären?
F. Richter (Jena)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal D

Akutschmerz

SY18 Akutschmerztherapie – da wo bisher kaum jemand hinschaut
Vorsitz: E. Pogatzki-Zahn (Münster)

In der Notfallaufnahme
S. Ganzera (Wuppertal-Barmen)

Auf der Intensivstation
R. Boche (Münster)

Im Altenheim
N. Nestler (Münster)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal E

Pflegewissenschaft

Schmerzmanagement bei älteren Menschen in Pflegeheimen – Ergebnisse einer sechsjährigen Forschungsphase
Vorsitz: A. Budnick (Berlin)

Schmerzreduktion durch Optimierung der Schmerzversorgung?! – Ergebnisse einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie
D. Dräger (Berlin)

Medikamentöse Schmerztherapie im Pflegeheim – Was muss sich zukünftig ändern?
F. Könner (Berlin)

Ausprägung kognitiv-behavioraler Schmerzbewältigungsstrategien und schmerzbedingter psychischer Beeinträchtigungen bei Pflegeheimbewohnern
P. von Berenberg (Berlin)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal G1

Experimentelle Modelle und Pathophysiologie

SY19 Die Bedeutung unterschiedlicher tiefer Gewebe für die Auslösung von Schmerz und Hyperalgesie
Vorsitz: W. Magerl (Mannheim)

Tierexperimentelle Befunde zur Neurobiologie myofaszialer Schmerzen
U. Hoheisel (Mannheim)

Surrogate models of musculosceletal pain and hyperalgesia
T. Graven-Nielsen (Aalborg, DK)

Humanexperimentelle Zugänge zur Entstehung von Rückenschmerz – Vergleich verschiedener tiefer Gewebe
A. Schilder (Mannheim)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal G2

Neuropathischer Schmerz

SY20 Schmerz bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems
Vorsitz: A. Straube, R. Ruscheweyh (München)

Schmerz und Multiple Sklerose
M. Marziniak (Haar)

Schmerz und Morbus Parkinson
V. Mylius (Marburg)

Schmerz und Kleinhirn
R. Ruscheweyh (München)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal 2

Präsidentensymposium

Moderne Schmerzmedizin
Das ist das Ergebnis von positiven Entwicklungen und Errungenschaften der letzten Jahrzehnte. **Ist alles gut?** Hier scheiden sich die Geister, denn (Schmerz-) Medizin schreitet voran, kann also nie gut genug sein. Eine stetige Verbesserung ist daher unbedingt erstrebenswert!
Ist alles gut, was geht?
Manches an der modernen Schmerzmedizin ist unsicher, manches vieldeutig, hinterfragbar, vielleicht sogar falsch: Wir können so viel, aber machen wir es manchmal aus den falschen Gründen? Machen wir manches, nicht weil es sinnvoll wäre, sondern einfach nur, weil es geht?
Ökonomie, Leitlinien, Evidenz sind nur einige Schlaglichter auf Prozesse, die die Schmerztherapie effektiver und besser machen – oder das Gegenteil bewirken können. Das diesjährige Präsidentensymposium nimmt sich dieser Dynamik an, und wir hoffen, dass wir, wenn nicht Antworten, so doch interessante Diskussionen anstoßen können.

An der Diskussion auf dem Podium beteiligen sich die beiden Kongresspräsidenten, Frau Prof. S.C. Azad (München) und Herr Prof. A. May (Hamburg) sowie die Medizin- und Gesundheitsethikerin und Onkologin Frau PD Dr. med. Dr. phil. E. Winkler (Heidelberg) und der geistige Vater der Klinischen Ökonomik, Prof. Franz Porszolt (Ulm).

12:00 - 13:30 Uhr / Saal E

Pflegewissenschaft

„Ist alles gut, was geht oder geht Pflege noch besser?“ Teil 1
Vorsitz: M. Thomm (Köln), N. Nestler (Münster)

Können nervende Nerven durch die regelmäßige Anwendung mit Capsaicin kontrolliert werden?
M. Thomm (Köln)

Schmerzmanagement bei alten Menschen, Do’s and Don’ts im Krankenhaus
E. Sirsch (Witten)

Möglichkeiten der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) in der postoperativen Schmerztherapie
S. Melle (Jena)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal E

Pflegewissenschaft

„Ist alles gut, was geht oder geht Pflege noch besser?“ Teil 2
Vorsitz: M. Thomm (Köln), N. Nestler (Münster)

Welchen Schmerz haben Patienten wirklich und was können wir dagegen tun?
N. Nestler (Münster)

Lache, wenn es nicht zum Weinen reicht! – Bietet Humor eine Ressource in Schmerzsituationen?
J. Gattermann (Bremen)

Beratung von Schmerzpatienten durch ambulant tätige Schmerzexpertinnen
E. Zimmermann (Öhringen)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 4

Lunch Symposium

Astellas Pharma GmbH

Die Nadel im Heuhaufen: Suche nach Responsekriterien für die lokale Therapie mit 8% Capsaicin
Vorsitz: R. Baron (Kiel), C. Maihöfner (Erlangen)

Der Blick in die Haut: Daten aus der ersten Studie zur Penetrationstiefe des Capsaicins
J. Wohlrab (Halle)

Responsekriterien – Suche in den QUEPP-Studiendaten
A. Kopf (Berlin)

Responsekriterien – Suche in den painDETECT-Studiendaten
R. Baron (Kiel)

Responsekriterien – Suche mittels QST (QST-Studie)
C. Maier (Bochum)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 6

Lunch Symposium

Shire Deutschland GmbH

Moderne Schmerzmedizin – ist alles gut, was geht? Zugänge beim Erkennen von seltenen Schmerzerkrankungen – Morbus Fabry
Vorsitz: P. Kropp, A. Rolfs (Rostock)

Schmerzmedizin: vom psychogenen Schmerz zum Morbus Fabry
P. Kropp (Rostock)

Morbus Fabry: Diagnostik, Klassifikation und Epidemiologie
A. Rolfs (Rostock)

„Ist alles gut, was geht?" Pathogenese und Therapie des Morbus Fabry
T. Böttcher (Neubrandenburg)

Grenzen der Diagnostik beim Morbus Fabry: Interaktives Fallseminar
B. Gustorff (Wien, A)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal D

Lunch Symposium

Genzyme GmbH

Neuropathischer Schmerz: unklare Ursache
Vorsitz: C. Sommer (Würzburg)

Unklarer Polyneuropathischer Schmerz
T. Duning (Münster)

„FabryScan" – ein Diagnose Tool
D. Naleschinski (Kiel)

Spezifischer Schmerz-Fragebogen bei Morbus Fabry
N. Üçeyler (Würzburg)

Besonderheiten bei der Schmerzbehandlung von Morbus Fabry
C. Sommer (Würzburg)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal F

Lunch Symposium

TEVA GmbH

Muskulär bedingte Schmerzen – was wann?
Vorsitz: M. Maschke (Trier)

NSAR – Risiken und Nebenwirkungen im Alltag
H.-R. Casser (Mainz)

Arzneimittelinduzierte Leberschäden – unterschätzt in der Schmerztherapie
J. Borlak (Hannover)

Flupirtin – Neu bewertet! Noch zu empfehlen?!
M.A. Überall (Nürnberg)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal G1

Lunch Symposium

Pharm Allergan GmbH

Chronische Kopfschmerzen/Migräne:
„Muss das sein?!“ Über Ursachen und Möglichkeiten der Behandlung.
Vorsitz: H. Göbel (Kiel)

Bildgebung und Pathophysiologie
A. May (Hamburg)

Differenzierte pharmakologische Intervention
S. Evers (Coppenbrügge)

Weitere therapeutische Behandlungsansätze
C. Gaul (Königstein)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal 2

Symposium

SY21 **Nightmares in Pain Management**
Vorsitz: S.C. Azad (München)

In diesem Symposium werden schwierige Fälle oder solche mit kritischen Situationen aus dem schmerzmedizinischen Alltag dargestellt und interaktiv Lösungen erarbeitet.

15:00 - 16:30 Uhr / Saal 4

Akutschmerz

SY22 **QST und chronischer postoperativer Schmerz (CPSP):**
wo stehen wir heute?
Vorsitz: E. Pogatzki-Zahn (Münster)

Wieviel Neuropathie steckt in chronischem postoperativen Schmerz:
eine Bestandsaufnahme
H. Gerbershagen (Utrecht, NL)

Präoperatives QST:
welchen Vorhersagewerte haben welche Testparameter für CPSP wirklich?
R. Ruscheweyh (München)

Postoperatives QST:
ebenfalls ein früher Prädiktor für chronische postoperative Schmerzen?
E. Pogatzki-Zahn (Münster)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY23 Kopfschmerz-Olympiade
Vorsitz: R. Malessa (Weimar)

Dauerkopfschmerz aus dem Orient
V. Malzacher (Reutlingen)

Ist das wirklich Migräne?
C. Gaul (Königstein)

Immer wieder eine Ptose
C. Gaul (Königstein)

Da ist was ins Auge gegangen
R. Malessa (Weimar)

Migräne mit Aura: primär oder sekundär?
A. Straube (München)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal D

Bewegungstherapie

SY24 Funktionsverbesserung oder Schmerztherapie!
Vorsitz: M. Egan Moog (München), K. Niemier (Hamm)

Manuelle Medizin – von der Grifftechnik zum Konzept
W. Seidel (Kremmen)

Schmerzfreiheit als Voraussetzung für funktionelle Behandlung
K. Niemier (Hamm)

Kognitionen von Ärzten und Therapeuten – welchen Einfluss haben therapeutische Einstellungen auf das Schmerzerleben eines Patienten
M. Laekeman (Witten)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal G1

Experimentelle Modelle und Pathophysiologie

SY25 Autonomes Nervensystem und Schmerz – ein Update
Vorsitz: T. Jürgens (Hamburg), H. Krämer (Gießen)

Autonomes Nervensystem und neuropathischer Schmerz – relevant jenseits des CRPS?
H. Krämer (Gießen)

Autonomes Nervensystem und Kopfschmerz – mehr als ein tränendes Auge?
T. Jürgens (Hamburg)

Neurostimulation von Barorezeptoren – die therapeutische Zukunft?
K. Thieme (Marburg)

15:00 - 16:30 Uhr / Saal G2

Experimentelle Modelle und Pathophysiologie

SY26 Translationale funktionelle Bildgebung des nozizeptiven Systems
Vorsitz: C. Maihöfner (Erlangen)

Neue Tracer-Techniken zur hochauflösenden Kartierung räumlicher Muster neuronaler Aktivität
J. Goldschmidt (Magdeburg)

Translationale Schmerzforschung: von der Fliege über die Maus zum Patienten
A. Hess (Erlangen)

Akuter und chronischer Schmerz: welche Netzwerke im Gehirn machen den Unterschied?
C. Maihöfner (Erlangen)

17:00 - 18:30 Uhr / Saal 6

Assoziiertes Symposium

Pfizer Pharma GmbH, Grünenthal GmbH & mundipharma GmbH

Wem ist was wichtig im Rückenschmerz?
Innovationen in der Pharmakotherapie – eine Betrachtung aus 3 Perspektiven
Vorsitz: T.R. Tölle (München)

Innovative pharmakologische Therapieansätze – was gibt es wirklich Neues?
G. Geißlinger (Frankfurt)

Was sind Innovationen aus Patientensicht?
T. Kohlmann (Greifswald)

Perspective of evidence based medicine – are we going to change?
R.A. Moore (Oxford, UK)

17:00 - 18:00 Uhr / Saal D

Assoziiertes Symposium (mit Imbiss)

TEVA GmbH

Neuronale Kaliumkanalöffnung – Bedeutung und therapeutische Relevanz in der Schmerztherapie
Vorsitz: H-R. Casser (Mainz), M. Maschke (Trier)

aus Sicht der Grundlagenforschung
J. Sandkühler (Wien, A)

aus Sicht der Arzneimittelsicherheit
J. Borlak (Hannover)

aus Sicht der Schmerztherapie
M. Schäfer (Berlin)

	Saal 2	Saal 4	Saal 6	Saal D	Saal E
08:30	Erfolgreiche CRPS Therapie – was, wann, warum und wie lange! *S. 40*	Gemeinsames Nachwuchs-symposium Deutsche Schmerz-gesellschaft und DMKG *S. 40*	Die neue IHS-Klassifikation *S. 41*	BVSD-Symposium: Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen für Hausärzte und Schmerz-therapeuten *S. 41*	Alternative Therapieansätze bei Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter *S. 41*
10:00					
10:30	Mein Patient ist (k) ein Junkie – Wissenschaftliche Befunde *S. 43*		Kopfschmerz meets Gynäkologie *S. 43*	BVSD-Symposium: Im Fokus: Aktuelle schmerz-therapeutische Versorgungs- und Honorarsituation in HH, HB, SH *S. 43*	Studententag
11:30					
12:00					
12:30	Tumorschmerz – unangenehme Nebenwirkungen bei Opioiden – was sollte man wissen? *S. 45*	Ökonomische Aspekte multimodaler interdisziplinärer Schmerztherapie *S. 45*	Triptane, ß-Blocker und Antiepileptika: Ist das Ende der Migränetherapie erreicht? *S. 45*	Da bleibt mir doch die Luft weg – wie Opioide neben Schmerzen auch Atemnot lindern *S. 46*	Achtsamkeit und Akzeptanz-Hinter-grund, neuronale Mechanismen und therapeutische Anwendung *S. 46*
14:00					
14:05			Abschlusssitzung		
14:30					

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

	Saal F	Saal G1	Saal G2	Säle A1 / A2 / B1 / B2	Foyer Ebene 2
08:30 – 10:00	Quantitativ Sensorische Testung – Neues auf dem Weg zum mechanism-based treatment *S. 42*	Herausforderung der Schmerzerfassung bei fortschreitender Demenz *S. 42*	Schmerz, Schlaf und Depression: Chronobiologische, pathophysiologische und pharmakologische Aspekte *S. 42*	Workshops *S. 68 - 70*	Poster-ausstellung
10:30 – 12:00	Subjektive und neuronale Parameter der Empathie bei Schmerz *S. 44*	Schmerz und Sexualität – ein vernachlässigtes Thema *S. 44*	Identifikation und Management chronischer Schmerzpatienten: Screening und Assessment *S. 44*	Workshops *S. 70*	
12:30 – 14:00	Schmerzreduktion durch Variation von Kontextreizen *S. 46*	Neue Aspekte des Komplex-Regionalen Schmerzsyndroms *S. 47*	Serotonin – Freund oder Feind des Schmerzes? *S. 47*	Workshops *S. 71*	Abbau der Poster-ausstellung

	Saal A1	Saal B2	Saal C1
08:30 – 10:30		**Refresher-Kurs** Schmerz-management in der Pflege *S. 16*	**Refresher-Kurs** Palliativmedizin *S. 16*
11:00 – 12:30	**Refresher-Kurs** Schmerz-management bei geriatrischen Patienten *S. 17*		**Refresher-Kurs** Bauchschmerz *S. 17*
13:00			

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 2

Moderne Schmerzmedizin: Ist alles gut, was geht?

SY27 Erfolgreiche CRPS Therapie – was, wann, warum und wie lange!
Vorsitz: F. Birklein (Mainz)

Die interventionellen Therapiemöglichkeiten bei CRPS
H. Krämer (Gießen)

Die medikamentöse Therapie des CRPS
F. Birklein (Mainz)

Nicht-medikamentöse konservative Therapieverfahren
J. de Jong (Maastricht, NL)

08:30 - 11:30 Uhr / Saal 4

Symposium

SY28 Gemeinsames Nachwuchssymposium:
Deutsche Schmerzgesellschaft und DMKG
Vorsitz: R. Klinger (Hamburg) – Deutsche Schmerzgesellschaft
Vorsitz: T. Jürgens (Hamburg), C. Schankin (München) – DMKG

Veränderungen der grauen Substanz bei Patienten mit vestibulärer Migräne
S. Nägel (Essen)

Assoziative Lern- und Gedächtnisprozesse im Kontext viszeraler Schmerzen
A. Icenhour (Essen)

Orexin Rezeptorantagonisten inhibieren nozizeptive neuronale Aktivität im trigeminozervikalen Komplex der Ratte
J. Hoffmann (Berlin)

Wirkmechanismen der Elektroakupunktur bei Entzündungsschmerz in Ratten
R. Trümper (Würzburg)

CGRP-Freisetzung von Hirnstammschnitten
C. Kageneck (Erlangen)

Achtsamkeitsbasierte Interventionen zur Migräneprophylaxe Pilotstudie und Vorstellung der Folgestudie
K. Simshäuser (Freiburg)

Modulation von Kontakthitzeevozierten Potenzialen (CHEPS)
A. Griewel (Hamburg)

Schmerzbezogene kognitive Interferenz ist stärker ausgeprägt für trigeminalen Schmerz als peripheren Schmerz
K. Schmidt (Hamburg)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY29 Die neue IHS-Klassifikation
Vorsitz: S. Evers (Coppenbrügge)

Einführung in die Kopfschmerzklassifikation 2013: Was ist neu?
S. Evers (Coppenbrügge)

Die neue Klassifikation chronischer Kopfschmerzen
G. Haag (Königsfeld)

Die neue Klassifikation von Neuralgien und Gesichtsschmerzen
M. Obermann (Essen)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal D

Symposium

SY30 BVSD-Symposium: Integrierte Versorgung: Handlungsoptionen für Hausärzte und Schmerztherapeuten
Vorsitz: J. Nadstawek (Bonn), R. Thoma (München)

Hausärztliche Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen
O. Funken (Rheinbach)

Entwicklung von Versorgungskonzepten chronisch kranker Patienten
N. Richter (Köln)

Gemeinsames Konzept von Hausarzt und Schmerztherapeut zur Behandlung und Vermeidung chronischer Rückenschmerzen
J. Nadstawek (Bonn)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal E

Schmerz bei Kindern

SY31 Alternative Therapieansätze bei Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter
Vorsitz: R. Pothmann (Hamburg)

Manualtherapie und Physiotherapie
R. Pothmann (Hamburg)

Akupunktur
S. Gottschling (Homburg)

Phytotherapie, Nahrungsergänzungsmittel und Homöopathie
S. Schetzek (München)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal F

Neuropathischer Schmerz

SY32 Quantitativ Sensorische Testung – Neues auf dem Weg zum mechanism-based treatment
Vorsitz: C. Maier (Bochum)

Quantitativ Sensorische Testung in individueller Diagnostik und Therapiewahl
C. Maier (Bochum)

Hochdosiertes topisches Capsaicin bei neuropathischem Schmerz – Veränderungen und Prädiktoren für Response im QST-Profil
T. Mainka (Bochum)

Experimentelle Schmerzmodelle – Translation vom Modell zum Patienten
F. Mahn (Kiel)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal G1

Schmerzdiagnostik

SY33 Herausforderung der Schmerzerfassung bei fortschreitender Demenz
Vorsitz: I. Gnass (Münster)

Selbst- oder Fremdeinschätzung in der Schmerzerfassung – Erfahrungen aus der stationären Altenhilfe
I. Gnass (Münster)

Selbst- oder Fremdeinschätzung in der Schmerzerfassung – Erfahrungen aus einer geriatrischen Akutklinik
A. Lukas (Ulm)

Selbst- oder Fremdeinschätzung in der Schmerzerfassung – Erfahrungen aus dem Akutkrankenhaus
E. Sirsch (Witten)

08:30 - 10:00 Uhr / Saal G2

Experimentelle Modelle und Pathophysiologie

SY34 Schmerz, Schlaf und Depression: Chronobiologische, pathophysiologische und pharmakologische Aspekte
Vorsitz: B. Kundermann (Marburg), S. Schuh-Hofer (Mannheim)

Schlaf, Schmerz und Depression: Epidemiologische und klinische Daten
B. Kundermann (Marburg)

Effekt von Schlafentzug auf Schmerzempfindlichkeit und Stimmungslage
S. Schuh-Hofer (Mannheim)

Schlaf und Schmerz: Chronobiologische und Chronopharmakologische Aspekte
S. Gorbey (Mannheim)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal 2

Pharmakologische Verfahre

SY35 **Mein Patient ist (k)ein Junkie – Wissenschaftliche Befunde im Kontext der praktischen Patientenversorgung**
Vorsitz: C. Maier (Bochum)

Prästationäre Opioide – Bedeutung für eine Schmerztherapie bei stationärer Behandlung
C. Maier (Bochum)

Empfehlungen und Praxis bei Opioid vorbehandelten Schmerzpatienten in der Klinik
M. Gleim (Kiel)

Perioperative Schmerzmedizin aus suchtmedizinischer Sicht
S. Schulzeck (Kiel)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY36 **Kopfschmerz meets Gynäkologie**
Vorsitz: M. Marziniak (Haar)

Primäre Kopfschmerzen und ihre Therapie in Schwangerschaft und Stillzeit
M. Marziniak (Haar)

Sekundäre Kopfschmerzen und ihre Therapie in Schwangerschaft und Stillzeit
S. Förderreuther (München)

Hormontherapie und die Behandlung von Kopfschmerzen aus gynäkologischer Sicht
M. Falkenberg (Münster)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal D

Symposium

SY37 **BVSD-Symposium: Im Fokus: Aktuelle schmerztherapeutische Versorgungs- und Honorarsituation in HH, HB, SH**
Vorsitz: J. Nadstawek (Bonn)

Aktuelle schmerztherapeutische Versorgungs- und Honorarsituation in Hamburg
H. Jäger (Hamburg)

Aktuelle schmerztherapeutische Versorgungs- und Honorarsituation Bremen
H. Kayser (Bremen)

Aktuelle schmerztherapeutische Versorgungs- und Honorarsituation in Schleswig-Holstein
J. Leifeld (Rendsburg)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal F

Psychologische Verfahren

SY38 Subjektive und neuronale Parameter der Empathie bei Schmerz und Einfluss der Empathie auf helfendes Verhalten
Vorsitz: B. Kröner-Herwig (Göttingen)

State–Empathie bei Schmerz – Emotionale, kognitive und neuronale Aspekte
M. Preis, C. Dechent, A. Barke, B. Kröner-Herwig (Göttingen)

Wie wird Empathie moduliert und wie beeinflusst es helfendes Verhalten?
N.N.

Schmerzempathie für In- und Outgroup-Mitglieder bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen und gesunden Kontrollen
J. Ruckmann, J.-M. Gottschalk, M. Bodden, A. Jansen, R. Dodel, W. Rief (Marburg)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal G1

Psychologische Verfahren

SY39 Schmerz und Sexualität – ein vernachlässigtes Thema
Vorsitz: A. Diezemann (Mainz), H. Traue (Ulm)

Sexuelle Funktionsstörungen bei chronischen Schmerzen
A. Diezemann (Mainz)

Die Therapie von sexuellen Funktionsstörungen
U. Hartmann (Hannover)

Schmerz, Trauma und Sadomasochismus
H. Traue (Ulm)

10:30 - 12:00 Uhr / Saal G2

Schmerzdiagnostik

SY40 Identifikation und Management chronischer Schmerzpatienten: Screening und Assessment
Vorsitz: B. Nagel (Mainz)

Inhalte des Multidisziplinären Assessment
J. Lutz (Bad Berka)

Psychologische Verfahren und Vorab-Risiko-Screening
M. Pfingsten (Göttingen)

Funktionsdiagnostik
B. Nagel (Mainz)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 2

Tumorschmerz

SY41 Tumorschmerz – unangenehme Nebenwirkungen bei Opioiden – was sollte man wissen?
Vorsitz: S. Wirz (Bad Honnef), M. Schenk (Berlin)

Serotoninsyndrom unter Opioidtherapie – Modethema oder praktisch relevant?
M. Schenk (Berlin)

Machen Opioide impotent? Klinische Bedeutung der opioidinduzierten Hormonveränderungen beim Tumorschmerz
S. Wirz (Bad Honnef)

Kognition und Vigilanz unter Opioiden – Wie wach sollte ein Tumorschmerzpatient sein?
H.-C. Wartenberg (Amsterdam, NL)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 4

Versorgungsstrukturen und Gesundheitsökonomie

SY42 Ökonomische Aspekte multimodaler interdisziplinärer Schmerztherapie
Vorsitz: B. Arnold (Dachau), M. Pfingsten (Göttingen)

Vergleich der Kosteneffektivität von Operation, multimodaler und interventioneller Schmerztherapie bei Rückenschmerzen: Eine Analyse mit Krankenkassendaten
U. Marschall (Wuppertal)

Anspruch und Realität: Finanzierung stationärer multimodaler Schmerztherapien
J. Lutz (Bad Berka)

Gelebte Versorgung: Teilstationäre multimodale Schmerztherapie in Bayern
M. Steinberger (München)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal 6

Kopfschmerz

SY43 Triptane, ß-Blocker und Antiepileptika: Ist das Ende der Migränetherapie erreicht?
Vorsitz: U. Reuter (Berlin)

Akuttherapie der Migräne: Gibt es neue Substanzen in naher Zukunft?
U. Reuter (Berlin)

Migräne Prophylaxe: Haben Tabletten noch eine Chance?
L. Neeb (Berlin)

Woran scheitert die Entwicklung neuer Substanzen zur prophylaktischen und akuten Behandlung der Migräne?
G. Arnold (Sindelfingen)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal D

Palliativmedizin

SY44 Da bleibt mir doch die Luft weg – wie Opioide neben Schmerzen auch Atemnot lindern
Vorsitz: R. Rolke (Bonn)

Wie wirken Opioide sowohl gegen Schmerzen als auch Luftnot – vom Rezeptor zum funktionellen System
R. Rolke (Bonn)

Da bleibt mir doch die Luft weg – Evidenz-basierte Therapie der Dyspnoe mit Opioiden
R. Laufenberg-Feldmann (Mainz)

Mit Opioiden gegen Schmerzen und Luftnot – interaktive Fallbeispiele
M. Mücke (Bonn)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal E

Psychologische Verfahren

SY45 Achtsamkeit und Akzeptanz-Hintergrund, neuronale Mechanismen und therapeutische Anwendung
Vorsitz: A. Diezemann (Mainz), J. Korb (Mainz)

Achtsamkeit zwischen Ost und West – Meditation als Therapie?
J. Korb (Mainz)

Neuronale Korrelate von Achtsamkeit im Kontext von Schmerzen
T. Gard (Gießen)

Achtsamkeit und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie – ist das möglich?
A. Diezemann (Mainz)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal F

Psychologische Verfahren

SY46 Schmerzreduktion durch Variation von Kontextreizen: Möglichkeiten zur Selbstwirksamkeit in der Schmerztherapie?
Vorsitz: R. Klinger (Hamburg)

Einfluss von Instruktionen und Erfahrung auf die Schmerzwahrnehmung von chronischen Rückenschmerzen
J. Schmitz, R. Klinger (Hamburg)

Einfluss von Instruktionen und Erfahrung auf die Schmerzwahrnehmung bei viszeralen Schmerzen
S. Benson, S. Elsenbruch (Essen)

Update neurobiologische Grundlagen von Placebo-Reaktionen und ihrer Wechselwirkungen mit kontextuellen Reizen
S. Kamping, H. Flor (Mannheim)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal G1

Neuropathischer Schmerz

SY47 Neue Aspekte des Komplex-Regionalen Schmerzsyndroms
Vorsitz: C. Maihöfner (Erlangen)

Neue Daten zur Langzeitprognose bei CRPS
C. Maihöfner (Erlangen)

Spiegeltherapie bei CRPS – alles nur Illusion?
E. Kraft (München)

Neue Aspekte der Neurorehabilitation bei CRPS
A. Reiners (München)

12:30 - 14:00 Uhr / Saal G2

Neuropathischer Schmerz

SY48 Serotonin – Freund oder Feind des Schmerzes?
Vorsitz: T.R. Tölle (München)

Genetische Polymorphismen und Symptome neuropathischer Schmerzen
A. Binder (Kiel)

Serotonerges System und Somatosensorik bei Probanden und depressiven Patienten
E. Krumova (Bochum)

Antidepressiva und chronischer Schmerz
T.R. Tölle (München)

14:05 - 14:30 Uhr / Saal 6

Abschlussveranstaltung

Donnerstag 24.10.2013

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

Workshops

Freitag 25.10.2013

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

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-psycho-soziale 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 Kopfschmerzerkrankung 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 Kopfschmerzerkrankungen 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 Substanzfehlgebrauch, junge Menschen mit langer Krankenhauskarriere und iatrogener Opiatgewöhnung, 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 verborgende 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 Komorbidiät 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 das das Therapieoutcome, zusätzlich zu den durch Fragbögen 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-psychosoziales Schmerzmodell erleichtert. Darüber hinaus kann der Patient lernen, spezifische physiologische Veränderungen hevorzurufen. 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 Bewegungsübungen, 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 deutlich von der Therapie nozizeptiver Schmerzen – dies macht eine klinische Differenzierung zwischen diesen beiden Schmerzformen so wichtig! Anhand von Beispielen soll in einem interaktiven Fallseminar die klinische Manifestation neuropathischer Schmerzbilder vorgestellt und die über die körperliche Untersuchung und Anamnese hinausgehenden apparativen Untersuchungstechniken erläutert werden. Neurophysiologische Untersuchungsverfahren ermöglichen eine Funktionsdiagnostik des peripheren und zentralen Nervensystems und bildgebende Verfahren können Läsionen im schmerzverarbeitenden System aufzeigen. Deren Chancen aber auch Fallstricke sollen ebenso diskutiert werden wie mögliche, durch eine intensive apparative Diagnostik entstehende, Probleme im Sinne einer iatrogenen Chronifizierung oder der Verunsicherung vieler Patienten durch vermeintlich auffällige aber irrelevante Befunde. Als weiteren Schwerpunkt werden in diesem Seminar die aktuellen Therapiealgorithmen für neuropathische Schmerzen vorgestellt und Therapiekonzepte für beispielhafte Patienten entwickelt. Dabei soll insbesondere auch auf die Möglichkeiten der Kombinationstherapie und auf mögliche Fehlerquellen bei der Therapieplanung dieser häufig hochchronifizierten Patienten eingegangen werden. Gerne beziehen wir uns auf Ihre Fallbeispiele und diskutieren diese mit Ihnen (bitte vorab per Email zuschicken an s.rehm@neurologie.uni-kiel.de oder j.hellriegel@neurologie.uni-kiel.de).

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 Skalenformen, -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 Korrff) 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.
Vorgestellt 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 Statusevaluation 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 notwending, 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 chrarakteristische 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)
Refernten: 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 Fragstellung 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 Schmerzkranke 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 Burnout 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, Grepmair, 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 Schmerzbewältigung – 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 Salzuflen)

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 Schmerzkranke 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 KEDOQ-Schmerz bei der DGSS – Erfahrungsaustausch von Anwendern und für Anwender, Auswertung und Diskussion erster Qualitätsindikatoren

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

KEDOQ-Schmerz: Ziele der Deutschen Schmerzgesellschaft – externe Qualitätssicherung und unabhängige Versorgungsforschung
B. Nagel (Mainz)

Wie geht KEDOQ-Schmerz konkret?
G. Lindena (Kleinmachnow)

Ausführliche Diskussion: Austausch von Erfahrungen, Wünsche und Anregungen aus der Praxis
Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat KEDOQ-Schmerz initiiert, eine Ad hoc Kommission zur inhaltlichen Steuerung einberufen und das Versorgungsforschungsinstitut CLARA (Clinical Analysis, Research and Application) mit der Umsetzung beauftragt.
KEDOQ-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 KEDOQ-Prozess unterstützen. Die Ad hoc Kommission KEDOQ-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 zugrunde liegendes 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., Strohsahl, 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 Opioide 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 konfligieren. Die Behandlung verläuft in diesem Fall für das Behandlungsteam (und den Patienten) oftmals frustran 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 seien. 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)

Opioide werden bei nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen immer häufiger eingesetzt. Wir sehen zunehmend Patienten, die unter Opioideinnahme 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 eingeengt, 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 vor, 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: C. Schankin (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 neurologischen 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 frustrane 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 schmerzhafte 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 visualisiert 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 Tellerrad" 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 Kopfschmerzsprechstunde, 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 erklärbare' 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.

TARGIN® ENTHÄLT EIN OPIOID.

TARGIN® 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/20 mg Retardtabletten, Wirkstoffe: Oxycodonhydrochlorid, Naloxonhydrochlorid. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 Retardtablette TARGIN® 5 mg/2,5 mg enthält 5 mg Oxycodonhydrochlorid entspr. 4,5 mg Oxycodon und 2,73 mg Naloxonhydrochlorid-Dihydrat entspr. 2,5 mg Naloxonhydrochlorid bzw. 2,25 mg Naloxon. 1 Retardtablette TARGIN® 10 mg/5 mg enthält 10 mg Oxycodonhydrochlorid entspr. 9,0 mg Oxycodon und 5,45 mg Naloxonhydrochlorid-Dihydrat entspr. 5,0 mg Naloxonhydrochlorid bzw. 4,5 mg Naloxon. 1 Retardtablette TARGIN® 20 mg/10 mg enthält 20 mg Oxycodonhydrochlorid entspr. 18,0 mg Oxycodon und 10,9 mg Naloxonhydrochlorid-Dihydrat entspr. 10,0 mg Naloxonhydrochlorid bzw. 9,0 mg Naloxon. 1 Retardtablette TARGIN® 40 mg/20 mg enthält 40 mg Oxycodonhydrochlorid entspr. 36,0 mg Oxycodon und 21,8 mg Naloxonhydrochlorid-Dihydrat entspr. 20,0 mg Naloxonhydrochlorid bzw. 18,0 mg Naloxon. Sonstige Bestandteile: Ethylcellulose, Stearylalkohol, Lactose-Monohydrat, Talkum, Magnesiumstearat, Poly(vinylalkohol), Macrogol 3350, Titandioxid (E171). Zusätzlich für TARGIN® 5 mg/2,5 mg: Hyprolose, Brilliantblau FCF, Aluminiumsalz (E133). Zusätzlich für TARGIN® 10 mg/5 mg: Povidon K30. Zusätzlich für TARGIN® 20 mg/10 mg: Povidon K30, Eisen(III)-oxid (E172). Zusätzlich für TARGIN® 40 mg/20 mg: Povidon K30, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E172). **Anwendungsgebiete:** Starke Schmerzen, die nur mit Opioid-Analgetika ausreichend behandelt werden können. Der Opioidantagonist Naloxon ist in TARGIN® enthalten, um einer Opioid-induzierten Obstipation entgegenzuwirken, indem er die Wirkung des Oxycodons an den Opioidrezeptoren lokal im Darm blockiert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile und jegliche Situationen, in denen Opioide kontraindiziert sind, schwere Atemdepression mit Hypoxie und/oder Hyperkapnie, schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Cor pulmonale, schweres Bronchialasthma, nicht Opioid-bedingter paralytischer Ileus, mittlere bis schwere Leberfunktionsstörung. **Nur unter besonderer Vorsicht anwenden bei** älteren oder geschwächten Patienten, Patienten mit Opioid-bedingtem paralytischem Ileus, Patienten mit leichter Leberfunktionsstörung oder mit Nierenfunktionsstörungen, schwerer Beeinträchtigung der Lungenfunktion, Myxödem, Hypothyreose, Addisonscher Krankheit (Nebennierenrinden-Insuffizienz), Intoxikations-Psychose, Cholelithiasis, Prostatahypertrophie, Alkoholismus, Delirium tremens, Pankreatitis, Hypotonie, Hypertonie, vorher bestehenden Herzkreislauferkrankungen, Kopfverletzungen (wegen des Risikos von Zuständen mit erhöhtem Hirndruck), Epilepsie oder Prädisposition zu Krampfanfällen, Patienten, die MAO-Hemmer einnehmen. Eine Anwendung bei Krebspatienten mit Peritonealkarzinose oder beginnender Darmobstruktion wird aufgrund fehlender klinischer Erfahrungen nicht empfohlen. Eine Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wird nicht empfohlen. Die Gabe von TARGIN® wird präoperativ und während der ersten 12 - 24 Stunden postoperativ nicht empfohlen. Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten TARGIN® Retardtabletten nicht einnehmen. TARGIN® sollte während der Schwangerschaft nur angewendet werden, wenn der Nutzen das mögliche Risiko für den Fötus oder das Neugeborene eindeutig überwiegt. Während einer Behandlung mit TARGIN® sollte das Stillen unterbrochen oder abgestillt werden. **Nebenwirkungen: Erkrankungen des Immunsystems:** Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreaktionen. **Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:** Häufig: Appetitabnahme bis zum Appetitverlust. **Psychiatrische Erkrankungen:** Häufig: Schlaflosigkeit. Gelegentlich: Unruhe, Denkstörung, Angst, Verwirrtheitszustände, Depressionen, Nervosität. Nicht bekannt: euphorische Stimmung, Halluzinationen, Alpträume. **Erkrankungen des Nervensystems:** Häufig: Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Somnolenz. Gelegentlich: Konvulsionen (insbesondere bei Personen mit Epilepsie oder Prädisposition zu Krampfanfällen), Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachstörungen, Synkope, Tremor. Nicht bekannt: Parästhesien, Sedierung. **Augenerkrankungen:** Gelegentlich: Sehstörungen. **Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths:** Häufig: Vertigo. **Herzerkrankungen:** Gelegentlich: Angina pectoris insbes. bei Pat. mit vorher bestehender koronarer Herzkrankheit, Palpitationen. Selten: Tachykardie. **Gefäßerkrankungen:** Häufig: Hitzewallungen. Gelegentlich: Blutdruckabfall, Blutdruckanstieg. **Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums:** Gelegentlich: Dyspnoe, Rhinorrhoe, Husten. Selten: Gähnen. Nicht bekannt: Atemdepression. **Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:** Häufig: Abdominalschmerz, Obstipation, Diarrhoe, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Erbrechen, Übelkeit, Flatulenz. Gelegentlich: aufgetriebener Bauch. Selten: Zahnerkrankungen. Nicht bekannt: Aufstoßen. **Leber- und Gallenerkrankungen:** Gelegentlich: Erhöhung leberspezifischer Enzyme, Gallenkolik. **Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse:** Nicht bekannt: Erektionsstörungen. **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes:** Häufig: Pruritus, Hautreaktionen/Hautausschlag, Hyperhidrosis. **Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenerkrankungen:** Gelegentlich: Muskelkrämpfe, Muskelzucken, Myalgie. **Erkrankungen der Nieren und Harnwege:** Gelegentlich: Harndrang. Nicht bekannt: Harnretention. **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** Häufig: Schwächezustände (Asthenie). Gelegentlich: Arzneimittelentzugssyndrom, Brustkorbschmerz, Schüttelfrost, Unwohlsein, Schmerzen, periphere Ödeme, Gewichtsabnahme. Selten: Gewichtszunahme. **Verletzung, Vergiftung und durch Eingriffe bedingte Komplikationen:** Gelegentlich: Verletzungen durch Unfälle. **Für den Wirkstoff Oxycodonhydrochlorid sind die folgenden zusätzlichen Nebenwirkungen bekannt:** Auf Grund seiner pharmakologischen Eigenschaften kann Oxycodonhydrochlorid Atemdepression, Miosis, Bronchospasmus und Spasmen der glatten Muskulatur hervorrufen sowie den Hustenreflex dämpfen. **Infektionen und parasitäre Erkrankungen:** Selten: Herpes simplex. **Erkrankungen des Immunsystems:** Nicht bekannt: Anaphylaktische Reaktionen. **Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:** Gelegentlich: Dehydration. Selten: Appetitsteigerung. **Psychiatrische Erkrankungen:** Häufig: Stimmungs- und Persönlichkeitsveränderungen, verminderte Aktivität, psychomotorische Hyperaktivität. Gelegentlich: Agitiertheit, Wahrnehmungsstörungen (z.B. Derealisation), verminderte Libido, psychische Arzneimittelabhängigkeit. **Erkrankungen des Nervensystems:** Gelegentlich: Konzentrationsstörungen, Migräne, Geschmacksstörungen, erhöhter Muskeltonus, unwillkürliche Muskelkontraktionen, Hypoästhesie, Koordinationsstörungen. **Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths:** Gelegentlich: Hörstörungen. **Gefäßerkrankungen:** Gelegentlich: Vasodilatation. **Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums:** Gelegentlich: Dysphonie. **Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:** Häufig: Schluckauf. Gelegentlich: Dysphagie, Ileus, Mundulzerationen, Stomatitis. Selten: Melaena, Zahnfleischbluten. **Leber- und Gallenerkrankungen:** Nicht bekannt: Cholestase. **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes:** Gelegentlich: Trockene Haut. Selten: Urtikaria. **Erkrankungen der Nieren und Harnwege:** Häufig: Dysurie. **Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse:** Nicht bekannt: Amenorrhoe. **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** Gelegentlich: Ödeme, Durst, Toleranz. Hinweis: Reaktionsvermögen kann beeinträchtigt werden (Straßenverkehr!). Abhängigkeit kann sich entwickeln. Gleichzeitige Einnahme mit Alkohol vermeiden. **Mundipharma GmbH, 65549 Limburg (Lahn). 01-13**

Quellen: [1]Schutter U. et al. (2010): Innovative pain therapy with a fixed combination of prolonged-release oxycodone/naloxone: a large observational study under conditions of daily practice. Curr Med Res Opin 26 (6): 1377-1387 [2]Schutter U. & Meyer C. (2009): Efficacy and tolerability of prolonged release oxycodone/naloxone. Eur J Pain 13 (1): S208 [3]Clemens K. E. & Mikus G. (2010): Combined oral prolonged-release oxycodone and naloxone in opioid-induced bowel dysfunction: review of efficacy and safety data in the treatment of patients experiencing chronic pain. Expert Opin Pharmacother 11 (2): 297-310 [4]Tarau L. (2011): Efficacy and tolerability of oxycodone/naloxone PR in patients pre-treated with fentanyl patches. Eur J Pain (Suppl 5): 179 [5]Hesselbarth S. (2011): Efficacy of pain therapy in patients treated with oxycodone/naloxone PR or other strong opioids. Eur J Pain (Suppl 5): 179 [6]Löwenstein O. (2011): Mehr Lebensqualität durch starke Wirksamkeit und überlegene Verträglichkeit für Patienten bei Behandlung mit Oxycodon/Naloxon im Vergleich zu anderen starken Opioiden. Deutscher Schmerzkongress: P 10.11 [7]Mundipharma data on file.

KOSTENFREIE INFOLINE: 0800-8551111 • MEDINFO-SERVICE@MUNDIPHARMA.DE

mundipharma
STARKE SCHMERZEN?
TARGIN®
Friedrich K., 68 J.,
trotz degenerativer
Wirbelsäulenerkrankung
Kavalier alter Schule
TARGIN®: Überlegen verträglich im Vergleich zu Tramadol, Tilidin/Naloxon, Fentanyl, Morphin und Oxycodon allein.1-7
STARK GEGEN SCHMERZEN + ÜBERLEGEN VERTRÄGLICH1-7
TARGIN®

Hauptsponsoren

Grünenthal GmbH

TEVA GmbH

Mobiler Kongressguide
Taschenplaner
Namensschilder
Lanyards
Posterpreise

TEVA GmbH

Tagungstaschen
Schreibblöcke und Stifte

mundipharma
Vertriebs GmbH & Co. KG

Assoziierte Symposien

Autonomic Technologies

Grünenthal GmbH

mundipharma Vertriebs GmbH & Co. KG

Pfizer Pharma GmbH

St. Jude Medical GmbH

TEVA GmbH

Lunch Symposien

Astellas Pharma GmbH

Genzyme GmbH

MSD SHARP & DOHME GmbH

Pharma Allergan GmbH

Pfizer Pharma GmbH

Shire Deutschland GmbH

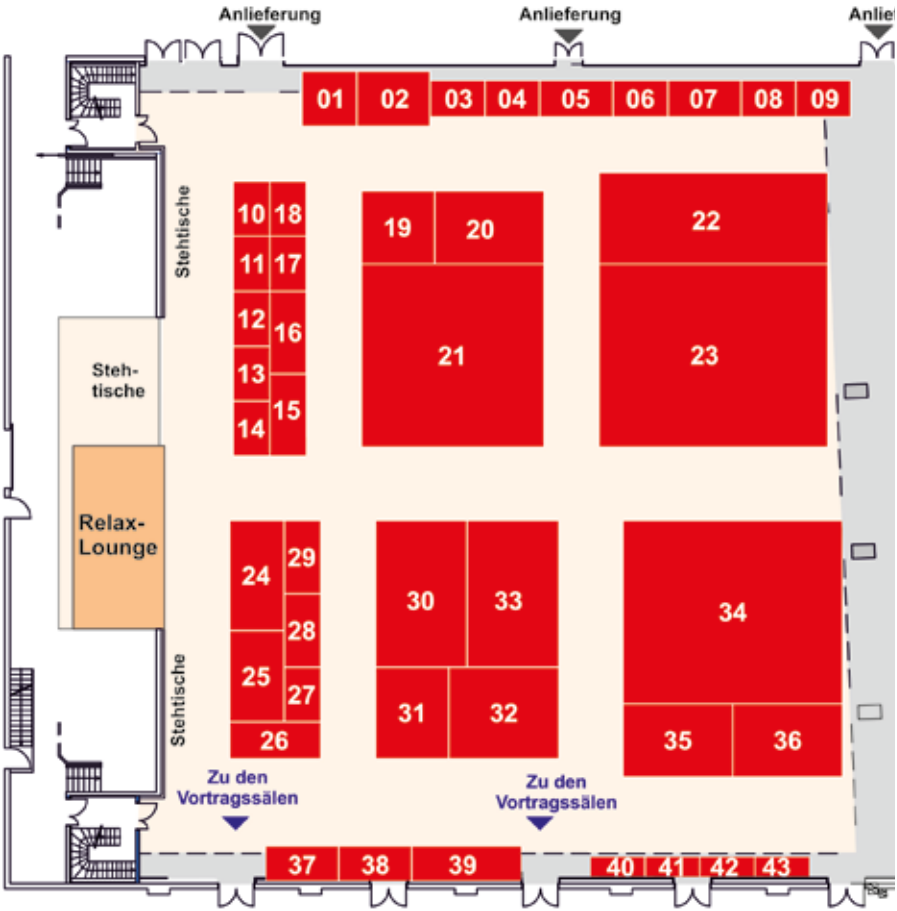
TEVA GmbH

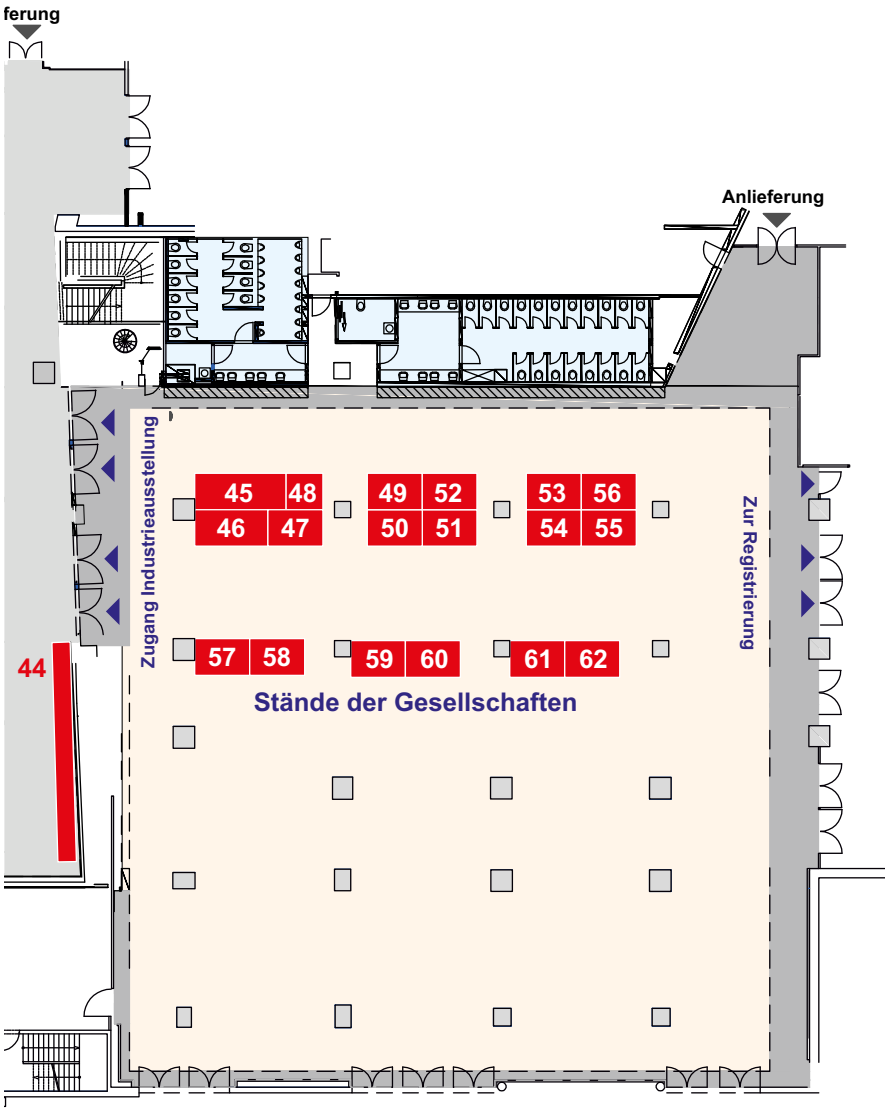
Den Umfang und die Bedingungen der Unterstützung entnehmen Sie bitte der Kongresshomepage: **www.schmerzkongress2013.de**

	Stand Nr.	Ebene
actavis 81829 München	40	Saal 3
Agfa HealthCare GmbH 53227 Bonn	46	Foyer
Akademie Palliative Care Norddeutschland PACE gemeinnütziger e.V. 28209 Bremen	12	Saal 3
Allergan 76275 Ettlingen	24	Saal 3
Archimedes Pharma Germany GmbH 68199 Mannheim	35	Saal 3
Astellas Pharma GmbH 80992 München	33	Saal 3
Automatic Technologies 94063 Redwood City, USA	17	Saal 3
Betapharm Arzneimittel GmbH 86156 Augsburg	31	Saal 3
Boston Scientific 40880 Ratingen	28	Saal 3
Buchhandlung Wirmsberger 44795 Bochum	44	Saal 3
Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH 12277 Berlin	39	Saal 3
electroCore 53809 Ruppichteroth	01	Saal 3
frohberg_medien in der medizin 10829 Berlin	13	Saal 3
GENZYME 63263 Neu-Isenburg	26	Saal 3
Grünenthal GmbH 52099 Aachen	23	Saal 3
HASOMED GmbH 39114 Magdeburg	18	Saal 3
HEXAL AG 83607 Holzkirchen	37	Saal 3
hhp AG 76133 Karlsruhe	“Relax-Lounge“	Saal 3
Hormosan Pharma GmbH 60389 Frankfurt	29	Saal 3
ID GmbH & Co. KGaA 10115 Berlin	10	Saal 3
inomed Medizintechnik GmbH 79312 Emmendingen	08	Saal 3
Janssen-Cilag GmbH 41470 Neusss	32	Saal 3
Koglek MTC- CoMedical Cosman Medical 6292 Finkenberg, A	07	Saal 3
Lilly Deutschland GmbH 61352 Bad Homburg	30	Saal 3
MEDA Pharma GmbH & Co. KG 61352 Bad Homburg	49	Foyer
medac GmbH 22880 Wedel	38	Saal 3

	Stand Nr.	Ebene
Medizin-Elektronik von Petersdorff 81479 München	42	Saal 3
MEDLINQ GmbH 21029 Hamburg	47	Foyer
Medtronic GmbH 40670 Meerbusch	25	Saal 3
MigräneLiga e.V. Deutschland 69123 Heidelberg	45	Foyer
MSD SHARP & DOHME GmbH 85540 Haar	36	Saal 3
mundipharma Vertriebs GmbH & Co. KG 65549 Limburg / Lahn	34	Saal 3
neuraxpharm Arzneimittel GmbH 40764 Langenfeld	05	Saal 3
OMT 32427 Minden	09	Saal 3
Orthronic Medical GmbH 39112 Magdeburg	50	Foyer
Pfizer Pharma GmbH 10785 Berlin	22	Saal 3
pfm medical tpm gmbh 50996 Köln	06	Saal 3
Philips GmbH 20099 Hamburg	41	Saal 3
Schmerzklinik am Arkauwald 97980 Bad Mergentheim	11	Saal 3
SchmerzLos e.V. 23627 Lübeck	04	Saal 3
SchmerzNetz NRW eG 50931 Köln	14	Saal 3
schwa-medico GmbH 35630 Ehringshausen	20	Saal 3
Shire Deutschland GmbH 10117 Berlin	19	Saal 3
Smiths Medical Deutschland GmbH 85630 Grasbrunn	02	Saal 3
St. Jude Medical 65760 Eschborn	15	Saal 3
STADApharm GmbH 61118 Bad Vilbel	43	Saal 3
StatConsult GmbH 39112 Magdeburg	48	Foyer
TEVA GmbH 10785 Berlin	21	Saal 3
TV-Wartezimmer 85356 Freising	16	Saal 3
Venner Medical (Deutschland) GmbH 24118 Kiel	27	Saal 3
Von Ardenne Institut für Angewandte Medizinische Forschung GmbH 01324 Dresden	03	Saal 3

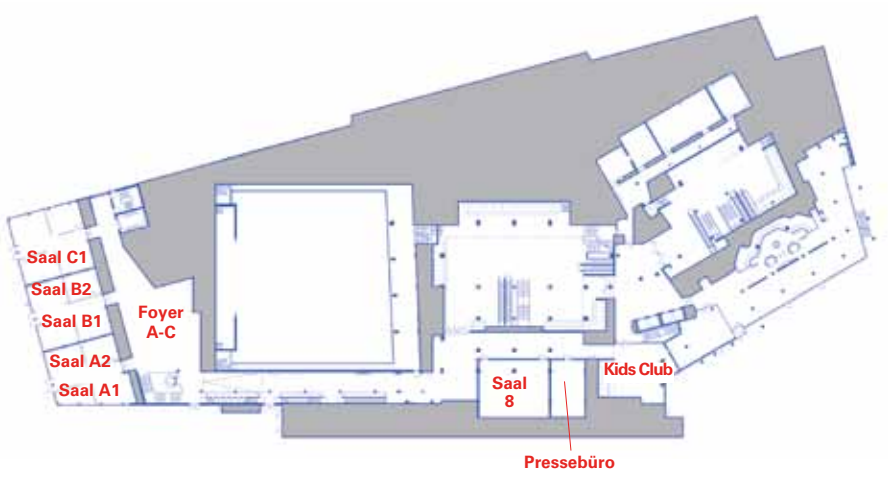
Stand bei Drucklegung


Anlieferung
Anlieferung
Anlie
01
02
03
04
05
06
07
08
09
Stehtische
10
18
11
17
12
16
13
15
14
19
20
21
22
23
Steh-
tische
Relax-
Lounge
24
29
28
25
27
26
30
33
31
32
34
35
36
Stehtische
Zu den
Vortragssälen
Zu den
Vortragssälen
37
38
39
40
41
42
43

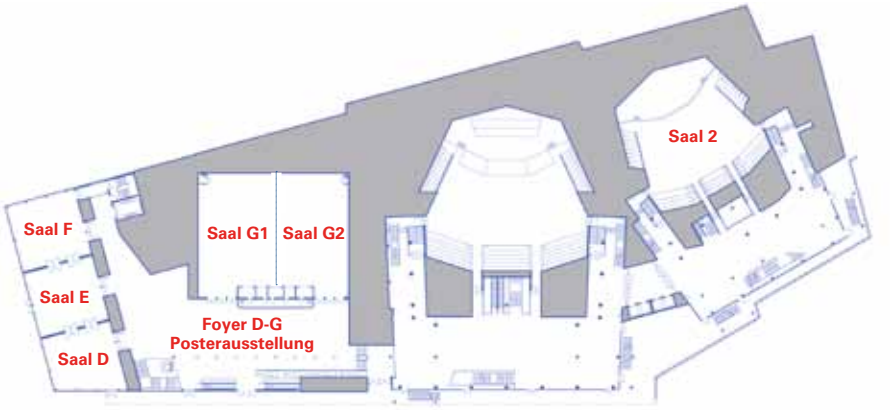

ferung
Anlieferung
Zugang Industrieausstellung
Zur Registrierung
45
48
46
47
49
52
50
51
53
56
54
55
57
58
59
60
61
62
44
Stände der Gesellschaften

Erdgeschoss

1. Obergeschoss



2. Obergeschoss



A

Andresen, Viola – RF12 Iraelitisches Krankenhaus, Medizinische Klinik, Orchideenstieg 14, 22297 Hamburg

Arnold, Bernhard – SY42 Amper-Kliniken, Chefarzt der Abt. für Schmerztherapie, Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau

Arnold, Guy – RF3, SY43 Klinikum Sindelfingen-Böblingen, Klinik für Neurologie, Arthur-Gruber Str. 70, 71065 Sindelfingen

Azad, Shahnaz Christina – SY21 Klinikum der Universität München, Klinik für Anästhesiologie, Interdisziplinäre Schmerzambulanz und Tagesklinik, Marchioninistr. 15, 81377 München

B

Baron, Ralf – RF6 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel Sektion für Neurologische Schmerzforschung und -therapie, Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel

Baumgärtner, Ulf – SY4 Universitätsmedizin Mannheim, Lehrstuhl für Neurophysiologie am CBTM, Ludolf-Krehl-Str. 13-17, 68167 Mannheim

Beneš, Heike Schwerin

Benson, Sven – SY46 Universitätsklinikum Essen, Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Bernardy, Kathrin – SY11 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Abt. für Schmerzmedizin, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Binder, Andreas – SY48 Universitäts-Klinikum Campus Kiel, Klinik für Neurologie, Schittenhelmstr. 10, 24105 Kiel

Bingel, Ulrike – SY9 Universitätsklinikum Hamburg (UKE), Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Birklein, Frank – SY27 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Klinik für Neurologie, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

Birtel, Stefan – RF12, WS21 DRK Schmerz-Zentrum, Physiotherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Boche, Ruth – SY18 Universitätsklinikum Münster, Pflegespezialistin für Schmerzmanagement, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

Böttcher, Tobias Dietrich Bonhoeffer Klinikum, Klinik für Neurologie, Salvador-Allende-Str. 30, 17036 Neubrandenburg

Budnick, Andrea Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Luisenstr. 13, 10117 Berlin

C

Casser, Hans-Raimund – RF8, RF12, WS11 DRK Schmerz-Zentrum, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Claßen, Martin – SY13 Klinikum links der Weser, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Senator-Weßling-Str. 1, 28325 Bremen

D

de Jong, Jeroen – SY27 Postbus 616, 6200 MD Maastricht, NL

Derra, Claus – RF6 Rehazentrum Bad Mergentheim, Josef-Weiß-Str. 6, 97980 Bad Mergentheim

Diener, Hans-Christoph Neurologische Klinik, Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 5, 45122 Essen

Diezemann, Anke – SY39, SY45, RF2b, WS5 DRK-Schmerz-Zentrum, Tagesklinik für interdisziplinäre Schmerztherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Dräger, Dagmar Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Dresler, Thomas – WS14 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychophysiologie und Optische Bildgebung, Calwerstr. 14, 72076 Tübingen

Duning, T. Münster

E

Ebinger, Friedrich – SY10, WS1 St. Vincenz Krankenhaus Paderborn, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Husener Str. 81, 33098 Paderborn

Egan Moog, Martina – SY24 NOI Institute Adelaide, Augustenstr. 123, 80798 München

Eich, Wolfgang – SY11 Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik / Uniklinik Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg

Erlenwein, Joachim – RF7, WS26 Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, GF Schmerzmedizin, Leonard Nelson Str. 22, 37073 Göttingen

Evers, Stefan – SY10, SY29, RF5 Krankenhaus Lindenbrunn, Chefarzt der Neurologischen Klinik II, Postfach 1120, 31861 Coppenbrügge

F

Falkenberg, Maria – SY36 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

Ferlemann, Kerstin – WS2 Universitätsmedizin Göttingen, Schmerzklinik, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

Förderreuther, Stefanie – SY10, SY36, RF5, WS23 Neurologische Klinik, LMU, Konsildienst, Ziemssenstr. 1, 80336 München

Frettlöh, Jule – RF2a, RF2b, WS18, WS25 Uniklinikum Bergmannsheil, Neurologische Klinik und Poliklinik, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Freynhagen, Rainer Benedictus Krankenhaus Tutzing, Zentrum für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin, Bahnhofstr. 5, 82327 Tutzing

Friedrichs, Christian – WS27 Im Brauereiviertel 5, 24118 Kiel

Fritsche, Günther – RF2b, WS24 Uniklinikum Essen, Neurologische Klinik, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Funken, Oliver – SY30 Koblenzer Str. 1a, 53359 Rheinbach

G

Ganzera, Silke – SY18 Helios Klinikum, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal-Barmen

Gard, Tim – SY45 Bender Institute of Neuroimaging, Justus-Liebig Universität Gießen, Massachusetts General Hospital, Boston, USA, Ludwigstr. 23, 35390 Gießen

Gattermann, Jörn Klinikum Bremen-Mitte, Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe/IBF, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen

Gaul, Charly – SY23, RF5, WS1, WS28 Migräne- und Kopfschmerzklinik, Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie, Neurologische Intensivmedizin, Ölmühlweg 31, 61462 Königstein

Gerbershagen, Hans Jürgen – SY22 Univerity Medical Center Utrecht, Klinik für Anästhesiologie, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht, NL

Gleim, Martin – SY35, WS20 UNI-Klinikum Campus Kiel, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Schwanenweg 21, 24105 Kiel

Gnass, Irmela – SY33 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster, Stühmerweg 8, 48147 Münster

Göbel, Hartmut Schmerzklinik, Klinik für neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerztherapie, Heikendorfer Weg 9-27, 24149 Kiel

Goldschmidt, Jürgen – SY26 Leibniz-Institut für Neurobiologie, Brenneckestr. 6, 39118 Magdeburg

Gottschling, Sven – SY31 Universtitätsklinikum des Saarlandes, Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Kirrbergerstr. 100, 66421 Homburg

Graf, Michael – WS11 Praxis, Gartenfeldstr. 6, 54295 Trier

Graven-Nielsen, Thomas – SY19 Center for Sensory-Motor Interaction, Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Fredrik Bajers Vej 7D-3, 9220 Aalborg, DK

Griewel, Anja – SY28 Universitätskrankenhaus Eppendorf, Institut für Systemische Neurowissenschaften, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gustorff, Burkhard Montlearstr. 37, 1160 Wien, A

H

Haag, Gunther – SY3, SY29 Michael-Balint-Klinik, Hermann-Voland-Str. 10, 78126 Königsfeld

Hartmann, Uwe Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychother, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Hasenbring, Monika – SY6 Ruhr-Universität Bochum, Abt. für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsstr. 150, 44780 Bochum

Häuser, Winfried – SY7, SY11 Klinikum Saarbrücken, Klinik Innere Medizin 1, Winterberg 1, 66119 Saarbrücken

Hechler, Tanja – SY5, RF2b Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Deutsches Kinderschmerzzentrum, Elper Weg 67, 45657 Recklinghausen

Hein, Grit – SY38 Universität Zürich, Laboratory for Social and Neural Systems Research, Department of Economics, Blümlisalpstr. 10, 80006 Zürich, CH

Hellriegel, Jana – WS7 Klinik für Neurologie, Sektion für neurologische Schmerzforschung und -therapie, Arnold-Heller Str. 3, Haus 41, 24105 Kiel

Hermann, Christiane – SY6 Justus-Liebig-Universität, Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Otto-Behaghel-Str. 10F, 35394 Gießen

Hess, Andreas – SY26 I. f. Experimentelle Pharmakologie, Pharmakologische Bildgebung / Bildanalyse, Fahrstr. 17, 91054 Erlangen
Hillen, Nicole – WS28 Universitätsklinikum Essen, Neurologische Klinik, Westdeutsches Kopfschmerzzentrum, Hufelandstr. 26, 45147 Essen
Hoffmann, Eva – SY15, RF7 DRK Kliniken Berlin Westend, Ambulante Schmerztherapie, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
Hoffmann, Jan – SY17, SY28 Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Neurologie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Hoheisel, Ulrich – SY2, SY19 Zentrum für Biomedizin und Medizintechnik, Universitätsmedizin Mannheim, Lehrstuhl für Neurophysiologie, Ludolf-Krehl-Str. 13-17, 68167 Mannheim
Horvath, Heike – WS28 Migräne- und Kopfschmerzklinik, Ölmühlweg 31, 61462 Königstein/Taunus
Hüllemann, Philipp – SY4 Christian-Albrechts-Universität Kiel, Schmerzsektion Neurologie, Arnold-Heller-Str. 3, 42105 Kiel
Hüppe, Michael – SY12, RF2a, RF2b Universität zu Lübeck, Klinik für Anästhesiologie, Plutostr. 7, 23562 Lübeck

J

Icenhour, Adriane – SY28 Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen
Jäger, Hanno – SY37 Neue Große Bergst. 9, 22767 Hamburg
Jülich, Andreas – RF7 Greifswald
Jürgens, Tim – SY25, SY28, RF3, WS3 Universitätsklinikum Hamburg (UKE), Institut für systemische Neurowissenschaften, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

K

Kageneck, Charlotte – SY28 Universität Erlangen, Institut für Physiologie und Pathophysiologie, Universitätsstr. 17, 91054 Erlangen
Kaiser, Ulrike – WS25 Universitätsklinikum Dresden, UniversitätsSchmerzCentrum, Bergmannstr. 54, 01309 Dresden
Kamping, Sandra – SY46 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Univ. Heidelberg, Institut für Neuropsychologie und klinische Psychologie, J 5, 68159 Mannheim
Kappis, Bernd – RF2a Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Klinik für Anästhesiologie / Schmerzambulanz, Langenbeckstr. 1 / Geb. 406, 55131 Mainz
Kayser, Hubertus – SY37 Sonnenberger Str. 6, 28329 Bremen
Kern, Uwe – WS29 Schmerzzentrum Wiesbaden, Sonnenberger Str. 68, 65193 Wiesbaden
Klinger, Regine – SY9, SY28, SY46 Universität Hamburg, Psychotherapeutische Hochschulambulanz VT, FB Psychologie, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg
Kohnen, Norbert – RF7 Institut für Geschichte der Medizin, Univ. Düsseldorf, Werderstr. 31, 50672 Köln
Könner, Franziska Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Kopf, Andreas Charite Berlin/ Campus Benjamin Franklin, Anästhesie mit Schwerpunkt Operative Intensivmedizin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
Korb, Joachim – SY45, WS19 DRK Schmerz-Zentrum, Tagesklinik, Auf der Steig 16, 55131 Mainz
Krämer, Heidrun – SY25, SY27 Justus-Liebig-Universität, Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie, Neurologische Klinik, Klinikstr. 33, 35392 Gießen
Kraft, Eduard – SY47 Klinikum der Universität München, Klinikum Großhadern, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Marchioninistr. 15, 81377 München
Krause, Maike – WS6 Ergotherapie am Exer, Exerzierplatz 34, 24103 Kiel
Kretschmer, Peter – RF12 Am Wonneberg, 76887 Bad Bergzabern
Kröner-Herwig, Birgit – SY6, SY38 Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Gosslerstr. 14, 37073 Göttingen
Kropp, Peter – SY6 Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
Krumova, Elena – SY48 BG Universitätsklinikum Bergmannsheil, Neurologische Klinik, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
Kundermann, Bernd – SY34 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35039 Marburg

L

Laekeman, Maria-Anna – SY24 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Arbeitsgruppe Versorgungsinterventionen, Stockumer Str. 12, 58453 Witten

Lahmann, Claas – WS3 Klinikum Rechts der Isar, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Laufenberg-Feldmann, Rita – SY44, WS13 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Klinik für Anästhesiologie, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

Leifeld, Jochen – SY37 Eckernförder Str. 48, 24768 Rendsburg

Leifheit, Silke – SY9 Justus-Liebig-Universität, Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Otto-Behaghel-Str. 10F, 35394 Gießen

Leonhardt, Corinna – SY5 Philipps-Universität, Abt. für Allgemeinmedizin, Karl-von-Frisch-Str. 4, 35032 Marburg

Lindena, Gabriele – WS17 CLARA Clinical Analysis, Research and Application, Klinische Analyse, Forschung und Anwendung, Clara-Zetkin-Str. 34, 14532 Kleinmachnow

Lindner, Volker – WS9 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Neurologie, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 41, 24105 Kiel

Lucius, Harald – WS15 Schmerzentrum NORD am HELIOS-Klinikum Schleswig, Schmerzambulanz der Fachklinik, Am Damm 1, 24837 Schleswig

Lukas, Albert – SY33, RF11 AGAPLESION Bethesda Geriatrische Klinik Ulm, Zollernring 26, 89073 Ulm

Luthringshausen, Gernot – SY3 Paracelsus Universität, Neurologie, Ignaz-Harrer Str. 79, 5020 Salzburg, A

Lutz, Johannes F. – SY1, SY40, SY42 Zentralklinik Bad Berka, Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Robert-Koch-Allee 9, 99437 Bad Berka

M

Magerl, Walter – SY19 Medizinische Fakultät Mannheim, Lehrstuhl für Neurophysiologie, CBTM, Ludolf-Krehl-Str. 13-17, 68167 Mannheim

Mahn, Friederike – SY32 Christian-Albrechts-Universität Kiel, Schmerzsektion Neurologie, Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel

Maier, Christoph – SY32, SY35 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Abt. für Schmerzmedizin, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Maihöfner, Christian – SY26, SY47, RF6 Klinik für Neurologie und Schmerzzentrum, Universität Erlangen, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

Mainka, Tina – SY32 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Abt. für Schmerzmedizin, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum

Malessa, Rolf – SY32 Sophien-und Hufeland-Kilinikum Weimar, Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysioloie, Henry-van-de-Velde-Str. 2, 99425 Weimar

Malzacher, Volker – SY23 Gemeinschaftspraxis, Neurologische Belegarzt, Klinikum am Steinenberg, Badstr. 21, 72766 Reutlingen

Märkert, Dieter – RF9 Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen

Marschall, Ursula – SY42 BARMER GEK, Kompetenzzentrum Medizin, Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal

Marziniak, Martin – SY20, SY36 Isar-Amper-Klinikum, Klinik für Neurologie, Ringstr. 11, 85540 Haar

May, Arne – SY8 Universitätskrankenhaus Eppendorf, Institut für Systemische Neurowissenschaften, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Melle, Simone Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Schmerzambulanz, Erlanger-Allee 101, 07740 Jena

Meßlinger, Karl – SY17 Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Physiologie und Pathophysiologie, Universitätsstr. 17, 91054 Erlangen

Meyer, Bianca – WS12 Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

Mücke, Martin – SY44, RF10 Uniklinik, Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

Müller, Thomas – WS21 DRK Schmerz-Zentrum, Psychotherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz

Mylius, Veit – SY20 Philipps-Universität, Klinik für Neurologie, Baldingerstr., 35033 Marburg

N

Nadstawek, Joachim – SY30, SY37 Universität Bonn, Klinik und Poliklinik Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn
Nägel, Steffen – SY28 Universitätsklinikum Essen, Klinik für Neurologie, Hufelandstr. 55, 45147 Essen
Nagel, Bernd – SY40, WS17 DRK Schmerz-Zentrum, Tagesklinik für interdisziplinäre Schmerztherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz
Naleschinski, Dennis Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Sektion für Neurologische Schmerzforschung und -therapie, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 41, 24105 Kiel
Neeb, Lars – SY43 Campus Charité Mitte, Neurologische Klinik, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Nestler, Nadja – SY18 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster, Stühmerweg 8, 48147 Münster
Nicpon, Anja – WS28 Westdeutsches Kopfschmerzzentrum Essen, Hufelandstr. 26, 45147 Essen
Niederberger, Uwe – WS12 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Diesterwegstr. 10-12, 24113 Kiel
Niemier, Kay – SY24 Klinik für Manuelle Therapie, Ostenallee 83, 59071 Hamm
Nilges, Paul – SY1, WS8 DRK Schmerz-Zentrum, Psychotherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz
Nobis, Hans-Günter – RF2b, WS16 MEDIAN-Klinik am Burggraben, Orthopädische Psychosomatik / Interdisziplinäre Schmerztherapie, Alte Vlothoer Str. 47-49, 32105 Bad Salzuflen

O, P

Oertel, Wolfgang Philipps-Universität, Klinik für Neurologie, Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35039 Marburg
Paul, Petra – RF9 Klinikum St. Marien Hospital, Klinik Schmerz -und Palliativmedizin, Altstadtstr. 23, 44534 Lünen
Paulus, Walter – SY16 Klinische Neurophysiologie, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Peikert, Andreas – RF5 Neurologische Praxis, Sonneberger Str. 3, 28329 Bremen
Petzke, Frank – SY7, SY14 Georg-August-Universität Göttingen, ZARI, Schmerz-Tagesklinik und -Ambulanz, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Pfingsten, Michael – SY40, SY42, RF1 Universitätsmedizin Göttingen, Schmerzklinik, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Podoll, Klaus – SY16 Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Pogatzki-Zahn, Esther – SY12, SY18, SY22 Universitätsklinikum Münster, Klinik für Anästhesiologie, Postoperative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster
Pothmann, Raymund – SY31 Zentrum Kinderschmerztherapie, Alsterdorfer Markt 8, 22297 Hamburg
Preis, Mira – SY38 Psychologisches Institut der Universität Göttingen, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Goßlerstr. 14, 37073 Göttingen

R

Rehm, Stefanie – WS7 Klinik für Neurologie, UK-SH, Campus Kiel, Sektion für Neurologische Schmerzforschung und -therapie, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 41, 24105 Kiel
Reiners, Anselm – SY47 Klinikum Bogenhausen, Englschalkinger Str. 77, 81925 München
Reuter, Uwe – SY43, RF3 Charité - Universitätsmedizin Berlin, Neurologische Klinik und Poliklinik, Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Richter, Frank – SY17 Institut für Physiologie I, Neurophysiologie, Teichgraben 8, 07740 Jena
Richter, Nicole – SY30 Pro-Versorgung AG, 51149 Köln
Riecke, Jenny – SY5 Philipps-Universität Marburg, Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg
Rolfs, Arndt Universitätsmedizin, Albrecht-Kossel-Institut für Neuroregeneration, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
Rolke, Roman – SY44, RF4, RF10 Universitätsklinik Bonn, Palliativmedizin, Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn
Ruckmann, Judith – SY38 Philipps-Universität, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg
Ruscheweyh, Ruth – SY20, SY22 Klinikum der Universität München - Großhadern, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Marchioninistr. 15, 81377 München

S

Sabatowski, Rainer – SY14 UniversitätsSchmerzCentrum, Universität Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Sanner, Frank – WS27 Niedenau 50, 60325 Frankfurt
Schäfer, Benjamin – WS21 DRK Schmerz-Zentrum, Physiotherapie, Auf der Steig 16, 55131 Mainz
Schäfer, Michael – SY15 Charite- Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin
Schankin, Christoph – SY16 Klinikum der Universität München - Großhadern, Neurologische Klinik und Poliklinik, Marchioninistr. 15, 81377 München
Schankin, Christoph – SY16, SY28, RF3, WS10 Klinikum der Universität München - Großhadern, Neurologische Klinik und Poliklinik, Marchioninistr. 15, 81377 München
Schenk, Michael – SY15, SY41 Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH, Anästhesie, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Kladower Damm 221, 14089 Berlin
Schetzek, Stefanie – SY31 Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München
Schilder, Andreas – SY19 Universitätsmedizin Mannheim, Centrum für Biomedizin und Medizintechnik (CBTM), CBTM, Neckarpromenade 9/688, 68167 Mannheim
Schiltenwolf, Marcus – SY7 Orthopädische Universitätsklinik, Sektion Schmerztherapie, Schlierbacher Landstr. 200a, 69118 Heidelberg
Schimmel, Mareike – SY6 Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg
Schlarb, Angelika – SY13 Psychologisches Institut, Abt. für Klinische und Entwicklungspsychologie, Christophstr. 2, 72072 Tübingen
Schleinzer, Wolfgang – RF6 Guido A. Zäch Str. 1, 6207 Nottwil, CH
Schleip, Robert – SY2 Division of Neurophysiology, Univ. Ulm, Fascia Research Group, Albert-Einstein Allee 11, 89081 Ulm
Schmelz, Martin – SY2 Institut Anästhesiologie Mannheim, Univ. Heidelberg, Experimentelle Schmerzforschung, Theodor Kutzer Ufer 1-3, 68259 Mannheim
Schmidt, Katharina – SY28 Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
Schmitz, Julia – SY46 Universität Hamburg, Psychotherapeutische Hochschulambulanz VT, FB Psychologie, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg
Schneider, Thomas – SY13 Gastroambulanz, Ochsenweberstr. 12, 22419 Hamburg
Schuh-Hofer, Sigrid – SY34 Zentrum für Biomedizin und Medizintechnik, Universitätsmedizin Mannheim, Insitut für Neurophysiologie, Ludolf-Krehl-Str. 13-17, 68167 Mannheim
Schuler, Matthias – RF11 Diakoniekrankenhaus, Akutgeriatrie, Speyerer Str. 91-93, 69163 Mannheim
Schulzeck, Sabine – SY35 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 12, 24105 Kiel
Schwab, Rainer – RF10, WS13 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Klinik für Anästhesiologie, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Schwarzer, Andreas – SY1, SY14 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Bürkle-de-la-Camp Platz 1, 44789 Bochum
Seddigh, Susann – RF8, WS22 DRK Schmerz-Zentrum, Auf der Steig 16, 55131 Mainz
Seeger, Dagmar – RF1, WS4 Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Schmerzklinik/BE Physiotherapie TL 112, Postfach, 37099 Göttingen
Seidel, Wolfram – SY24 Sana Kliniken Sommerfeld, Klinik für Manuelle Medizin, Waldhausstr. 44, 16766 Kremmen
Simshäuser, Kathrin – SY28 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sektion Komplementärmedizinische Evaluationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg
Sirsch, Erika – SY33 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Stockumer Str. 10, 58453 Witten
Sittl, Reinhard Universitätsklinikum Erlangen, Schmerzklinik, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen
Sommer, Claudia Universitätsklinikum Würzburg, Neurologische Klinik, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg
Stamer, Ulrike – SY12 Inselspital Universität Bern, Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Freiburgstr., 3010 Bern, CH
Steinberger, Martin – SY42 Klinikum Schwabing, Städt. Klinikum München GmbH, Leiter der

Interdisziplinären Tagesklinik für Schmerztherapie, Kölner Platz 1, 80804 München
Straube, Andreas – SY3, SY20, SY23 Klinikum Großhadern, Neurologische Klinik und Poliklinik, Marchioninistr. 13, 81377 München
Strubel, Hans-Bernd Burgunderplatz 18, 67117 Limburgerhof

T

Tesarz, Jonas – SY11 Universitätsklinik Heidelberg, Sektion Muskuloskelettaler Schmerz, Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Thieme, Kati – SY25 Institut für Medizinische Psychologie, Universität Marburg, Karl- von-Frisch-Str. 4, 35032 Marburg
Thoma, Reinhard – SY30 Diakoniewerk München-Maxvorstadt, Algesiologikum Zentrum für Schmerzmedizin, Heßstr. 22, 80799 München
Thomm, Monika – RF9 Uniklinik Köln, Schmerzzentrum der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Kerpener Str. 52, 50924 Köln
Tölle, Thomas R. – SY48 Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Neurologische Klinik - Klinikum rechts der Isar, TU München, Ismaninger Str. 22, 81675 München
Traue, Harald – SY39 Universität Ulm, Sektion Medizinische Psychologie, Frauenstr. 6, 89075 Ulm
Trenkwalder, Claudia Paracelsus-Elena-Klinik, Klinikstr. 16, 34128 Kassel
Trümper, Rebekka – SY 28 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Würzburg

U, V

Überall, Michael Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Theodorstr. 1, 90489 Nürnberg
Üçeyler, Nurcan – SY4 Universitätsklinik Würzburg, Neurologie, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg
von Berenberg, Petra Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Luisenstr. 13, 10117 Berlin

W

Wartenberg, Hans-Christian – SY41, RF4 Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam, Afdeling Anesthesiologie H1-115, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, NL
Weidner, Wolfgang – RF12 Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie, Rudolf-Buchheim-Str. 7, 35392 Gießen
Wetterling, Thomas – RF8, WS22 DRK Schmerz-Zentrum, Auf der Steig 16, 55131 Mainz
Wiebalck, Albrecht – RF7 Westdeutsches Lungenzentrum, Unikliniken Essen, Tüschener Weg 40, 45239 Essen
Wiese, Christoph H.R. – SY15, RF4 Universitätsklinikum Regensburg, Klinik für Anästhesiologie, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg
Willweber-Strumpf, Anne – RF2a Schmerz-Tagesklinik und -Ambulanz, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Wirz, Stefan – SY15, SY41, RF4 CURA - Kath. Krankenhaus im Siebengebirge, Anästhesie, Interdisziplinäre Intensivmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Schülgenstr. 15, 53604 Bad Honnef
Wohlrab, Johannes Universitätsklinikum Halle Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle

Z

Zimmermann, Ellen Das Sanitätshaus am Markt / Die Hirsch Apotheke, Marktplatz 6 u. 3, 74613 Öhringen

Kinderbetreuung

Auf Wunsch vieler Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer hat die Kongressleitung beschlossen, auch in diesem Jahr wieder eine Kinderbetreuung für Teilnehmer des Deutschen Schmerzkongresses einzurichten.

Der Kids Club hat am 24. und 25. Oktober jeweils von 08:00 bis 18:30 Uhr und am 26. Oktober von 08:00 bis 14:30 Uhr geöffnet.

Die Betreuung ist für Kinder im Alter von 2 bis 9 Jahren möglich und wird durch pädagogisch geschulte Betreuer mit vielen kreativen Ideen und Spaß im Gepäck durchgeführt.

Bitte melden Sie sich rechtzeitig an, damit entsprechende Vorbereitungen getroffen werden können.
Anmeldung
manon.waas@mcon-mannheim.de

Get together

Auch in diesem Jahr wird der Kongress mit einer Get together-Party eingeleitet.
Am 23. Oktober ab 19:30 Uhr laden wir Sie auf den Flächen der Industrieausstellung zu einem zwanglosen Treffen von Veranstaltern, Teilnehmern, Ausstellern und Sponsoren ein.
(Musik und Snacks inklusive)

Kongressparty

Nach 4 Jahren Berlin (2006 – 2009) und 3 Jahren Mannheim (2010 – 2012) wandert der Deutsche Schmerzkongress von der Spree über den Rhein an Elbe und Alster. Die Kongressparty soll, wie in den letzten Jahren auch, Ihre Teilnehmer an interessante Orte der jeweiligen Gastgeberstadt führen.

So wird am 25. Oktober ab 19:30 Uhr eine Party „in den Tropen", d.h. im Tropen – Aquarium Hagenbeck angekündigt (unabhängig davon, ob Schmuddelwetter herrscht oder nicht).

© Hagenbeck

Lassen Sie den Kongresstag in ungewöhnlicher Atmosphäre bei beschwingter Musik und ausgesuchten Speisen und Getränken ausklingen.

Norspan® 5µg/h; – 10µg/h; – 20µg/h transdermales Pflaster; Verschreibungspflichtig/Betäubungsmittel; Wirkstoff: Buprenorphin. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Ein transdermales Pflaster enthält 5, 10 bzw. 20 mg Buprenorphin. Wirkstoffhaltige Fläche: 6,25; 12,5 bzw. 25 cm^2. Nominale Abgaberate: 5, 10 bzw. 20 µg Buprenorphin pro Stunde (über einen Zeitraum von 7 Tagen). Sonstige Bestandteile: Adhäsive Matrix (Buprenorphin enthaltend): [(Z)-Octadec-9-en-1-yl]oleat, Povidon K90, 4-Oxopentansäure, Poly[acrylsäure-co-butylacrylat-co-(2-ethylhexyl)acrylat-co-vinylacetat] (5 : 15 : 75 : 5), vernetzt. Adhäsive Matrix (ohne Buprenorphin): Poly[acrylsäure-co-butylacrylat-co-(2-ethylhexyl)acrylat-co-vinylacetat] (5 : 15 : 75 : 5). Trennfolie zwischen den beiden adhäsiven Matrizes mit/ohne Buprenorphin: Poly(ethylenterephthalat)-Folie. Abdeckgewebe (rückseitig): Poly(ethylenterephthalat)-Gewebe. Abdeckfolie (vorderseitig/die adhäsive Buprenorphin enthaltende Matrix abdeckend; wird vor Anwendung des Pflasters entfernt): Poly(ethylenterephthalat)-Folie, silikonisiert, einseitig mit Aluminium beschichtet. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von mittelstarken nicht-malignen Schmerzen, wenn ein Opioid notwendig zum Erreichen einer adäquaten Analgesie ist. Norspan® sollte nicht zur Behandlung akuter Schmerzen angewandt werden. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff Buprenorphin oder einem der sonstigen Bestandteile. Myasthenia gravis. Delirium tremens. Norspan® darf nicht bei opioidabhängigen Patienten und zur Drogensubstitution angewendet werden. Ebenso ist die Anwendung von Norspan® bei Krankheitszuständen, bei denen eine schwergradige Störung des Atemzentrums und der Atemfunktion vorliegt oder sich entwickeln kann, und bei Patienten, die MAO-Hemmer erhalten oder innerhalb der letzten 2 Wochen angewendet haben, kontraindiziert. **Hinweis:** Norspan® darf nur unter besonderer Vorsicht angewendet werden bei zerebralen Anfallsleiden, bei Schock, bei Bewusstseinsstörungen unbekannter Genese, bei inneren oder äußeren Kopfverletzungen, bei erhöhtem Hirndruck sowie bei schweren Störungen der Leberfunktion. Insbesondere bei intravenöser Gabe wurde Buprenorphin mit Atemdepression in Verbindung gebracht. Da Norspan® bei Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, bisher nicht untersucht wurde, sollte Norspan® in dieser Altersgruppe nicht zur Medikation eingesetzt werden. Fieber und äußere Wärmeanwendung können zu erhöhter Wirkstoffkonzentration im Blut führen. **Nebenwirkungen:** (> 10 %): Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, Verstopfung, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Erythem, Juckreiz, Pruritus an der Applikationsstelle; (< 10 %): Appetitverlust, Verwirrtheit, Depression, Schlaflosigkeit, Nervosität, Paresthesien, Vasodilatation, Dyspnoe, abdominale Schmerzen, Durchfall, Dyspepsie, Ausschlag, Exantheme, Schwitzen, Müdigkeit, Asthenie, Schmerz, periphere Ödeme, Erytheme oder Ausschlag am Ort der Applikation, Brustschmerz; (< 1 %): allergische Reaktionen, Dehydratation, Schlafstörungen, Unruhe, Agitiertheit, Depersonalisation, euphorische Stimmung, Affektlabilität, Angst, Halluzinationen, Albträume, Sedierung, Geschmacksstörung, Dysarthrie, Hypoästhesie, Gedächtnisstörung, Migräne, Synkope, Tremor, Koordinationsstörungen, Konzentrationsstörungen, trockenes Auge, verschwommenes Sehen, Tinnitus, Schwindel, Angina pectoris, Palpitationen, Tachykardie, Hypotonie, Kreislaufkollaps, Hypertonie, Hautrötung mit Hitzegefühl, Verschlimmerung eines Asthmas, Husten, Hypoxie, Rhinitis, keuchende oder pfeifende Atmung (Giemen), Hyperventilation, Schluckauf, Flatulenz, trockene Haut, Gesichtsödeme, Urtikaria, Muskelkrämpfe, Myalgie, Muskelschwäche, Muskelspasmen, Harnverhalten, Miktionsstörungen, Ermüdung, grippeähnliche Symptome, Fieber, Anomalie des Muskeltonus (Rigor), Unwohlsein, Ödeme, Arzneimittelentzugssyndrom, Zunahme der Alaninaminotransferasen, Gewichtsverlust, Verletzungen durch Unfälle, Stürze; (< 0,1 %): Psychose, Libidoverminderung, Gleichgewichtsstörungen, Sprechstörungen, Sehstörungen, Lidödeme, Miosis, Atemdepression, respiratorische Insuffizienz, Divertikulitis, Dysphagie, Ileus, Erektionsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Gallenkolik, lokale allergische Reaktion mit Anzeichen einer Entzündung; (< 0,01 %): anaphylaktische und anaphylaktoide Reaktionen, Abhängigkeit, Stimmungsschwankungen, unwillkürliche Muskelzuckungen, Ohrschmerz, Pustelbildung, Bläschenbildung. Norspan® hat ein geringes Abhängigkeitsrisiko. Nach Absetzen von Norspan® sind Entzugssymptome unwahrscheinlich, da die Buprenorphin-Konzentrationen im Serum kontinuierlich abnehmen. Nach Langzeitanwendung von Norspan® können Entzugssymptome wie bei Opiatentzug jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. **Hinweis: Verkehrstüchtigkeit:** Norspan® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird, insbesondere im Zusammenwirken mit anderen zentralwirksamen Mitteln, einschließlich Alkohol, Beruhigungsmitteln, Sedativa und Hypnotika. Während Sie Norspan® anwenden sowie 24 Stunden nach dem Entfernen des Pflasters, sollten Sie bei Beeinträchtigung weder Auto fahren noch Maschinen bedienen. Bei einer stabilen Therapie ist ein generelles Fahrverbot oder Verbot zum Bedienen von Maschinen nicht zwingend erforderlich. Die Beurteilung der individuellen Situation ist durch den behandelnden Arzt vorzunehmen. Stand der Information: 03/2009

Mundipharma GmbH, 65549 Limburg/Lahn
Mitvertrieb: Grünenthal GmbH, 52099 Aachen,
www.grunenthal.com

NORSPAN® – Das einzige 7-Tage BTM Pflaster...

... gegen chronische opioidpflichtige Schmerzen[1,2]

... mit breitem Dosisbereich bis 2x20 µg/h

... für eine effektive Schmerzlinderung über 7 Tage[1,2]

Nutzen Sie den QR-Code:

Vortherapie	Einleitung der Therapie*
NSAR	NORSPAN® 5 µg/h
Tramadol/Tilidin	NORSPAN® z.B. 10 µg/h

GRÜNENTHAL

NORSPAN®
DAS 7-TAGE-SCHMERZPFLASTER

1) Schutter U. et al., MMW, Fortschr. Med. II, 2008, 150:96-103

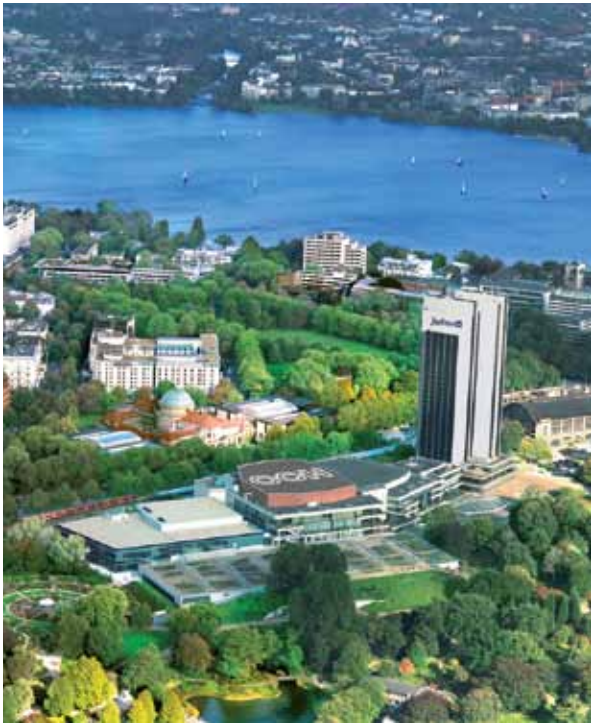
2) Schutter U. et al., MMW, Fortschr. Med. II, 2010, 152:62-69

* Diese Empfehlungen können nur als Orientierungshilfe für den Start einer individuellen Titration dienen. Die tatsächliche Dosis kann nur unter Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse (Opioidbedarf, Dosisentwicklung unter Vortherapie, Verträglichkeit usw.) ermittelt werden. Zur Titration sollte ein schnell freisetzendes Analgetikum zur Verfügung gestellt werden. Der gleichzeitige Einsatz von 2 Pflastern NORSPAN® ist möglich.

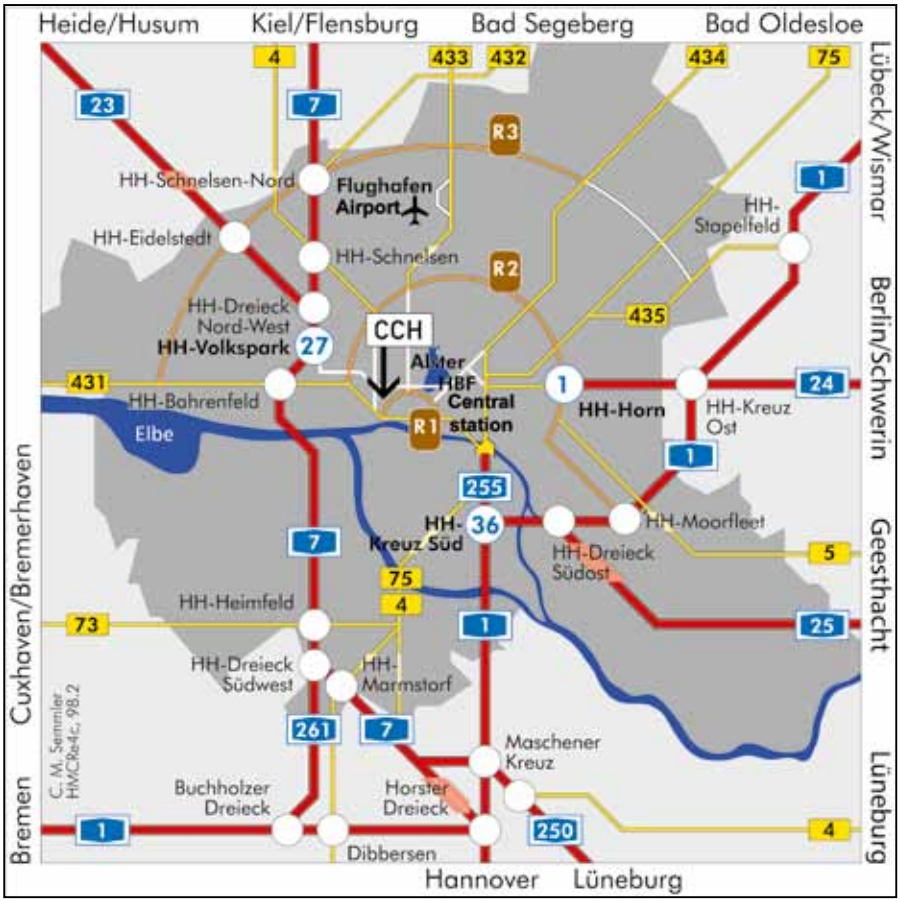
Deutscher Schmerzkongress 2014

22. – 25. Oktober 2014 / Congress Center Hamburg

Der Deutsche Schmerzkongress 2014 wird vom 22. – 25. Oktober 2014 wieder im Congress Center Hamburg stattfinden. Freuen Sie sich auf eine großzügige Location mitten in einer attraktiven, modernen Großstadt, die einen würdigen und passenden Rahmen für den Deutschen Schmerzkongress bilden wird.



Bitte merken Sie sich bereits jetzt die Veranstaltung vor!



Mit der Bahn
Mit dem InterCity-Bahnhof Dammtor unmittelbar vor der Tür ist das CCH – Congress Center Hamburg direkt an das Fernbahnnetz der Deutschen Bahn und damit an das internationale Streckennetz angeschlossen.
Sollten Sie am Hamburger Hauptbahnhof ankommen, haben Sie nur noch eine S-Bahnstation mit der S21 (Richtung Elbgaustraße) zum S-Bahnhof Dammtor zu fahren. Diese Fahrt dauert zwei Minuten. Der Fußweg vom Dammtor zum CCH beträgt lediglich zwei Minuten.

Mit dem Flugzeug
Das CCH – Congress Center Hamburg erreichen Sie mit der S-Bahn, die direkt vom Flughafen abfährt, in einer halben Stunde. Oder Sie nehmen sich ein Taxi. Bei guter Verkehrslage dauert die Fahrzeit nur 20 Minuten.

Für Pkw stehen 800 kostenpflichtige Parkplätze in der Tiefgarage „CCH /Messe“ und 400 kostenpflichtige Parkplätze in der Tiefgarage „Messe / B-Gelände“ (Bei den Kirchhöfen, Einfahrt an der Halle B5, Tor B5) zur Verfügung.

Bahn Spezial

Mit der Bahn ab € 99,- zum Deutschen Schmerzkongress, 23. - 26. Oktober 2013, nach Hamburg und zurück.

m:con – mannheim:congress GmbH bietet Ihnen in Kooperation mit der Deutschen Bahn attraktive Sonderkonditionen zum Deutschen Schmerzkongress, 23. - 26. Oktober 2013, nach Hamburg. Reisen Sie mit der Bahn entspannt und kostengünstig nach Hamburg. Schonen Sie Ihr Reisebudget und schützen Sie die Umwelt.

Der Ticketpreis* für die Hin- und Rückfahrt nach Hamburg beträgt: bundesweit, von jedem DB-Bahnhof:

- 2. Klasse € 99,-
- 1. Klasse €159,-

Mit dem speziellen Angebot können alle Züge der DB genutzt werden, auch der ICE. Die Tickets gelten zwischen dem 21. und 28. Oktober 2013.

Buchbar ist das Angebot ab sofort unter der Hotline +49 (0) 1806 - 31 11 53** mit dem Stichwort: **Schmerzkongress 2013**

DB BAHN

m:)con_providesmore

Bitte sehen Sie die folgenden Angaben als Beispielvarianten:

von ... nach Hamburg und zurück	Normalpreis 2. Klasse***	Bahn Spezial Angebot	Ersparnis
Berlin	152,-	99,-	53,-
Leipzig	198,-	99,-	99,-
Köln	188,-	99,-	89,-
Mannheim	244,-	99,-	145,-
München	278,-	99,-	179,-

* Vorausbuchungsfrist mindestens 3 Tage. Mit Zugbindung und Verkauf, solange der Vorrat reicht. Umtausch und Erstattung vor dem 1. Geltungstag € 15,-, ab dem 1. Geltungstag ausgeschlossen. Gegen einen Aufpreis von € 20,- sind auch vollflexible Fahrkarten ohne Zugbindung erhältlich.

** Die Hotline ist Montag bis Samstag von 07:00 - 22:00 Uhr erreichbar, die Telefonkosten betragen 20 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, maximal 60 Cent pro Anruf aus den Mobilfunknetzen.

*** Preisänderungen vorbehalten. Angaben ohne Gewähr.

mundipharma

„Pain Nurse des Jahres 2013“

Zur Preisverleihung sind Sie herzlich eingeladen:

25. Oktober 2013, 11:00 bis 12:00 Uhr
Radisson Blu Hamburg, Raum Sydney
(Direkte Verbindung zum Congress Center)
Marseiller Straße 2, 20355 Hamburg

Projekte, die Pain Nurses, algesiologisches Fachassistenzpersonal sowie Schmerzassistenzen Pflege und Schmerzassistenzen Onkologie durchführen, tragen maßgeblich zur Verbesserung der Gesamtversorgung bei. Mit der Initiative „Pain Nurse des Jahres“ würdigt der Schmerzspezialist Mundipharma besonderes Engagement von Pflege-Fachpersonal. Die diesjährigen Finalisten mit ihren herausragenden Projekten werden im Rahmen des DGSS-Kongresses in Hamburg vom wissenschaftlichen Beirat der Initiative geehrt.

Pain Nurse des Jahres 2013

Veranstalter: Mundipharma, Mundipharma Straße 6, 65549 Limburg (Lahn)

Seite 25

SY10 Update Kopfschmerz: Neuerungen in der Internationalen Kopfschmerz Klassifikation – Schmerzmittelübergebrauch und Kopfschmerzchronifizierung – Kopfschmerzen bei Kindern – Gesichtsschmerz

Update Kopfschmerz: Schmerzmittelübergebrauch und Kopfschmerzchronifizierung

Referent: statt Z. Katsarava (Essen) übernimmt M. Obermann (Essen)

Seite 34

12:30 - 14:00 Uhr / Saal F

Lunch Symposium

TEVA GmbH

Muskulär bedingte Schmerzen – was wann? Vorsitz: M. Maschke (Trier)

NSAR – Risiken und Nebenwirkungen im Alltag H.-R. Casser (Mainz)

Arzneimittelinduzierte Leberschäden – unterschätzt in der Schmerztherapie
J. Borlak (Hannover)

Flupirtin – Neu bewertet! Noch zu empfehlen?! M.A. Überall (Nürnberg)

Seite 37

17:00 - 18:00 Uhr / Saal D

Assoziiertes Symposium

TEVA GmbH

Neuronale Kaliumkanalöffnung – Bedeutung und therapeutische Relevanz in der Schmerztherapie Vorsitz: H-R. Casser (Mainz), M. Maschke (Trier)

aus Sicht der Grundlagenforschung J. Sandkühler (Wien, A)

aus Sicht der Arzneimittelsicherheit J. Borlak (Hannover)

aus Sicht der Schmerztherapie M. Schäfer (Berlin)

Seite 41

SY29 Die neue IHS-Klassifikation

Die neue Klassifikation von Neuralgien und Gesichtsschmerzen

Referent: statt Z. Katsarava (Essen) übernimmt M. Obermann (Essen)

Seite 42

SY34 Schmerz, Schlaf und Depression:
Chronobiologische, pathophysiologische und pharmakologische Aspekte

Schlaf und Schmerz: Chronobiologische und Chronopharmakologische Aspekte

Referent: statt B. Lemmer (Frankfurt) übernimmt S. Gorbey (Mannheim)

Seite 44

SY38 Subjektive und neuronale Parameter der Empathie bei Schmerz und Einfluss der Empathie auf helfendes Verhalten

Wie wird Empathie moduliert und wie beeinflusst es helfendes Verhalten?

Referent hat abgesagt

Seite 47

SY47 Neue Aspekte des Komplex-Regionalen Schmerzsyndroms

Spiegeltherapie bei CRPS – alles nur Illusion? statt Neue Daten bezüglich der Post-Traumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei CRPS

Referent: statt V. Speck (Erlangen) übernimmt E. Kraft (München)

Seite 67

WS23 Mit Hammer und Stimmgabel:
Crashkurs Neurologische Untersuchungstechnik

Vorsitz und Vortrag: statt S. Förderreuther (München) übernimmt C. Schankin (München)

Aus der Grünenthal Forschung

PALEXIA® retard

Wirkstoff: Tapentadol

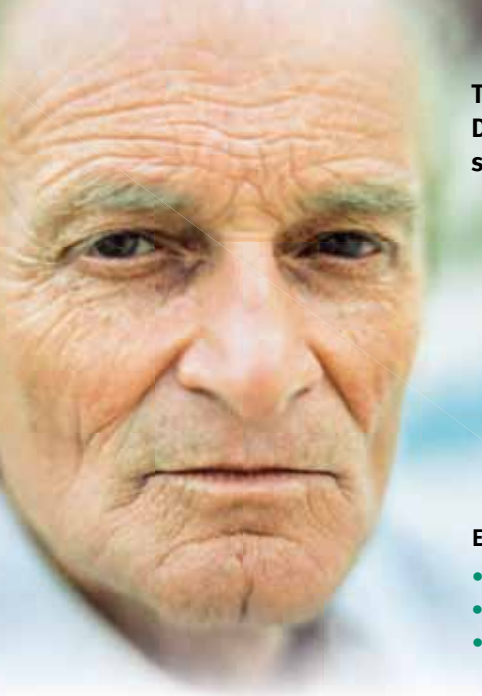
Ihr Schlüssel für eine einfache und effiziente Schmerztherapie

Bei starken chronischen Schmerzen

www.infocenter.palexia.de

Palexia® retard 50 mg/100 mg/150 mg/200 mg/250 mg Retardtabletten; Verschreibungspflichtig/Betäubungsmittel; Wirkstoff: Tapentadol (als Hydrochlorid). **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksamer Bestandteil:* 1 Retardtablette *Palexia® retard 50 mg* enthält 50 mg Tapentadolhydrochlorid; 1 Retardtablette *Palexia® retard 100 mg* enthält 100 mg Tapentadolhydrochlorid; 1 Retardtablette *Palexia® retard 150 mg* enthält 150 mg Tapentadolhydrochlorid; 1 Retardtablette *Palexia® retard 200 mg* enthält 200 mg Tapentadolhydrochlorid; 1 Retardtablette *Palexia® retard 250 mg* enthält 250 mg Tapentadolhydrochlorid. *Sonstige Bestandteile:* Tablettenkern: Hypromellose, Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Tablettenüberzug: Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Talkum, Macrogol 6000, Polypropylenglycol, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H2O (E 172) [nur in Palexia® retard 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg Retardtabletten], Eisen(III)-oxid (E 172) [nur in Palexia® retard 150 mg, 200 mg, 250 mg Retardtabletten], Eisen(II,III)-oxid (E 172) [nur in Palexia® retard 250 mg Retardtabletten]. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von starken, chronischen Schmerzen bei Erwachsenen, die nur mit Opioid-Schmerzmitteln ausreichend behandelt werden können. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Tapentadol oder einen der sonstigen Bestandteile von Palexia® retard Retardtabletten; Asthma oder eine bedrohlich langsame oder flache Atmung (Atemdepression, Hyperkapnie); Verdacht auf oder bestehende Darmlähmung; akute Vergiftung durch Alkohol, Schlafmittel, zentral wirksame Schmerzmittel oder psychotrope Substanzen (Psychopharmaka). **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Schwindel, Somnolenz, Kopfschmerz, Übelkeit, Verstopfung. *Häufig:* verminderter Appetit, Angst, depressive V erstimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Ruhelosigkeit, Aufmerksamkeitsstörung, Tremor, unwillkürliche Muskelkontraktionen, Erröten, Kurzatmigkeit, Erbrechen, Durchfall, Verdauungsstörungen, Juckreiz, verstärktes Schwitzen, Hautausschlag, Asthenie, Müdigkeit, Gefühl der Körpertemperaturveränderung, trockene Schleimhäute, Ödeme. *Gelegentlich:* Überempfindlichkeit gegenüber dem Arzneimittel, einschließlich Angioödem, Gewichtsverlust, Desorientiertheit, Verwirrtheitszustand, Erregbarkeit (Agitiertheit), Wahrnehmungsstörungen, ungewöhnliche Träume, euphorische Stimmung, Bewusstseinsstörungen, Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens, mentale Beeinträchtigung, Synkope, Sedierung, Gleichgewichtsstörungen, Sprachstörungen, Hypästhesie, Parästhesie, Sehstörungen, beschleunigter Herzschlag, verlangsamter Herzschlag, Palpitationen, erniedrigter Blutdruck, Bauchbeschwerden, Nesselsucht, Harnverhalt, Pollakisurie, sexuelle Dysfunktion, Arzneimittelentzugssyndrom, Störungen des Allgemeinbefindens, Reizbarkeit. *Selten:* Arzneimittelabhängigkeit, abnormes Denken, epileptischer Anfall, Präsynkope, Koordinationsstörungen, bedrohlich langsame oder flache Atmung (Atemdepression), gestörte Magenentleerung, Trunkenheitsgefühl, Gefühl der Entspannung. Allgemein ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Selbstmordgedanken und entsprechendem Verhalten bei Patienten erhöht, die unter chronischen Schmerzen leiden. Zusätzlich können Arzneimittel zur Behandlung von Depressionen (die eine Wirkung auf die Botenstoffe im Gehirn haben) dieses Risiko besonders zu Beginn einer Behandlung erhöhen. Obwohl Tapentadol auch Botenstoffe im Gehirn beeinflusst, geben die Daten zur Anwendung von Tapentadol beim Menschen keinen Anhalt für das Vorliegen eines solchen erhöhten Risikos. **Warnhinweis:** *Palexia® retard 50 mg/100 mg/150 mg/200 mg/250 mg* Retardtabletten enthalten Lactose. Packungsbeilage beachten. Stand der Information: 11/2012. Grünenthal GmbH · 52099 Aachen · Deutschland

GRÜNENTHAL



Tumorbedingte Durchbruchschmerzen sind rasend stark.

Effentora® lindert rasend schnell.

Express Wirkung, auf die Verlass ist:

- Wirkeintritt **schon ab 5 Minuten** nach Anwendung[1]
- Signifikante Schmerzlinderung **bereits nach 10 Minuten**[2]
- **Buccale** oder **sublinguale** Anwendung[3]

EXPRESS-OPIOID

EFFENTORA®
Fentanyl Buccaltabletten

1. Müller-Schwefe GHH: Die zielgerichtete Behandlung von Tumordurchbruchschmerzen mit Fentanyl Buccaltabletten – Ergebnisse der nicht-interventionellen Studie PRO-EFFECT. Der Schmerz 2011; 25 (Supplement 1): 143. 2. Slatkin NE, Xie F, Messina J, Segal TJ. Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain. J Support Oncol 2007;5(7):327–334. Randomisierte, placebo-kontrollierte Studie, n=129. 3. Fachinformation Effentora® Stand Dezember 2012.

Effentora® 100; 200; 400; 600; 800 Mikrogramm Buccaltabletten.
Wirkstoff: Fentanyl. **Zusammensetzung:** Jede Buccaltbl. enth. 100; 200; 400; 600; 800 Mikrogramm Fentanyl (als Citrat). *Sonst. Bestandt.:* Mannitol (Ph. Eur.), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph. Eur.), Natriumhydrogencarbonat, Natriumcarbonat, Citronensäure, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Anwendungsgebiete:** Behandl. von Durchbruchschmerzen bei erw. Krebspat., die bereits eine Opioid-Basistherapie gg. ihre chron. Tumorschmerzen erhalten. Bei Durchbruchschmerzen handelt es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung der Schmerzen, die trotz anderweitig kontrollierter Dauerschmerzen auftritt. Zu den Pat., die eine Opioid-Basistherapie erhalten, werden diejenigen gezählt, die mind. 60 mg orales Morphin tgl., mind. 25 µg transdermales Fentanyl pro Stunde, mind. 30 mg Oxycodon tgl., mind. 8 mg orales Hydromorphon tgl. od. eine analgetisch gleichwertige Dosis eines and. Opioids über eine Wo. od. länger erhalten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt., Pat. ohne Opioid-Erhaltungstherapie, da ein erhöhtes Risiko für eine Atemdepression besteht, schwere Atemdepression od. schwere obstruktive Lungenerkrank., Behandl. akuter Schmerzen, welche keine Durchbruchschmerzen darstellen (beispielsw. postoperative Schmerzen, Kopfschmerzen und Migräne). **Warnhinw.:** Enth. Natrium! **Schwangerschaft/Stillzeit:** Nicht währ. der Schwangerschaft anw., es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich. Nicht von stillenden Frauen anw. Mit dem Stillen soll erst wieder begonnen werden, wenn die letzte Einnahme von Fentanyl mind. 48 h zurückliegt. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Beschwerden am Verabreichungsort wie Blutungen, Schmerzen, Ulzeration, Reizung, Parästhesie, Anästhesie, Erythem, Ödem, Schwellung u. Bläschenbildung. *Häufig:* Orale Candidose, Anämie, Neutropenie, Anorexie, Depression, Angst, Verwirrtheitszustand, Schlaflosigkeit, Geschmacksstör., Somnolenz, Lethargie, Tremor, Sedierung, Hypästhesie, Migräne, Tachykardie, Hypotonie, Hypertonie, Dyspnoe, pharyngolaryngeale Schmerzen, Obstipation, Stomatitis, Mundtrockenheit, Diarrhoe, Bauchschmerzen, gastroösophageale Refluxkrankheit, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Zahnschmerzen, Pruritus, Hyperhidrose, Hautausschlag, Myalgie, Rückenschmerzen, periphere Ödeme, Fatigue, Asthenie, Substanzentzugssyndrom, Schüttelfrost, Gewichtsabnahme, Sturz. *Gelegentlich:* Pharyngitis, Thrombozytopenie, euphorische Stimmungslage, Nervosität, Halluzinationen, visuelle Halluzinationen, Änd. der mentalen Zustandes, Substanzabhängigkeit (Sucht), Desorientiertheit, Bewusstseinseinschränk., Aufmerksamkeitsstör., Gleichgewichtsstör., Dysarthrie, Sehstör., okuläre Hyperämie, verschwommenes Sehen, vermind. Sehschärfe, Vertigo, Tinnitus, Ohrbeschw. Bradykardie, Flush, Hitzewallungen, Atemdepression, Schlafapnoe-Syndrom, Ileus, Mundulzerationen, orale Hypästhesie, orale Beschwerden, Verfärbung d. Mundschleimhaut, orale Weichteilerkrank., Glossodynie, Bläschenbildung d. Zunge, Zahnfleischschm., Zungenulzerationen, Zungenerkrank., Ösophagitis, aufgesprungene Lippen, Zahnerkrank., Dilatation der Galle, kalter Schweiß, Gesichtsschwellung, general. Juckreiz, Alopezie, Muskelzucken, Muskelschwäche, Harnretention, Unwohlsein, Trägheit, Beschwerden im Brustkorb, Krankheitsgefühl, nervöse Unruhe, Durst, Frieren, Schwitzen, vermind. Thrombozytenzahl, erh. Herzfrequenz, vermind. Hämatokrit, vermind. Hämoglobin. *Selten:* orale Pustelbildung, Hypogonadismus, kognitive Stör., Stör. der Motorik, abnormes Gefühl im Auge, Photopsie. Bläschenbildung der Mundschleimhaut, trockene Lippen, Onychorrhexis. *Nicht bekannt:* Bewusstlosigkeit. Atemstillstand. *Bei wiederholter Verabreichung:* Toleranz, physische u./od. psychische Abhängigkeit. Verkehrshinweis! **Wechselwirkungen:** Starke CYP-3A4-Inhibitoren, mittelstarke CYP3A4-Inhibitoren. And. zentral-dämpfende Substanzen wie and. Opioide, Sedativa od. Hypnotika, Allgemeinanästhetika, Phenothiazine, Tranquilizer, Muskelrelaxantien, sedierende Antihistaminika und Alkohol. Anw. nicht empfohlen bei Pat., die in den letzten 14 Tagen MAO-Hemmer erhalten haben. Partielle Opioid-Agonisten/Antagonisten. **Dosierung:** Effentora sollte auf d. individ. wirks. Dos. auftitriert werden (engm. ärztl. Kontr.)! Unmittelbar nach Entnahme aus d. Blisterpckg. Tbl. im Ganzen in eine Wangentasche einlegen u. dort bis zur Auflös. belassen. Tbl. nicht lutschen, kauen od. schlucken. Weit. Info. s. FI. **Handelsformen:** Effentora 100, 200 Mikrogramm Buccaltabletten: 4 (N1), 28 (N2); Effentora 400, 600, 800 Mikrogramm Buccaltabletten: 28 (N2). **Verschreibungspflichtig (BtM). Zulassungsinhaber:** TEVA Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Niederlande. **Örtlicher Vertreter:** TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm. **Stand:** Februar 2013

TEVA