



DEUTSCHE GESELLSCHAFT ZUM STUDIUM DES SCHMERZES e.V. (DGSS)

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Eröffnungspressekonferenz

zum Deutschen Schmerzkongress
(7. bis 10. Oktober 2009, Berlin)

7. Oktober 2009

Ihre Gesprächspartner

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Präsident der DGSS (Mannheim):

Kongressüberblick, politische Aspekte: Querschnittsbereich Q13 führt Palliativmedizin durch die Hintertür ins Medizinstudium ein – ohne Schmerztherapie

Prof. Dr. Ralf Baron, Kongresspräsident der DGSS und Sprecher Deutscher Forschungsverbund Neuropathischer Schmerz (DFNS) (Kiel):

Individualisierte Therapie I: neue Klassifikationen und Therapieansätze bei Schmerz

Prof. Dr. Thomas Tölle, Sprecher DFNS (München):

Individualisierte Therapie II: Schmerz und Genetik – vernetzte Gendatenbank

Dr. Volker Malzacher, Kongresspräsident der DMKG (Reutlingen):

Versorgungsrealität bei Kopfschmerzen: Erfolgreiche Therapien – aber nicht für Kas-
senpatienten

PD. Dr. Arne May, Präsident der DMKG (Hamburg):

Gegen die Unterversorgung von Kopfschmerzpatienten

Medizinstudium und Facharztweiterbildung ohne Schmerztherapie?

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede

Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.

Der Deutsche Schmerzkongress präsentiert jedes Jahr einem breiten Fachpublikum die aktuellen Höhepunkte der Schmerzforschung, deren Umsetzung in Leitlinien und lokale Versorgungsprogramme. Aber kommen die Fortschritte auch beim Patienten an? Hier gibt es in Deutschland noch entscheidende Defizite zu überwinden.

Schmerz: Stiefkind der Ausbildung

In der Approbationsordnung von 2002 wurden als neues Konzept fächerübergreifende Querschnittsbereiche eingeführt. Das fächerübergreifende Thema par excellence – Schmerztherapie – wurde jedoch schlichtweg vergessen. Damit fehlen den Absolventen des Medizinstudiums die Grundkenntnisse zur Behandlung akuter Schmerzen, chronischer Rücken-, Kopf- und Nervenschmerzen, sowie zur Verhinderung der Chronifizierung von Schmerzen. In der Facharztweiterbildung setzt sich dieses Defizit fort. Die Muster-Weiterbildungsordnung sieht zwar schon seit vielen Jahren vor, dass in allen Fächern Grundkenntnisse der allgemeinen Schmerztherapie erworben werden sollten, dies ist jedoch in den Weiterbildungskatalogen nicht ausgeführt.

Q 13: Palliativmedizin ohne Schmerztherapie

Diese Mängel prangert die DGSS seit vielen Jahren an, und sie wird dabei von anderen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Patientenorganisationen in der Koalition gegen den Schmerz unterstützt. Auch die Bundesärztekammer fordert inzwischen die Aufnahme des Themas Schmerztherapie in die Querschnittsbereiche des Medizinstudiums. Die noch amtierende Bundesregierung hat leider eine große Gelegenheit vertan, diesen Missstand zu beseitigen: im Assistenzpflegegesetz wurde im Juli dieses Jahres zwar ein weiterer Querschnittsbereich eingeführt (Q13 Palliativmedizin) aber ohne die Schmerztherapie. Es bleibt nur zu hoffen, dass die nächste Bundesregierung vernünftiger ist und einer gründlichen Überarbeitung der Approbationsordnung zustimmt.

Gegenmittel: Studententag, Kerncurriculum, Fortbildung

Die DGSS ist in diesen Jahren nicht untätig geblieben: Beim Deutschen Schmerzkongress findet regelmäßig ein Studententag statt, bei dem in Vorträgen die wichtigsten Konzepte zur Diagnostik und Therapie von Schmerzen vermittelt werden. Eine praktische Ausbildung kann bei diesem Kongress noch nicht erfolgen. Für diesen Zweck hat die DGSS jedoch einen Lehrplan für die Grundlagen der Schmerztherapie entwickelt, diesen in Modellstudiengängen getestet und ihn durch andere nationale und internationale Fachgesellschaften kommentieren lassen. Inzwischen wird an etwa der Hälfte der Deutschen Fakultäten nach diesem Lehrplan unterrichtet. Leider erhalten die Studierenden hierfür keine Bescheinigung und es werden auch nicht alle Studierenden erreicht. Wer bemerkt hat, dass ihm oder ihr für die praktische ärztliche Tätigkeit aus Studium und Weiterbildung noch Kenntnisse zum Umgang mit Patienten fehlen, die unter starken oder andauernden Schmerzen leiden, findet bei diesem Kongress ein reichhaltiges Fortbildungsangebot. Besonders begeistert sind die Kongressteilnehmer immer wieder von der Vielfalt der Veranstaltungen, die von Grundlagenforschern, Psychologen, Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen, Physiotherapeuten und anderen besucht werden. Diese gelebte Interdisziplinarität ist ein Markenzeichen von Schmerzforschung und Schmerztherapie.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede, Lehrstuhl für Neurophysiologie, Zentrum für Biomedizin und Medizintechnik Mannheim, Universitätsmedizin Mannheim der Universität Heidelberg, Ludolf-Krehl-Str. 13-17, 68167 Mannheim, Tel. 49(0)621-383-9926, Fax 49(0)621-383-9921
rolf-detlef.treede@medma.uni-heidelberg.de

Netzwerke machen es möglich: Erkenntnisse zur Entstehung von Schmerz und revolutionäre Therapieansätze

Prof. Dr. Ralf Baron

Kongresspräsident der DGSS und Sprecher der Forschungskommission der DGSS und des Deutschen Forschungsverbundes Neuopathischer Schmerz (DFNS)

In der Vergangenheit wurde in der Schmerzforschung wie auch auf dem Versorgungssektor zu sehr auf kleinere Einzellösungen gesetzt. Durch den Aufbau großer Forschungsnetzwerke, die Vernetzung zwischen Grundlagenforschung und klinischer Anwendung sowie die enge Verzahnung zwischen niedergelassenen Schmerztherapeuten und klinischen Einrichtungen bei der Therapie chronischer Schmerzpatienten sind jetzt erstmals Weichen gestellt worden für herausragende Erkenntnisse zur Entstehung von Schmerzen sowie das bessere Management des einzelnen schmerzkranken Patienten.

Unter dem Motto „Mit Netzwerken gegen den Schmerz“ werden beim diesjährigen Schmerzkongress die Herausforderungen in Forschung und Therapie mit einer breiten Zuhörerschaft debattiert. Es werden die neuesten Forschungsergebnisse, Therapieverfahren und Leitlinien kritisch diskutiert und die neuesten Ergebnisse eines europäischen Netzwerkes zur Optimierung der postoperativen Schmerztherapie (Pain Out) vorgestellt. Weiterhin ist im Rahmen der modernen integrativen Versorgungsstrukturen in Klinik und Praxis eine elektronische Schmerzdokumentation unerlässlich. Ein Vergleich der führenden Dokumentationssysteme wird vorgestellt.

Forschungshighlights:

Individualisierte Therapie: das richtige Medikament für den richtigen Patienten

Eines der wissenschaftlichen Highlights dieses Kongresses lässt sich unter dem Oberbegriff individualisierte Therapie zusammenfassen: Man kann anhand bestimmter Gen-Ausprägungen die Wirkung verschiedener Medikamente vorhersagen, Patienten identifizieren, die zu einer Schmerzchronifizierung neigen, und die Entstehung bestimmter Schmerzsymptome vorhersagen. Bei chronischen Schmerzen – insbesondere bei Nervenschmerzen – haben deutsche Forscher des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Deutschen Forschungsverbundes Neuopathischer Schmerz herausgefunden, dass chronischer Schmerz nicht gleich chronischem Schmerz ist. Auch bei identischer Entstehungsursache ist die Ausprägung der Schmerzqualität und -intensität individuell sehr verschieden. Aufgrund dieser Schmerzmuster haben die Forscher erstmals eine neue Klassifikation chronischer Schmerzen herausgearbeitet, die unabhängig von der Ursache ist. In Zukunft werden Medikamente also nicht mehr auf der Grundlage der Ursache, sondern vielmehr auf der Grundlage des individuellen Schmerzmusters eingesetzt werden. Die Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen Subgruppen funktioniert mit einfachen Fragebögen. Die Entscheidung über die richtige individuelle Medikation ist also in der niedergelassenen Praxis möglich. Diese neue Strategie wird die Schmerztherapie in den nächsten Jahren revolutionieren. Es wird nicht nur möglich sein, die neu identifizierten Patienten-Subgruppen optimal zu behandeln, man wird darüber hinaus Informationen bekommen, welche Gruppe das höchste Chronifizierungsrisiko hat, welche weiteren Einschränkungen der Lebensqualität in diesen Untergruppen gehäuft vorliegen und wie man auch diese individuell therapieren kann.

Placebo-Effekt: Bei wem er wirkt

Schon heute deutet sich an, dass bestimmte Subgruppen chronischer Schmerzpatienten unterschiedlich auf Placebo-Effekte ansprechen. Diese Erkenntnis wird bei der Placebo-Forschung genutzt, um die analgetische Wirkung des Placebo-Effekts in die Therapiestrategie einfließen zu lassen. Mit Hilfe der funktionellen Bildgebung sind zentral-nervöse Mechanismen der Placebo-Analgesie beschrieben worden, sodass Gehirnzentren identifiziert werden konnten, die bei guten Placebo-Respondern besonders aktiv sind. Die genaue Kenntnis der physiologischen und molekularen Mechanismen in diesen Gehirnzentren wird in Zukunft bei dem Management individueller Patienten hilfreich sein, so die Vorhersage der Placebo-Forscher.

Zwölf Wochen schmerzfrei durch eine Stunde Pflaster

Verschiedene, völlig neue Substanzklassen zur Therapie chronischer Schmerzen stehen in Europa kurz vor der Zulassung oder der Markteinführung. In Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit chronischen Nervenschmerzen durch eine einstündige topische (örtlich begrenzte) Behandlung mit einem hochprozentigen Capsaicin-Pflaster für bis zu zwölf Wochen eine deutliche Schmerzlinderung erfahren haben. Durch die Anwendung des Pflasters, das den Wirkstoff der Chilischote enthält, kommt es zu einer funktionellen Desensibilisierung der Schmerzfasern in der Haut, die offensichtlich einen nachhaltigen Effekt hat. Eine ähnliche nachhaltige Schmerzlinderung konnte in mehreren Studien durch die Injektion von Botuliniumtoxin in die Haut erzielt werden. Auch diese Substanz, die von der Behandlung der Spastik bekannt ist, führt zu einer zwölf Wochen andauernden Desensibilisierung der Schmerzfasern. Diese lang-andauernde Schmerzlinderung der beiden Medikamente ist in der Schmerztherapie eine Innovation und wird in Zukunft schnell Einzug in das moderne Management chronischer Schmerzpatienten finden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Ralf Baron, Sektion Neurologische Schmerzforschung und -therapie, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Haus 41 (Neurozentrum), Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel, Tel +49 (0)431 597-8505, Fax +49 (0)431 597-8530. r.baron@neurologie.uni-kiel.de

Schmerz und Genetik – Gendatenbank Netzwerke

Prof. Dr. Thomas Tölle

Sprecher der Forschungskommission der DGSS und des Deutschen Forschungsverbundes Neuropathischer Schmerz (DFNS)

Ob unsere Gene irgendeinen Einfluss auf unsere Schmerzen haben? Noch vor einigen Jahren gab es unter Forschern große Zweifel daran. Die Bedeutung genetischer Aspekte im Entstehungsmechanismus von Schmerzerkrankungen sowie bei der Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung hat die Wissenschaft erst in den letzten Jahren erkannt. Dabei zeigt die klinische Erfahrung bereits seit langem, dass sowohl die Empfindlichkeit gegenüber Schmerzen als auch der Effekt schmerzstillender Medikamente individuell stark variieren. Diese Variabilität beruht auf vielen unabhängigen Faktoren, von denen einige der Umwelt und Situation des Patienten zuzuschreiben – andere genetischen Ursprungs sind.

Gene führen zu Schmerzfremheit oder katastrophalen Schmerzkrankheiten

Im Fokus der genetischen Schmerzforschung stehen Fragen wie „Welche Arten von Risikogenen gibt es überhaupt? Wie wirken sie sich im Einzelnen auf den Schmerz aus? Und in welchem Zusammenhang stehen sie mit Behandlungsergebnissen?“. Welche genetischen Faktoren entscheidend sind, ist bisher immer noch wenig bekannt, obwohl sich in einigen betroffenen Familien erstaunlich einfache genetisch bestimmte Veränderungen in Molekülen und Rezeptoren in der Schmerzverarbeitung nachweisen ließen, die einerseits zu vollständiger Schmerzfremheit führten (wie z.B. bei Fakiren aus Pakistan), andererseits aber auch zu katastrophalen dauerhaften Schmerzzuständen führen. Ein Grundproblem ist, dass sich ansonsten genetische Fragestellungen nur an großen Patientenkollektiven untersuchen lassen und eine starke Vernetzung zwischen klinischer und Grundlagenforschung erfordern.

Gast im Präsidentensymposium: William Maixner

Dem Schmerzforscher William Maixner, University of North Carolina in Chapel Hill, ist es gelungen, solch eine Partnerschaft zu initiieren und erfolgreich zu etablieren. Sein vom National Institute of Health (NIH) gefördertes Forschungsnetzwerk "Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment (OPPERA)" widmet sich der umfassenden Analyse genetischer, biologischer, somatischer und psychologischer Parameter in der Entstehung chronischer Schmerzsyndrome im Bereich des Gesichtes. Erste Ergebnisse wird Maixner auf dem diesjährigen Schmerzkongress in Berlin im Rahmen des Präsidentensymposiums vorstellen. Die neuen Erkenntnisse seines Forscherteams um Luda Diatchenko beschreiben beispielweise drei häufig vorkommende genetische Varianten, so genannte Haplotypen, im COMT-Gen (Catecholamin-O-Methyltransferase), die mit der Schmerzintensität korrelieren. Die Wissenschaftler waren auch Teil des Forscher-Netzwerkes, das im Jahr 2006 erstmals ein Gen, das GCH1 (GTP Cyclohydrolase 1), mit Nervenschmerzen in Verbindung bringen konnte und nachweisen konnte, dass eine genetische Variante die Chronifizierung von Rückenschmerzen teilweise verhindern konnte.

Deutsches Netzwerk baut DNA-Datenbank auf

Dass solche Netzwerke auch in Deutschland möglich sind, zeigt der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Deutsche Forschungsverbund Neuropathischer Schmerz (DFNS). Auch dem DFNS ist es mit dem Aufbau einer Blutproben-Bank gelungen, genetische Fragestellungen an großen Patientenkollektiven durchzuführen. Die Gendatenbank enthält derzeit DNA-Proben von knapp 800 neuropathischen Schmerz-Patienten

aus insgesamt neun Verbundzentren. Zusätzlich zu der DNA-Sammlung sind klinische Daten unter anderem zur genauen Schmerzsymptomatik jedes einzelnen Patienten in der zentralen Datenbank neuropathischer Schmerz des Verbundes gespeichert. Im Fokus der Forschung stehen eine ganze Reihe von Risikogenen, die mit dem Auftreten neuropathischer Schmerzerkrankungen zusammenhängen könnten. Hierzu gehören Gene, die die Ausstattung unseres Gehirns mit Rezeptoren für unterschiedliche Botenstoffe bestimmen, Kanäle der Signalweiterleitung modifizieren können oder ganz grundsätzlich die Bereitschaft einer Nervenzelle, auf einen schmerzhaften Reiz mit mehr oder weniger starker Aktivität zu reagieren. Von Interesse sind dabei unter anderem die so genannten Polymorphismen. Dies sind Genvarianten, bei denen kurze Abschnitte in einem Gen leicht unterschiedlich sind. Man nimmt an, dass solche Polymorphismen signifikant mit der Ausbildung bestimmter Symptome einhergehen. Erste Ergebnisse des Verbundes bestätigen den Einfluss verschiedener „Schmerzgene“.

Genomweite Suche nach Auffälligkeiten

Die endgültigen Ergebnisse des amerikanischen und des deutschen Forschungsnetzwerkes werden in einigen Jahren erwartet. Bis dahin soll die Blutproben-Bank des DFNS noch um zahlreiche DNA-Proben erweitert werden. Neben der Teilnahme der einzelnen Forschungszentren sind auch Kooperationen mit europäischen und internationalen Partnern auf dem Wege. Ziel ist, die Datenbank zu einer multipel abfragbaren Ressource für genetische Analysen zu etablieren, um künftige Studien zur Untersuchung genetischer Komponenten der Schmerzempfindung zu gewährleisten. Das Ziel soll bei Vorliegen einer ausreichenden Anzahl von Proben sein, nicht nur nach einzelnen „Kandidatengenen“ oder Polymorphismen zu suchen, sondern eine „genomweite“ Suche nach Auffälligkeiten im gesamten Erbgut zu machen. Dies wäre ohne Zweifel auch für die forschende Pharmaindustrie eine elementare Voraussetzung, auf diesem Wege über bisher nicht bedachte Moleküle und Signalwege Informationen zu erhalten, die an der Schmerzgenerierung entscheidend beteiligt sind und ein mögliches Ziel für pharmakologische Modulation darstellen.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Dr. rer.nat. Thomas R. Tölle, Sprecher der Forschungskommission der DGSS, Sprecher des Deutschen Forschungsverbunds Neuropathischer Schmerz, toelle@lrz.tu-muenchen.de

Deutscher Schmerzkongress, 7. bis 10. Oktober 2009, Berlin

Versorgungsrealität Kopfschmerz: Erfolgreiche Therapien – nicht für Kassenpatienten

Dr. Volker Malzacher

Kongresspräsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.
(DMKG)

Neue Daten zur Häufigkeit von Kopfschmerzerkrankungen

Kopfschmerzen sind in Deutschland häufig: Neue epidemiologische Untersuchungen zu Kopfschmerzen weisen erstmals nach, dass über 60 % aller Deutschen innerhalb eines Jahres an Kopfschmerzen leiden.

Die Migräne ist neben dem etwas häufigeren Spannungskopfschmerz aufgrund der Schwere der Kopfschmerzattacken für 8 Millionen Deutsche von größter Bedeutung. Die DMKG Heachache Study weist eine Häufigkeit von Migräne abhängig von der Studienregion bei Frauen zwischen 9,1-13,8 %, bei Männern von 2,4-4,6 % nach.

Von großer medizinischer Bedeutung sind neben den seltenen übrigen primären Kopfschmerzformen, wie der Clusterkopfschmerz (Häufigkeit 0,1 %), vor allem die chronischen Formen von Spannungskopfschmerz und Migräne samt den Medikamenten-induzierten Kopfschmerzen. Hier liegen neue epidemiologische Zahlen für Deutschland in der DMKG Studie vor: die Häufigkeit des Kopfschmerz bei Medikamentenüberkonsum liegt bei ca. 1,0 %, für die chronische Migräne konnte eine 6 Monatsprävalenz von 0,2 % festgestellt werden.

Nur die Hälfte der Migränepatienten werden ärztlich behandelt

Wie eine optimale Behandlung der einzelnen Kopfschmerzformen aussehen kann, beschreiben ausführlich die Behandlungsleitlinien der DMKG. Dabei stehen Medikamente zur Akuttherapie und Prophylaxe, Sport sowie verhaltenspsychologische Maßnahmen im Vordergrund der wissenschaftlich abgesicherten Therapieverfahren. Modellprojekte zur Versorgung von Kopfschmerzpatienten („integrierte Versorgung“) haben im letzten Jahr eindrucksvoll ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt.

Die Umsetzung der Ergebnisse der modernen Kopfschmerzforschung in Deutschland ist im Therapiealltag allerdings deutlich verbesserungswürdig. Zum Beispiel sind nach den epidemiologischen Erhebungen weniger als die Hälfte der teilweise schwer beeinträchtigten Migräne-Patienten in regelmäßiger ärztlicher Behandlung.

Erfolgreiche Therapien sind für Viele nicht bezahlbar

Es besteht nur ein selektiver Zugang zu spezialisierten Versorgungsformen in Abhängigkeit von der Krankenversicherung. Ferner erschweren die umfangreichen Änderungen der Sozialgesetzgebung der letzten Jahre eine leitliniengerechte Versorgung und schließen wirksame Therapieverfahren wie zum Beispiel die Akupunktur von der Versorgung von Kopfschmerzpatienten aus. Medikamente der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer Migräne wie Acetylsalicylsäure (ASS) und Paracetamol, aber auch von Kombinationspräparaten sind für Kassenpatienten von der Erstattung ausgeschlossen.

Der Rationierung entgegenreten

Im Bereich des Schmerzes, insbesondere der Kopfschmerzerkrankungen, sind auch in Zukunft weitere Anstrengungen nötig, um die Fortschritte der Behandlung den betroffenen Patienten im Alltag zugänglich zu machen. Netzwerke gegen den Schmerz sind hier sicherlich ein sehr geeignetes Mittel. Ansonsten ist zu befürchten, dass eine Diskussion um Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung auch in der Schmerzbehandlung in den Alltag Einzug hält.

Netzwerke gegen den Schmerz

Der diesjährige gemeinsame Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und der Deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) findet unter dem Motto „Mit Netzwerken gegen den Schmerz“ statt. Die gemeinsame Jahrestagung wird neuerlich eine gute Gelegenheit sein, die neuesten Forschungsergebnisse um den Schmerz, aber auch die Behandlung von Schmerzen an Hand der Leitlinien ausführlich zu diskutieren. Einen besonderen Schwerpunkt stellt erstmals die Möglichkeit der Nachwuchsforschergruppen dar, ihre Arbeiten und Ergebnisse zu präsentieren.

Kontakt

Dr. Volker Malzacher, Neurologe und Psychiater, neuro.bismarckstrasse partnerschaft, Bismarckstr. 100, 72764 Reutlingen, Telefon 07121 144830 Fax 07121 1448313
Kreiskliniken Reutlingen Neurologische Belegabteilung, Telefon 07121 2003366 Fax 01721 2004369, E-Mail: volker.malzacher@t-online.de

Literatur:

Evers, S. et al.
Akuttherapie und Prophylaxe der Migräne
Nervenheilkunde 2008; 27, 933-949

Fuchs, Ch., et al.
Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?
Deutsches Ärzteblatt 2009; 106, 554-555

Verordnungsforum
Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2009
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Diener, HC, et al.
Neues bei Kopfschmerzen 2009
Akt. Neurol. 2009, 36:286-294

Wallasch, TM et al
Ergebnisse aus der Integrierten Versorgung Kopfschmerz
Nervenheilkunde 2009, 28:369-372

Pfaffenrath, V. et al
Regional variations in the prevalence of migraine and tension-type headache applying new IHS criteria: the German DMKG headache study
Cephalalgia 2008, 29, 48-57

Fendrich, K. et al.
Headache prevalence among adolescents - : the german DMKG headache study
Cephalalgia 2007, 27, 347-354

Straube, A. et al.
Prevalence of chronic migraine and medication overuse headache in Germany—the German DMKG headache study
Cephalalgia 2009 in press

Evers, S. et al.
Prevalence of cluster headache in Germany: results of the epidemiological DMKG study
Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 2007;78:1289-1290

Radtke, A, et al.
Prevalence and burden of headache and migraine in Germany.
Headache 2009, 49: 79-89

Gegen die Unterversorgung von Kopfschmerzpatienten

PD. Dr. Arne May

Präsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG)

Die fachlich angemessene Behandlung von Kopfschmerzpatienten ist nicht überall gewährleistet, es besteht eine Unterversorgung. Die ökonomischen Folgen alleine der Migräne sollten eigentlich zu einer besseren Versorgungssituation Anlass geben. So werden die Gesamtkosten der Migräne in Deutschland für 2004 auf 879 Mio. € geschätzt (davon 850 Mio. € indirekte Kosten durch Arbeitsplatz- und Produktivitätsausfall) [1]. Die Behandlung von Kopfschmerzpatienten stützt sich auf eine Vielzahl von wissenschaftlich gut fundierten Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften. Zunehmend kommen aber Zweifel auf, ob diese evidenzbasierten Behandlungsformen im klinischen Alltag eines niedergelassenen Arztes in Deutschland auch problemlos angewandt werden können. Denn betroffene Patienten und auch ihre Ärzte beklagen zunehmend, dass die Kosten für eine sinnvolle Therapie nicht mehr, oder unter erheblichen Restriktionen von der gesetzlichen und privaten Krankenkasse erstattet werden.

Ausbildung im Studium ist prekär

In diesem Rahmen ist es unverständlich, dass ein Mediziner in seiner gesamten Laufbahn (Studium und Facharztausbildung) kaum eine Chance auf Ausbildung zur leitliniengerechten Therapie von Schmerzen hat. Prekär ist schon die Ausbildung im Studium, das Studienfach Schmerztherapie ist darin nicht vorgesehen. Immerhin geben knapp 50% aller Universitätskliniken an das von der DGSS erarbeitete Kerncurriculum zu benutzen, im gesamten Physikum aber sind gerade vier Fragen zu Schmerz zu finden. Studenten monieren regelmäßig die nicht vorhandene Lehre zum Thema Schmerz, die Fakultäten verweisen auf immer voller werdende Curricula bei immer begrenzteren Zeitressourcen. Solange die Ausbildung zur qualifizierten Therapie von Schmerz nicht schon im Studium beginnt (ganz zu schweigen von der Facharztzeit) solange ist der Unterversorgung von Schmerzpatienten Tür und Tor geöffnet.

Kontakt

PD. Dr. med. Arne May, Präsident der DMKG, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Leiter der Kopfschmerzambulanz, Martinistraße 52, 20246 Hamburg. Tel: 040/42803-9094. E-Mail: a.may@uke.uni-hamburg.de

Literatur:

- [1.] Berg J, Stovner LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. Eur J Neurol 2005; 12 Suppl 1: 59-62.

Informationen zu den Referenten

Fotos aller Referenten finden Sie zum Herunterladen im Internet unter <http://www.dgss.org/index.php?id=95>

Vita Prof. Dr. Ralf Baron

Werdegang

1979 – 1986 Studium der Humanmedizin an der Christian-Albrechts-Universität Kiel
1986 – 1988 Wissenschaftlicher Angestellter am Physiologischen Institut, Christian-Albrechts-Universität Kiel (experimentelle Neurophysiologie)
1987 Promotion (summa cum laude)
1988 – 1995 Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Neurologie und Psychiatrie, Christian-Albrechts-Universität Kiel
1994 Facharzt für Neurologie
Februar 1995 Habilitation für Neurologie
Seit April 1995 Oberarzt an der Klinik für Neurologie, Christian-Albrechts-Universität Kiel
Seit 1996 Leitender Oberarzt der Klinik für Neurologie, Christian-Albrechts-Universität Kiel
1998 Visiting Professor of Neurology an der University of California, San Francisco, USA (Prof. Dr. H. L. Fields)
Seit 1999 Stellvertretender Direktor der Klinik für Neurologie, Christian-Albrechts-Universität Kiel
Februar 2000 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Oktober 2001 C3-Professor an der Klinik für Neurologie, Christian-Albrechts-Universität Kiel
August 2004 Leiter der Sektion „Neurologische Schmerzforschung und Therapie“, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Schwerpunkte

- Pathophysiologie
- Elektrophysiologie
- Klinik und Therapie von Erkrankungen des autonomen Systems
- Klinik und Therapie peripherer Neuropathien und neuropathischer Schmerzsyndrome sowie anderer Schmerzsyndrome
- Funktionelle Bildgebung (fMRI, MEG) bei experimentellen und neuropathischen Schmerzsyndromen

Mitgliedschaften

1999 – 2002 Committee on Research (International Association for the Study of Pain, IASP)
Seit 1996 Beirat Arbeitskreis Autonomes Nervensystem (Deutsche Neurologische Gesellschaft)
Seit 1996 Forschungskommission (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes)
Seit 1996 Vorstand der „Special Interest Group“ der IASP – Sympathetic Nervous System and Pain
Seit 1998 Beirat des Arbeitskreises Schmerz (Deutsche Neurologische Gesellschaft)
1999 - 2004 Generalsekretär (Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie, DIVS)
Seit 2005 Beirat der „Special Interest Group“ der IASP Neuropathic Pain

Vita Prof. Dr. Thomas R. Tölle

Werdegang

Studium der Medizin und Psychologie an den Universitäten Bochum, Frankfurt, Düsseldorf und München.

Promotion (Dr. rer. nat.) an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität in Düsseldorf.

Medizinischen Doktorgrad an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mit Arbeiten, in der Grundlagenforschung am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (Thema: Chronifizierung von Schmerzen)

Wissenschaftliche Auslandsaufenthalte am Institut für Histologie, Universität Porto, Portugal und am MRC, Cambridge, England in der Abteilung für Neurobiologie

Klinische Tätigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie

1995 Wechsel an die Neurologische Klinik der Technischen Universität München, dort Oberarzt, Leiter des Zentrums für Interdisziplinäre Schmerztherapie am Klinikum rechts der Isar, Extraordinarius für Neurologie.

Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für medizinische Psychologie und Neurobiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Schwerpunkte

Klinische und experimentelle Schmerzforschung mit Schwerpunkten zu neurobiologischen Mechanismen neuronaler Plastizität bei Schmerz, pharmakologischer Behandlung und zentraler Bildgebung mit fMRI (funktionelle Magnetresonanz-Tomographie) und PET (Positronen-Emissions-Tomographie)

Mitgliedschaften

Beirat der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)

Sprecher des Deutschen Forschungsverbundes Neuropathischer Schmerz (DFNS) (BMBF-gefördert)

Editorial Board der Fachzeitschrift *Pain*

Tutor für die Alexander-von-Humboldt-Stiftung

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede

Werdegang

1974 – 1980 Studium der Medizin und Informatik an der Universität Hamburg
1981 Promotion zum Dr. med. an der Universität Hamburg
1988 Habilitation für “Physiologie” an der Universität Hamburg
1996 Facharzt für Physiologie
1998 Befugnis zur Weiterbildung im Gebiet Physiologie
1980 – 1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Hochschulassistent im Physiologischen Institut am Universitätskrankenhaus Eppendorf
1988 – 1990 Visiting Scientist im Department of Neurosurgery am Johns Hopkins Hospital in Baltimore
1990 – 1992 Hochschulassistent im Physiologischen Institut am Universitätskrankenhaus Eppendorf
1992 - 2007 Professor für Neurophysiologie im Institut für Physiologie und Pathophysiologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Seit 2008 Professor für Neurophysiologie, Zentrum für Biomedizin und Medizintechnik Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Schwerpunkte

- Mechanismen der Transmission und Transduktion von Hitzereizen in der Haut
- Efferente Funktionen nozizeptiver C-Fasern bei der Regulation der Mikrozirkulation
- Mechanismen des neuropathischen Schmerzes. Primäre und sekundäre Hyperalgesie
- Kortikale Repräsentation des Schmerzsinnnes
- Dipolquellenanalyse, fMRI und PET

Mitgliedschaften

Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
Mitglied im Council der International Association for the Study of Pain (IASP)
Präsidiumsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
Deutsche Physiologische Gesellschaft (DPG)
Deutsche Gesellschaft für klinische Neurophysiologie (DGKN)
Neurowissenschaftliche Gesellschaft (NWG)
Vizepräsident der Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG) der IASP

Vita Dr. med. Volker Malzacher

Werdegang

Geboren am 22.09.1961 in Marbach am Neckar

Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Promotion über „Influenza in den tropischen Ländern Afrikas“

Ab 1989 Facharztausbildung in der Psychiatrischen Klinik Bürgerhospital Stuttgart und neurologische Weiterbildung in der Neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhaus Sindelfingen

Niederlassung 1997 in einer neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis

Neurologischer Konsiliararzt

Ab 1.10.2005 neurologischer Belegarzt in den Kreiskliniken Reutlingen

Ab 2008 Leiter der Schlaganfallabteilung in den Kreiskliniken Reutlingen

Schwerpunkte

Kopfschmerzen

Durch Zecken übertragene Erkrankungen

Mitgliedschaften

Als langjähriges Mitglied der Deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) ist er seit 2004 Schatzmeister und Präsidiumsmitglied der Fachgesellschaft.

Vita PD Dr. Arne May

Werdegang

1984/85 bis 1990/91 Studium an der Georg-August Universität Göttingen Promotion: Experimentelle Arbeit im Institut für allgemeine Pathologie an der Universität Göttingen (Prof. Dr. med. A. Schauer)

1991 bis 1995 AIP & Assistenzarztzeit in der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Essen (Direktor: Prof. Dr. med. H. C. Diener)

1998 bis 1999 Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Essen (Direktor: Prof. Dr. med. Gastpar).

1999 bis Juni 2004 Oberarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Regensburg und dort Leiter der Arbeitsgruppe funktionelle Bildgebung und der Arbeitsgruppe Kopfschmerz (Direktor: Professor Dr.med. Ulrich Bogdahn)

Juli 2004 bis März 2005 Oberarzt an der Neurologischen Universitätsklinik Hamburg (UKE), Leiter der Arbeitsgruppe Schmerz und der Kopfschmerzambulanz (Direktor: Professor Dr.med. Cornelius Weiller)

Januar 1996 bis Oktober 1998 Clinical Research Fellow and Honorary Clinical Assistant to Prof. Peter Goadsby, Institute of Neurology, Queen Square, London, UK

September 1999 Facharztprüfung an der Ärztekammer Nordrhein

2004 Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie, Bayrische Ärztekammer

Juni 2001 Habilitation für das Fach Neurologie an der Medizinischen Fakultät der Universitätsklinik Regensburg mit dem Titel: "Cerebraler Blutfluß und neuronale Aktivierung bei primären Kopfschmerzen: Die neurovaskuläre Hypothese"

Seit April 2005 Mitarbeiter im Institut für systemische Neurowissenschaften an der Universitätsklinik Hamburg (UKE) (Direktor: Professor Dr.med. Christian Büchel).
Leiter der Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Universitätsklinik (Direktor: Professor Dr.med. C. Gerloff).

Schwerpunkte

- Kopfschmerz
- Schmerz
- Plastizität & Lernen
- funktionelle Bildgebung
- morphometrische Bildgebung (VBM)

Mitgliedschaften

Seit 1999 Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS),
seit 1993 Deutsche Migräne & Kopfschmerzgesellschaft (DMKG),
seit 1995 International Headache Society (IHS),
seit 1995 DGKN,
seit 1999 Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
1999 bis 2003 Generalsekretär der DMKG,
seit 2008 Präsident der DMKG Publikationen