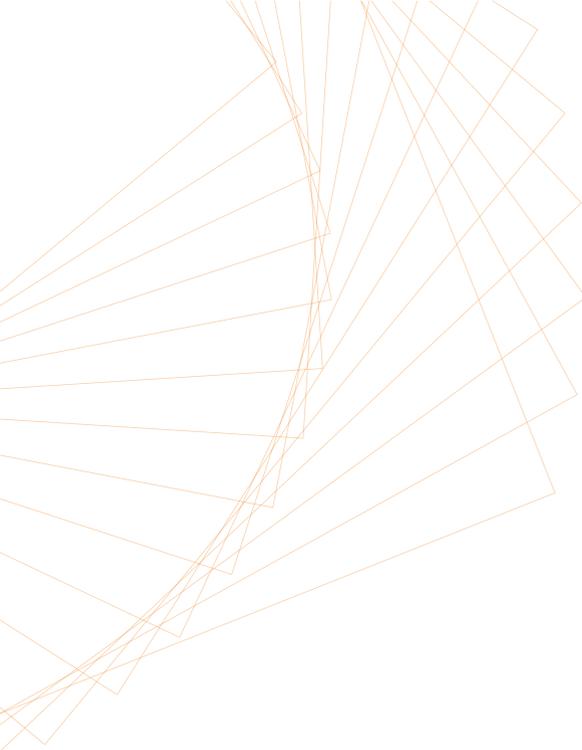




# Belastung durch Schmerzen

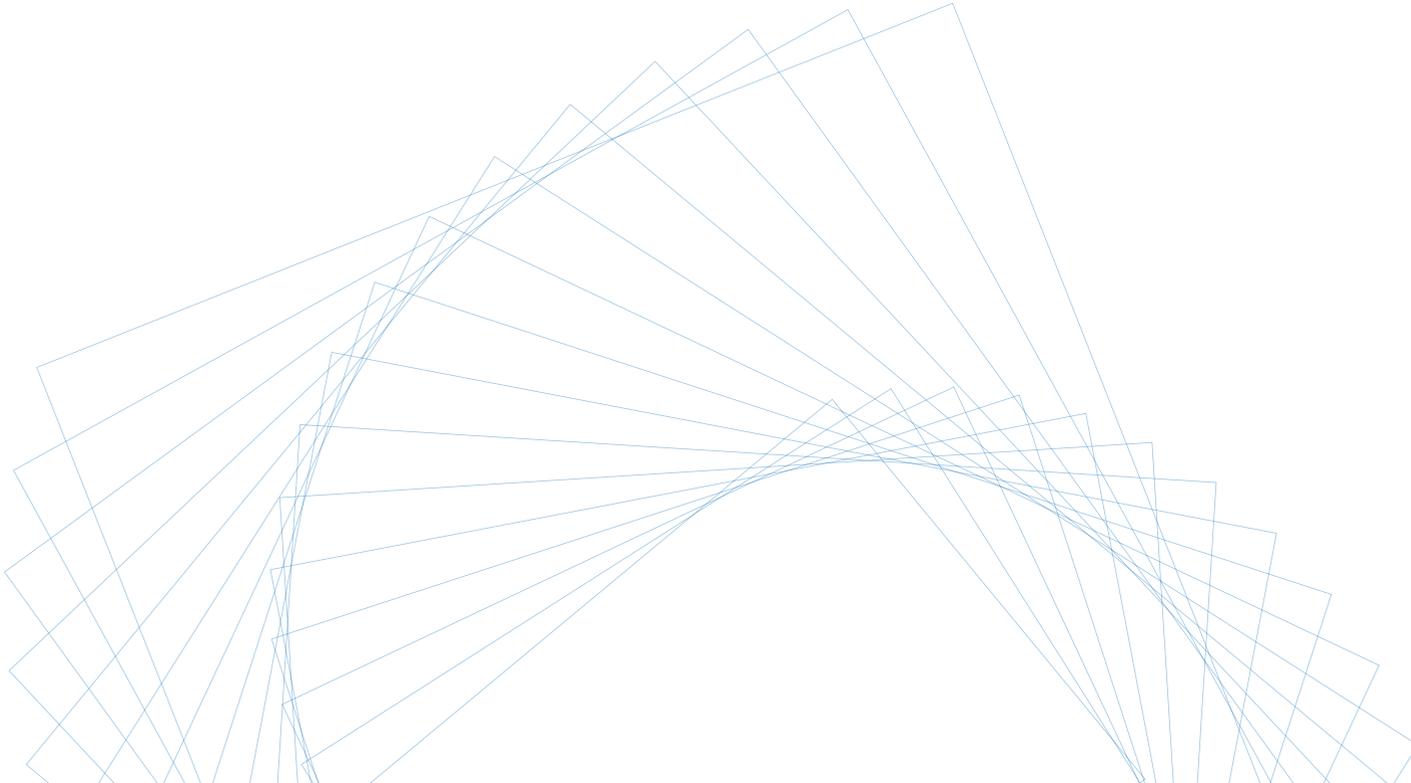
Ein Buch der Plattform Societal  
Impact of Pain (SIP)





## Inhaltsverzeichnis:

<b>Kurzfassung und Zweck des Dokuments</b> .....	1-2
<b>Unterstützer</b> .....	3-4
<b>Vorwort</b> .....	5-6
<b>Was ist Schmerz?</b> .....	7-16
<b>Arten von Schmerzzuständen und Zeugnisse</b> .....	17-34
<b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</b> .....	35-36
<b>Über die Plattform „Societal Impact of Pain“</b> .....	37-40
<b>Ressourcen</b> .....	41-46



## Kurzfassung

Schmerzen sind eines der am weitesten verbreiteten medizinischen Probleme sowohl in Europa als auch weltweit. Sie sind der Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer medizinischen Versorgung und die Hauptursache für Behinderungen und eine verminderte Lebensqualität. Derzeit leiden etwa 150 Millionen Menschen in Europa unter chronischen Schmerzen, eine Zahl, die der Bevölkerung von Deutschland und Frankreich zusammen entspricht. Ein erheblicher Teil der Betroffenen erhält keine angemessene Schmerzbehandlung, wobei frühere Schätzungen von einem Anteil von bis zu 40% ausgehen. Das Verständnis der Ursachen und Auswirkungen verschiedener Schmerzzustände ist nach wie vor unvollständig, und in zahlreichen europäischen Ländern gibt es nach wie vor erhebliche Forschungsdefizite.

Dieses „Buch der Beweise“ wurde für Personen mit nicht-wissenschaftlichem Hintergrund (z.B. politische Entscheidungsträger und Förderorganisationen) erstellt, um einen Einblick in die Bedeutung von Schmerzen zu erhalten, die verschiedenen Definitionen (z.B. akute Schmerzen, neuropathische Schmerzen, nozizeptive Schmerzen) zu verstehen und die schwächenden Auswirkungen von Schmerzen auf Patienten und die Gesellschaft zu verdeutlichen.

Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht oder dieser ähnelt. Nach Angaben der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz immer eine persönliche Erfahrung, die in unterschiedlichem Maße von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird.

Schmerz wird heute am besten als biopsychosoziale Erfahrung betrachtet. Das biopsychosoziale Modell ist ein wesentlicher Bestandteil der modernen Schmerzbeurteilung und -behandlung. Das Modell geht davon aus, dass Schmerz eine persönliche Erfahrung ist, die aus einem dynamischen Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren entsteht. Es ersetzt das biomedizinische Modell, bei dem man immer davon ausging, dass Schmerzen ausschließlich durch biologische Faktoren und Krankheitspathologie verursacht werden.

Das „Buch der Beweise“ stellt eine Reihe von Zeugnissen von Patienten vor, in denen sie ihren Umgang mit den verschiedenen Arten von Schmerzen schildern und ihre damit gemachten Erfahrungen zum Ausdruck bringen. Wir hoffen, mit diesen Beispielen häufiger Schmerztypen und Zeugnissen ein Verständnis für die Vielfalt und die Gemeinsamkeiten von Schmerzen zu vermitteln. Für Nichtwissenschaftler, die sich zum ersten Mal mit dem Thema Schmerz befassen, wirft die genauere Betrachtung von Erkrankungen wie Kreuzschmerzen, Krebsschmerzen und postoperativen Schmerzen vielleicht Licht auf das, was bisher ignoriert oder missverstanden wurde. Schmerzzustände unterscheiden sich zwar in ihrer Pathologie und in der Art und Weise, wie sie erlebt werden, aber ein gemeinsamer Faktor ist oft die mangelnde Aufmerksamkeit, die ihnen im Gesundheitssystem und im politischen Rahmen zuteilwird. Die Plattform Societal Impact of Pain will dies ändern und zielt darauf ab, das Bewusstsein für Schmerzen zu schärfen und die Schmerzpolitik zu verändern.

Die Plattform Societal Impact of Pain (SIP) fordert die politischen Entscheidungsträger auf nationaler Ebene zu Folgendem auf: Anerkennung der Belastung und der Auswirkungen von Schmerzen auf die Gesellschaft und die Patienten sowie Erhöhung des Stellenwerts von Schmerzen in den Gesundheitssystemen, bei der Förderung und bei der politischen Entscheidungsfindung; Gewährleistung der wirksamen Umsetzung der ICD-11, da ihre Verwendung eine internationale Einigung über die Verwendung standardisierter Diagnosen und Instrumente ermöglicht und die Erfassung von Daten für den primären und sekundären Gebrauch verbessert; Entwicklung von Instrumenten zur Bewertung der Auswirkungen von Schmerzen; Initiierung von Maßnahmen, die sich mit den Auswirkungen von Schmerzen auf Beschäftigung und Arbeitsproduktivität befassen, und Einbeziehung von Schmerzen in einschlägige bestehende Initiativen; Entwicklung interoperabler digitaler Gesundheitsökosysteme mit zugänglichen digitalen Lösungen zur Bewertung, Überwachung und Behandlung von Schmerzen (Apps, Online-Ressourcen usw.) und rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen für den Datenaustausch.

## Der Zweck dieses Dokuments

Dieses „Buch der Beweise“ wurde für Personen mit nicht-wissenschaftlichem Hintergrund (z.B. politische Entscheidungsträger und Förderorganisationen) erstellt, um einen Einblick in die Bedeutung von Schmerzen zu erhalten, die verschiedenen verwendeten Definitionen (z.B. akuter Schmerz, neuropathischer Schmerz, nozizeptiver Schmerz) zu verstehen und die schwächenden Auswirkungen von Schmerzen auf Patienten und die Gesellschaft aufzuzeigen.

In dem Dokument werden verschiedene Arten von Schmerzzuständen (z.B. Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen), ihre Häufigkeit und Behandlungsmethoden erläutert. In dem Dokument werden wichtige Konzepte und Herausforderungen auf dem Gebiet der Schmerzen erläutert, darunter die Messung und Beurteilung von Schmerzen, Stigmatisierungen und die Bedeutung der Anerkennung des persönlichen, multidimensionalen Charakters von Schmerzen mit einem Verständnis für das Zusammenspiel unzähliger biologischer/physischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren.

Insgesamt soll dieses Dokument veranschaulichen und beschreiben, was Schmerz ist, und auf die Notwendigkeit dringender politischer Maßnahmen und einer Aufstockung der Mittel für die Forschung aufmerksam machen. Insbesondere die am Ende dieses Dokuments hervorgehobenen Empfehlungen sind ein Aufruf zum Handeln an die Europäische Kommission, das Europäische Parlament, den Europäischen Rat und die Zivilgesellschaft, um die katastrophalen gesellschaftlichen Auswirkungen von Schmerzen anzugehen.

Die Plattform Societal Impact of Pain (SIP) wird weiterhin das Bewusstsein für die verheerenden Auswirkungen von Schmerzen auf die Betroffenen, die Gesellschaft und die Wirtschaftssysteme schärfen, Informationen und bewährte Verfahren zwischen allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union austauschen und europaweite politische Strategien und Aktivitäten für ein verbessertes Paradigma der Schmerzbehandlung in Europa entwickeln und fördern.



### MdEP Cerdas (S&D)

“

Psychische Erkrankungen/Stimmungsstörungen und Schmerzen treten aufgrund gemeinsamer molekularer, neurophysiologischer, lebensstilbezogener und umweltbedingter Faktoren häufig gemeinsam auf. Daher ist die Berücksichtigung von Schmerzen in den Strategien zur psychischen Gesundheit und die Aufstockung der Forschungsmittel zu diesem Thema von entscheidender Bedeutung, um einen Goldstandard für Programme zum Selbstmanagement zu schaffen und den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu verbessern.

### MdEP Kypouropoulos (EPP)

“

Schmerzen haben nicht nur erhebliche Auswirkungen auf den Einzelnen, sondern ihr Auftreten und die große Anzahl von Menschen, die mit Schmerzen leben, können auch erhebliche Auswirkungen auf die Gesellschaft haben. Wir müssen das Bewusstsein für die verheerenden Auswirkungen von Schmerzen schärfen, Ungleichheiten zwischen den Mitgliedstaaten durch den Austausch von Informationen und bewährten Verfahren innerhalb der Europäischen Union abbauen und europaweite politische Strategien und Aktivitäten für eine verbesserte Schmerzbehandlung unterstützen.



### MdEP Montserrat (EPP)

“

Die biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren des Schmerzes schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern stehen in Wechselwirkung zueinander. Daher ist eine umfassende Anwendung des biopsychosozialen Schmerzmodells in der klinischen Versorgung (Beurteilung und Behandlung), der Forschung, der Bildung und der Politik von zentraler Bedeutung.

### MdEP Maxova (S&D)

“

Schmerzen sind die am weitesten verbreitete nicht übertragbare Krankheit in Europa und weltweit. Gegenwärtig leidet in Europa jeder Fünfte an chronischen Schmerzen. Schmerzen sind der häufigste Grund für die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und die häufigste Ursache für Behinderungen und eine verminderte Lebensqualität. Frauen leiden häufiger unter chronischen Schmerzen als Männer, wobei einige Schätzungen darauf hindeuten, dass Frauen doppelt so häufig von chronischen Schmerzen betroffen sind wie Männer.



## Vorwort

Schmerzen sind die am weitesten verbreitete Erkrankung in Europa und weltweit. Sie ist der häufigste Grund für die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und die häufigste Ursache für Behinderungen und eine verminderte Lebensqualität. Es gibt ein starkes sozioökonomisches Gefälle in Bezug auf Prävalenz und Auswirkungen, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die Belastung durch schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit nimmt zu und bedroht die Nachhaltigkeit der europäischen Gesundheits- und Sozialsysteme. Die Schmerzforschung ist jedoch im Vergleich zu anderen Bereichen der Gesundheitsforschung deutlich unterfinanziert, und diese Unterfinanzierung wird als ein wesentlicher Faktor angesehen, der zu der Belastung beiträgt. Die Europäische Kommission hat viele Schmerzzustände als besonders belastend und zu wenig erforscht eingestuft, sodass ihnen große Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Laut der Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2020, die eine umfassende Bewertung der Inzidenz, Prävalenz und der mit Behinderung gelebten Jahre (YLDs, Years Lived with Disability) für 354 Ursachen in 195 Ländern und Territorien von 1990 bis 2017 enthält, sind schmerzbedingte Erkrankungen wie Kopfschmerzen (z.B. Migräne) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (z. B. Kreuzschmerzen, Hüft- und Kniearthrose, Nackenschmerzen) zwei der wichtigsten Faktoren für die mit Behinderung gelebten Jahre (YLDs). Rückenschmerzen und Migräne sind für jeweils 57,6 Millionen bzw. 45,1 Millionen verlorene Lebensjahre aufgrund von Behinderungen verantwortlich.

In Europa gibt es etwa 740 Millionen Menschen, von denen die meisten irgendwann in ihrem Leben von starken Schmerzen geplagt werden. Bei etwa 20 % halten die Schmerzen länger als drei Monate an, und diese Menschen leiden unter chronischen Schmerzen. Daher leiden derzeit 150 Millionen Menschen in Europa unter chronischen Schmerzen, was ungefähr der Bevölkerung von Deutschland und Frankreich zusammen entspricht.

Statistiken zeigen nicht wirklich, welche Auswirkungen der Schmerz auf den Einzelnen oder seine Angehörigen hat. Schmerzen haben eine verheerende Wirkung auf die Betroffenen. Sie können das Leben bestimmen und einem die Fähigkeit nehmen, Hobbys nachzugehen, kurze Strecken zu gehen, zu arbeiten oder mit Freunden auszugehen (z.B. ins Kino zu gehen, weil langes Sitzen zu schmerzhaft ist). Schmerzen können Menschen nachts häufig aufwecken und ihren Schlaf beeinträchtigen. Ein ständiges Gefühl von übermäßiger Müdigkeit, das zu den Schmerzen hinzukommt, kann dazu führen, dass die Betroffenen sich nur schwer konzentrieren oder alltägliche Aufgaben kaum bewältigen können. Der Schmerz wird oft zum dominierenden Faktor im Leben der Betroffenen. Er trägt zu vermindertem Wohlbefinden, eingeschränkter Mobilität und sozialer Ausgrenzung über die gesamte Lebensspanne bei und wird mit Depressionen, Krebs und kardiovaskulär bedingter Sterblichkeit sowie mit einer geringeren Lebenserwartung in Verbindung gebracht.

## Was ist Schmerz?

In diesem Abschnitt werden gängige Definitionen erläutert, die zur Erklärung von Schmerzen sowie deren Dauer und Art verwendet werden.

**Schmerz** ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpft ist oder dieser ähnelt. Gemäß der internationalen Schmerzgesellschaft IASP (International Association for the Study of Pain) ist Schmerzwahrnehmung immer eine persönliche Erfahrung, die in unterschiedlichem Maße von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird. Der Mensch erlernt im Laufe des Lebens sein eigenes Konzept von Schmerz. Wenn eine Person von Schmerzen berichtet, sollte das immer respektiert werden. Obwohl Schmerz in der Regel eine adaptive Rolle spielt, kann er negative Auswirkungen auf die Funktion und das soziale und psychische Wohlbefinden haben. Die Beschreibung mit Worten ist nur eine Möglichkeit, Schmerz auszudrücken. Es ist auch möglich, dass ein Mensch Schmerzen empfindet, obwohl er das nicht äußern kann.

Bei der **Nozizeption** handelt es sich um die Kodierung potenziell schädlicher Ereignisse durch das Nervensystem (z.B. eine heiße Herdplatte zu berühren, sich versehentlich zu schneiden). Nozizeption ist jedoch nicht gleichbedeutend mit Schmerz. Nozizeption ist ohne Schmerz möglich und Schmerz ist ohne Nozizeption möglich. Dies verdeutlicht die Komplexität der Schmerzwahrnehmung. Nozizeption ist objektiv (sie kann mit Instrumenten gemessen werden), während Schmerz subjektiv ist (von den Betroffenen selbst angegeben wird) und nicht allein durch die Aktivität sensorischer Neuronen entsteht. Das Empfinden von Schmerz umfasst oft nozizeptive Signale, aber das Gehirn berücksichtigt beim Auslösen einer Schmerzreaktion auch andere Faktoren, wie die Überzeugungen einer Person, frühere Erfahrungen und den psychologischen Zustand. Der Schmerz ist daher nicht lediglich ein biologischer Prozess, sondern eine biologische, psychologische und soziologische Erfahrung, zu der auch die Nozizeption gehören kann.

**Akute Schmerzen** sind Schmerzen, die relativ schnell wieder verschwinden. Es gibt unterschiedliche Definitionen von akutem Schmerz. Einige sagen, dass akute Schmerzen weniger als 30 Tage andauern, während andere der Ansicht sind, dass sich akute Schmerzen auf jeden Schmerz mit einer Dauer von unter 3 Monaten beziehen. Akuter Schmerz wird oft als adaptiv angesehen – ein nützlicher Überlebensmechanismus, der eine Schutz- und Heilungsfunktion hat.

**Chronische Schmerzen** sind Schmerzen, die länger als drei Monate andauern oder wiederkehren, wobei die Definitionen nicht immer übereinstimmen.

**Chronische primäre Schmerzen** sind Schmerzen, die über mehr als drei Monate fortdauern, mit signifikanter emotionaler Belastung oder signifikanter funktioneller Beeinträchtigung einhergehen und sich nicht hinreichend durch eine andere körperliche Störung erklären lassen. Hier ist der chronische Schmerz das vorherrschende klinische Problem und wird als eigenständige Erkrankung betrachtet. Die Ursachen vieler chronischer Schmerzzustände sind unklar und ihr Auftreten ist am besten als ein Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren zu verstehen, die von Mensch zu Mensch verschieden sind. Einige Beispiele sind chronische weit verbreitete Schmerzen (wie Fibromyalgie), das komplexe regionale Schmerzsyndrom und chronische muskuloskeletale Schmerzen (z.B. unspezifische chronische Kreuzschmerzen).

**Chronische sekundäre Schmerzen** sind Schmerzen, die als Symptom einer konkreten Grunderkrankung entstanden sind. Beispiele für chronische sekundäre Schmerzzustände sind chronische Krebschmerzen, chronische sekundäre muskuloskeletale Schmerzen (z.B. Osteoarthritis, rheumatoide Arthritis) und chronische sekundäre viszerale Schmerzen (z.B. Colitis ulcerosa, Endometriose).

**Nozioplastische Schmerzen** sind Schmerzen, die durch eine veränderte Nozizeption entstehen, ohne dass es eindeutige Hinweise auf eine tatsächliche oder drohende Gewebeschädigung gibt, die zur Aktivierung der peripheren Nozizeptoren führt, oder Hinweise auf eine Erkrankung oder Läsion des somatosensorischen Systems, die den Schmerz verursacht. Dieser Schmerz wird auch als „funktioneller Schmerz“ bezeichnet. Beispiele hierfür sind Fibromyalgie/chronische weit verbreitete Schmerzen, nicht-spezifische chronische Kreuzschmerzen, Reizdarmsyndrom und Blasenschmerzsyndrom.

**Chronische neuropathische Schmerzen (CNP)** Wenn der Schmerz drei Monate oder länger andauert, spricht man von chronischen neuropathischen Schmerzen. Beispiele sind Ischiasbeschwerden, diabetische Neuropathie, Rückenmarksverletzungen, Schmerzen nach Gürtelrose (postherpetische Neuralgie) und durch Chemotherapie verursachte Neuropathie.

## Das biopsychosoziale Schmerzmodell

Schmerz wird heute am besten als biopsychosoziale Erfahrung betrachtet. Das biopsychosoziale Modell ist bei der heutigen Schmerzbeurteilung und -behandlung entscheidend. Das Modell geht davon aus, dass Schmerz eine persönliche Erfahrung ist, die aus einem dynamischen Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren entsteht. Es ersetzt das biomedizinische Modell, bei dem man immer davon ausging, dass Schmerzen ausschließlich durch biologische Faktoren und Krankheitspathologie verursacht werden.

Zu den **biologischen** (oder physischen) Faktoren gehören die Genetik, das Ausmaß der Verletzung oder Krankheit, die Gesundheit/Schädigung des Gewebes, die Auswirkungen von Medikamenten, die Eigenschaften des Nervensystems (Schmerzschwelle, Schmerztoleranz, Veranlagung zu peripherer und zentraler Sensibilisierung) und der Schlaf.

Zu den **psychologischen** Faktoren gehören eine niedergeschlagene Stimmung, Depressionen, Angstzustände, Wut, wahrgenommene Ungerechtigkeit, Bewältigungsfähigkeiten (z.B. Vermeidung, Durchhaltevermögen), Angst, Selbstwirksamkeit, Katastrophisierung, kognitive Überzeugungen, emotionaler Stress, negative Einstellungen und Akzeptanz.

Zu den **sozialen** Faktoren gehören soziale Erwartungen, Arbeitszufriedenheit, soziales Unterstützungssystem (finanzielle, instrumentelle und emotionale Unterstützung), Lebenszustand, Beschäftigung, frühere Schmerzerfahrungen, Krankenversicherung, Drogenmissbrauch, Sprache und kulturelle Barrieren.

Diese Faktoren schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern stehen in gegenseitiger Wechselwirkung. Die Plattform „Societal Impact of Pain“ (SIP) empfiehlt die umfassende Anwendung des biopsychosozialen Schmerzmodells in der klinischen Versorgung (Beurteilung und Management), Forschung, Bildung und Politik.

Der biopsychosoziale Charakter von Schmerzen wurde in der 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) anerkannt und gilt für alle schmerzbezogenen Erkrankungen. Insbesondere wurde die Diagnose „Chronische primäre Schmerzen“ aufgenommen, definiert als Schmerz in einem oder mehreren Körpersystemen und an einer oder verschiedenen Körperstellen, der (a) länger als drei Monate anhält oder wiederkehrt, (b) mit erheblicher emotionaler Belastung (z.B. Wut, Angstzustände oder depressive Stimmung) und/oder erheblicher funktioneller Beeinträchtigung (Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten, von Hobbys und der Teilnahme an sozialen Aktivitäten) einhergeht und (c) Symptome aufweist, die sich nicht hinreichend durch andere Diagnosen erklären lassen.

Durch die Anerkennung der Rolle der emotionalen Belastung und der Funktion bei der Definition von chronischen primären Schmerzen erkennt die ICD-11 an, dass zahlreiche Faktoren den Schmerz beeinflussen, und befürwortet daher ein umfangreiches biopsychosoziales Modell der Beurteilung und Behandlung.

## Die gesellschaftlichen Auswirkungen von Schmerzen

Schmerzen haben nicht nur erhebliche Auswirkungen auf den Einzelnen, sondern aufgrund ihrer Häufigkeit und der großen Zahl von Menschen, die mit Schmerzen leben, auch auf gesellschaftlicher Ebene.

Die Messung von Elementen der gesellschaftlichen Auswirkungen von Schmerzen in Europa erweist sich als schwierig, was zum Teil auf einen Mangel an Daten zurückzuführen ist. In der Forschung wurde jedoch versucht, die Belastung durch Schmerzen unter vielen Gesichtspunkten wie Beschäftigung, Finanzen, Behinderung und individuelle Lebensqualität zu schätzen.

Schmerzen können die Lebensqualität und allgemeine Funktionsfähigkeit einer Person beeinträchtigen. Menschen mit Schmerzen erfahren mitunter Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der Kontrolle, des Arbeitsgedächtnisses, der geistigen Flexibilität, der Problemlösung und der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit.

Es wird geschätzt, dass die finanzielle Gesamtbelastung durch Schmerzen in Europa zwischen 1,5% und 3% des BIP liegt und dass die direkte und indirekte Belastung die Gesellschaft im weiteren Sinne trifft (d.h. Arbeitgeber, Steuerzahler, Patienten und ihre Familien) und erhebliche Gesundheitsausgaben verursacht.

Schmerzen können nicht nur die Arbeitsfähigkeit einer Person einschränken, was sich negativ auf die Arbeitsproduktivität und Fehlzeiten auswirkt, sondern auch die relativen Kosten für die Pflege erhöhen, was wiederum direkte Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien hat. Mehr als 40 Millionen Arbeitnehmer in der EU leiden an arbeitsbedingten muskuloskelettalen Erkrankungen. Diese wiederum verursachen in der EU fast 50% aller Fehlzeiten von drei Tagen oder länger und 60% der dauerhaften Arbeitsunfähigkeiten. Die direkten und indirekten Kosten werden auf 240 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

Daher muss verstärkt in die Erforschung der gesellschaftlichen Auswirkungen von Schmerzen investiert werden, um die vielfältigen Aspekte des Lebens Betroffener zu verstehen, die durch Schmerzen beeinflusst werden, und ihre Lebensqualität sowie den Zugang zur Schmerztherapie und -behandlung zu verbessern.



## Stigmatisierung trägt zur Belastung durch chronische Schmerzen bei

Die Stigmatisierung ist eine ständige Herausforderung für Menschen, die mit Schmerzen leben. Die hohe Prävalenz zeigt, dass die Komplexität der Schmerzen nicht verstanden wird und immer noch auf einem veralteten biomedizinischen Modell beruht. Die Stigmatisierung der Betroffenen entwertet ihren persönlichen Kampf mit den Schmerzen und die damit verbundenen Auswirkungen auf ihr individuelles Verhalten. Sie werden im Wesentlichen ihrer grundlegenden Menschenwürde beraubt, nur weil ihre Erfahrungen von den gesellschaftlichen Normen abweichen. Die Betroffenen stoßen oft auf Unverständnis bei ihren Partnern, Familienmitgliedern und Freunden, die das Ausmaß ihres Schmerzes vielleicht nicht ganz verstehen oder anerkennen. Es herrscht das Gefühl vor, dass medizinische Fachkräfte die Legitimität ihrer Schmerzen anzweifeln und sie für übertrieben oder sogar eingebildet halten. Diese Skepsis kann zu Selbstvorwürfen und Zweifeln führen, die ein geringes Selbstwertgefühl zur Folge haben können, und außerdem die Schmach mit sich bringen, dass ihre geschilderten Erfahrungen von Gesundheitsdienstleistern abgetan werden. Darüber hinaus werden Schmerzpatienten am Arbeitsplatz oft stigmatisiert und von ihren Kollegen angefeindet, die die Auswirkungen ihrer Erkrankung nicht verstehen. Die Sensibilisierung für die Bedeutung von Schmerzen, insbesondere für die biopsychosoziale und persönliche Natur aller Schmerzzustände, ist für die Bekämpfung der Stigmatisierung von entscheidender Bedeutung.

## Teufelskreis von Schmerzen und psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen/Stimmungsstörungen und Schmerzen treten häufig gemeinsam auf, was möglicherweise auf gemeinsame molekulare, neurophysiologische, lebensstilbezogene und umweltbedingte Faktoren zurückzuführen ist. So weisen beispielsweise Stimmungsstörungen wie Depressionen oder Angstzustände und Schmerzen eine geschätzte Komorbiditätsrate von bis zu 80% auf. Bei Personen mit bipolarer Störung liegt die Schmerzprävalenz bei fast 30% (hauptsächlich chronische muskuloskeletale Schmerzen und Migräne). Damit ist das Risiko mehr als doppelt so hoch wie bei Menschen ohne psychische Erkrankungen.

Außerdem besteht für Menschen ohne psychische Erkrankung ein erhebliches Risiko, eine solche zu entwickeln, wenn sie mehr als 12 Monate lang mäßige bis starke Schmerzen haben. Menschen, die sowohl unter Schmerzen als auch unter psychischen Erkrankungen wie schweren Depressionen, bipolaren Störungen und Schizophrenie leiden, haben eine wesentlich schlechtere körperliche Gesundheit und ein erhöhtes Risiko für Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – was alles zu einer geringeren Lebenserwartung beiträgt.

Leider werden Schmerzen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht routinemäßig bewertet oder angesprochen, und die Kommunikation und Beurteilung von Schmerzen kann durch die Art der psychischen Erkrankung (z.B. bei schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen) erschwert werden. Außerdem werden psychische Erkrankungen wie Depressionen bei Menschen mit chronischen Schmerzen häufig nicht erkannt und daher auch nicht behandelt.

## Die Bedeutung von ICD-11 für die Schmerzgemeinschaft

ICD-11 (International Classification of Diseases, 11. Revision) ist ein weltweites System, das von Ärzten, Gesundheitsdienstleistern und Forschern zur Klassifizierung und Codierung verschiedener Krankheiten, Zustände und gesundheitsbezogener Probleme verwendet wird. Es handelt sich dabei um eine große, übersichtliche Liste verschiedener Gesundheitsprobleme und ihrer Codes, die den Menschen im medizinischen Bereich hilft, weltweit einheitlich über Krankheiten und Zustände zu kommunizieren. Dieses Klassifizierungssystem wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und gepflegt. ICD-11 war ein großer Fortschritt in der Schmerzmedizin, da spezifische Codes eingeführt wurden, mit denen Schmerzen als Gesundheitszustand und nicht nur als Symptom klassifiziert und anerkannt werden können. Die ICD-11 ist ein nützliches Instrument zur angemessenen Kategorisierung schmerzbedingter Gesundheitszustände, das nicht nur eine bessere Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen ermöglicht, sondern auch medizinische Fachkräfte unterstützt, die diese Behandlung durchführen.

Bei der Verwendung der ICD-10 (dem Vorgänger der ICD-11) wurden verschiedene chronische Schmerzzustände, wie z.B. chronische Kreuzschmerzen, ungenau erfasst, was einen Mangel an Standardisierung bei der Erfassung und Meldung von Schmerzdiagnosen verdeutlichte. Somit trägt die Einführung der ICD-11 zur Bereitstellung angemessener Behandlungen und zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Schmerzzuständen bei. Mit der ICD-11 und den dadurch erweiterten Möglichkeiten zur Kategorisierung von Schmerzzuständen sind wir nun in der Lage, den politischen Entscheidungsprozess sowie die klinische Behandlung, Überwachung, Forschung und Lehre verschiedener Schmerzzustände besser zu unterstützen.



## Wie werden Schmerzen beurteilt und gemessen?

Die Bewertung oder Diagnose von Schmerzen ist für die Feststellung des Behandlungserfolgs und die Genesungsprognose von wesentlicher Bedeutung. Schmerz ist ein komplexes und oft schwer zu messendes Phänomen. Daher wird empfohlen, dass medizinische Fachkräfte mehrere Messgrößen zur Beurteilung der Schmerzen einer Person verwenden.

Der Schmerz wird von der Person, die den Schmerz empfindet, selbst angegeben. Er kann nicht objektiv gemessen werden, so wie medizinische Fachkräfte den Blutdruck oder den Blutzuckerspiegel messen können. Die einzige Möglichkeit, den Schmerz einer Person einzuschätzen, ist, wenn sie ihn selbst beschreibt. Aus diesem Grund sind patientenbezogene Ergebnismessungen (PROMs, Patient-Reported Outcome Measures) entscheidend. Diese Werkzeuge oder Instrumente werden im Gesundheitswesen eingesetzt, um direkt von den Betroffenen Informationen über ihren Gesundheitszustand, ihre Symptome, ihren Funktionsstatus und ihre Lebensqualität zu erheben. PROMs sind so konzipiert, dass sie die Sichtweise von Patienten in Bezug auf ihre eigene Gesundheit erfassen und wertvolle Einblicke in die Auswirkungen einer Erkrankung oder Behandlung aus der Sicht der Patienten liefern. Dabei handelt es sich meist um Fragebögen oder Umfragen, die die Patienten ausfüllen, um ihre Erfahrungen, Präferenzen und Bedenken in Bezug auf ihre Gesundheit auszudrücken. PROMs zum Thema Schmerz können nicht nur Fragen zur Schmerzintensität, sondern auch zu den Auswirkungen auf die Lebensqualität, die täglichen Aktivitäten, das emotionale Wohlbefinden und die Wirksamkeit verschiedener Behandlungen enthalten. Durch die Einbeziehung von PROMs können Gesundheitsdienstleister die Erfahrungen der Schmerzpatienten besser verstehen, gemeinsam mit ihnen Entscheidungen treffen, um die Behandlungspläne auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen, und Veränderungen der Symptome und des allgemeinen Wohlbefindens im Laufe der Zeit überwachen.

Gegenwärtig gibt es keine validierten objektiven Messgrößen für Schmerzen und wir wissen insgesamt nur wenig darüber, was bei vielen Menschen Schmerzen verursacht. Es besteht ein dringender Forschungsbedarf zur Ermittlung biologischer Messgrößen (Biomarker), um die Entwicklung und das Fortschreiten verschiedener Schmerzzustände besser zu verstehen. Warum entwickeln manche Menschen chronische Schmerzen und gibt es Wege sie zu verhindern? Eine Kombination aus objektiven Biomarkern und von Patienten berichteten Messwerten ist der vielversprechendste Weg, um bessere, personalisierte Behandlungen für Menschen mit Schmerzen zu finden.



## Schmerzbehandlungen

Es gibt viele Behandlungsmöglichkeiten für Schmerzen, die darauf abzielen, Schmerzen, schmerzbedingte Beschwerden oder schmerzbedingte Funktionen zu verbessern, zu erhalten oder zu verändern. Die Nachweise zu den verschiedenen Behandlungen sind sehr unterschiedlich. Für einige Behandlungen bei spezifischen Schmerzzuständen gibt es zwar qualitativ hochwertige Belege für eine gewisse Wirksamkeit, doch besteht große Unsicherheit hinsichtlich der Auswirkungen bestimmter Behandlungen, die eingesetzt werden. Es ist von größter Wichtigkeit, dass alle Schmerzbehandlungen gründlich evaluiert werden, um den Nutzen und Schaden jeder einzelnen zu verstehen. Die Behandlungen lassen sich grob in die folgenden Kategorien einteilen: Komplementär- und Alternativmedizin, Elektrotherapie, Bewegungstherapie, interventionelle Schmerzbehandlung, manuelle Therapie, beteiligungsorientierte Therapien, Patientenaufklärung, Pharmakotherapie, psychologische Therapie, chirurgische Behandlung und Thermo-therapie. Hinweis: Die nachfolgenden Behandlungen sind in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt, nicht in der Reihenfolge ihrer Bedeutung oder Wirksamkeit.

**Komplementär- und Alternativmedizin:** Eine Behandlung, die die Schulmedizin ergänzt, indem sie zu einem gemeinsamen Ganzen beiträgt, eine Nachfrage befriedigt, die von der Schulmedizin nicht erfüllt wird, oder den konzeptionellen Rahmen der Medizin erweitert. Beispiele sind Akupunktur, Kräuter, Probiotika und Nahrungsergänzungsmittel.

**Elektrotherapie:** Verschiedene Arten von elektrischer Stimulation und elektromagnetischer Strahlung. Beispiele sind die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), die Stoßwellentherapie und die Lasertherapie.

**Bewegungstherapie:** Die Bewegungstherapie umfasst eine Reihe von Behandlungen, die von einer qualifizierten medizinischen Fachkraft verschrieben oder geplant werden und die die Durchführung bestimmter Aktivitäten, Haltungen oder Bewegungen (oder aller) beinhalten. Beispiele hierfür sind allgemeine Fitnessprogramme, die in einer Gruppe durchgeführt werden, aerobes Training in Form von Walking-Programmen, Dehnübungen, die Stärkung bestimmter Muskeln oder Muskelgruppen sowie abgestufte Aktivitäten.

**Interventionelle Schmerztherapie:** Anwendung von Interventionstechniken, die sich auf potenzielle Schmerzauslöser konzentrieren, um diese zu beseitigen. Beispiele hierfür sind Injektionen wie periphere, Weichgewebe-, intraartikuläre und neuraxiale Injektionen, intravenöse, sublinguale, orale oder epidurale patientenkontrollierte Analgesie, intrathekale Analgesie, Analgesie durch größere periphere Nervenblockaden, Plexusanalgesie, paravertebrale Nervenblockaden, Plane-Blockaden, elektrische Stimulation (z.B. perkutane elektrische Nervenstimulation), Elektroakupunktur, ablativ-techniken, chemische und elektrische/thermische Verfahren, Neuromodulation, Rückenmarkstimulation, Stimulation der dorsalen Wurzelganglien, Spinalganglion-Stimulation, Tiefenhirn-, Motorkortex- und transkranielle Magnetstimulation sowie Epiduroskopie.

**Manuelle Therapie:** Geschickte Handbewegungen und geschickte passive Bewegungen der Gelenke und des Weichgewebes. Beispiele sind Massage, Manipulation und Mobilisierung.

**Beteiligungsorientierte Therapien:** Förderung der Ausführung täglicher Aktivitäten im Zusammenhang mit Arbeit, Selbstfürsorge, Produktivität und Freizeit.

**Patientenaufklärung:** Sämtliche Ratschläge, Aufklärungen oder Informationen, die von Gesundheitsfachkräften erteilt werden, um das Verständnis des Patienten für seine Schmerzen zu verbessern oder um diese besser zu bewältigen. Dazu gehören Ratschläge zur körperlichen Betätigung, zur stufenweisen Wiederaufnahme von Aktivitäten, zur Anpassung, zum Belastungsmanagement (einschließlich der Aufklärung über geeignete Hilfsmittel), zur gesunden Lebensweise, zum Selbstmanagement und zur Bewältigung von Schmerzen sowie Informationen zur Prognose, zum Schmerzmanagement und zur Schmerzforschung. Die Beratung kann in jeder Form erfolgen (mündlich, schriftlich, technologiegestützt oder eine Kombination davon).

**Pharmakotherapie:** Jedes Analgetikum, das auf beliebigem Weg und in beliebiger Dosierung verabreicht wird, einschließlich adjuvanter Therapien.

Dazu gehören nichtsteroidale Antirheumatika, Paracetamol, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Opiode, Kortikosteroide und Muskelrelaxantien. Sie können oral eingenommen, durch eine Injektion verabreicht oder auf die Haut aufgetragen werden.

**Psychotherapie/psychologische Therapie:** Psychologische oder psychotherapeutische Behandlung, die verständliche psychologische Inhalte vermittelt, um Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und körperliche Prozesse zu verändern. Beispiele hierfür sind die kognitive Verhaltenstherapie (CBT), die Verhaltenstherapie (BT) und die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT).

**Chirurgie:** Anwendung operativer manueller und instrumenteller Techniken an einer Person, um anatomische Anomalien zu behandeln oder zu korrigieren, von denen angenommen wird, dass sie die Schmerzen beeinflussen. Beispiele sind Arthroskopie [Schlüssellochchirurgie] (Debridement ± Synovektomie ± Chondroplastie), Arthroplastik, Gelenkersatz, perkutane vs. offene Chirurgie, Rhizotomie, Tenotomie, Radiochirurgie, Chordotomie, MRT-gesteuerte, ultraschallgeführte und Laserablation, stereotaktische Operationsverfahren sowie andere neurochirurgische Eingriffe zur Schmerzbehandlung.

**Thermotherapie:** Anwendung von Wärme oder Kälte auf Gelenke und/oder Muskeln, um die Symptome von Arthrose zu lindern. Dies kann mit Packungen, Tüchern, Wachs usw. durchgeführt werden. Wärme kann die Durchblutung verbessern und die Muskeln entspannen, während Kälte den Schmerz betäuben, die Schwellung verringern, die Blutgefäße verengen und die Nervenimpulse zum Gelenk blockieren kann.

## Selbstfürsorge und Selbstmanagement von Schmerzen

Menschen, die mit Schmerzen leben, verbringen die meiste Zeit ihres Lebens außerhalb des Gesundheitssystems und müssen täglich mit den Auswirkungen ihrer Schmerzen auf ihr Leben fertig werden. Die effektive Selbstpflege bzw. das effektive Selbstmanagement von Schmerzen ist ein Lernprozess, der Unterstützung und die Bewältigung verschiedener Herausforderungen erfordert, u.a. mit dem Aufflackern bzw. der Verschlimmerung von Symptomen richtig umzugehen, zu wissen, wann ein Arzt konsultiert werden sollte, Test- und Behandlungsentscheidungen zu treffen sowie positive Bewältigungsstrategien zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, die u.a. das Stress- und Schlafmanagement, die körperliche Aktivität und soziales Engagement umfassen. Ein Schlüsselement für ein erfolgreiches Selbstmanagement ist die Stärkung des Selbstbewusstseins bzw. der Selbstwirksamkeit der Betroffenen im Umgang mit Schmerzen und deren Auswirkungen auf ihr Leben. Derzeit gibt es keine klare Definition dafür, wie ein gutes Selbstmanagement bzw. eine gute Selbstfürsorge aussieht. Medizinische Fachkräfte müssen besser darin geschult werden, Menschen mit Schmerzen zu helfen, für sich selbst zu sorgen. Dazu gehören gute Zuhör- und Kommunikationsfähigkeiten und die Bereitstellung von Informationen zum Selbstmanagement in einer frühen Phase der Schmerzbehandlung, um chronischen Schmerzen vorzubeugen oder ihre negativen Auswirkungen zu verhindern. Eine entscheidende, dringende Herausforderung ist die Sicherstellung, dass Schmerzpatienten – unabhängig von ihrem Wohnort oder Einkommen – einfachen Zugang zu erschwinglichen Programmen/Optionen zum Selbstmanagement haben.

## Arten von Schmerzzuständen

Es gibt viele verschiedene Schmerzzustände. Im Folgenden finden Sie verschiedene Arten von Schmerzzuständen sowie Informationen über die Art der Schmerzen, ihre Diagnose und andere nützliche Informationen. Die aufgeführten Zustände stellen eine sehr hohe Belastung dar.

Es sei darauf hingewiesen, dass diese Liste nicht erschöpfend ist und nicht alle akuten und chronischen Schmerzzustände abdeckt.

Es ist auch zu erwähnen, dass trotz der individuellen Klassifizierung aller Erkrankungen häufig mehr als eine Erkrankung vorliegt und die diagnostischen Kriterien für mehrere Erkrankungen erfüllt werden. In diesem Fall kann die Beurteilung und Behandlung schwierig werden, da eventuell nicht klar ist, welche Erkrankung die Hauptursache ist oder ob allen Erkrankungen eine gemeinsame Pathologie zugrunde liegt. Diese komplexe Verflechtung von Komorbiditäten ist zu berücksichtigen.

Wo immer möglich, haben wir Daten eingefügt, die die Inzidenz und Prävalenz schmerzbedingter Erkrankungen in Europa widerspiegeln. Eine umfassende Liste der akuten/chronischen Schmerzzustände finden Sie auf der offiziellen ICD-11-Website.

## Muskuloskeletale Schmerzen

**Was ist das?** Schmerzen, die in Bereichen auftreten, die aus Knochen, Muskeln, Gelenken oder damit verbundenem Weichgewebe bestehen, werden als muskuloskeletale Schmerzen bezeichnet. Die häufigsten muskuloskelettalen Schmerzen sind Kreuzschmerzen, Nackenschmerzen, Hüft- und Knieschmerzen infolge von Arthrose, Schulterschmerzen und Schmerzen an verschiedenen Körperstellen.

**Prävalenz:** Sie betreffen schätzungsweise 1,71 Milliarden Menschen weltweit und sind die häufigste Ursache für Behinderungen in Europa und weltweit. Sie tragen auch am meisten zu den Lebensjahren mit Behinderung (YLDs) bei - mehr als psychische Erkrankungen, Diabetes und Krebs (ca. 149 Millionen YLDs, das sind 17% aller YLDs). Osteoarthritis (OA), die häufigste Art von Arthritis, betrifft mehr als 40 Millionen Menschen in Europa. Das Lebenszeitrisiko für Knie-OA liegt bei 45% und für Hüft-OA bei 25%. OA ist weltweit die am schnellsten wachsende Ursache für Behinderungen. Kreuzschmerzen sind die häufigsten und invalidisierendsten Schmerzen des Bewegungsapparats. In Europa ist die altersstandardisierte Prävalenzrate für Kreuzschmerzen pro 100 000 Personen in Mitteleuropa am höchsten (12 800; 11 500-14 400), gefolgt von Osteuropa (11 200; 10 100-12 500) und Westeuropa (9 540; 8 510-10 700). Es wird prognostiziert, dass im Jahr 2050 weltweit mehr als 800 Millionen Menschen unter Kreuzschmerzen leiden werden.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Die Behandlung kann Folgendes umfassen: Patientenaufklärung (z.B. über Risikofaktoren, Selbstmanagement), Pharmakotherapie (z.B. nichtsteroidale Entzündungshemmer), Bewegungstherapie, psychologische Therapien, interventionelle Schmerztherapie (z.B. Injektionen), Chirurgie, manuelle Therapie (z.B. Massage), komplementäre und alternative Medizin, Thermotherapie (z.B. Wärme) sowie Arbeits- und Sozialtherapien.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Muskuloskeletale Schmerzen und die damit verbundenen Behinderungen gehen häufig mit Schmerzen an verschiedenen Körperstellen, Adipositas, psychischen Störungen (z.B. Depressionen) und Schlafstörungen (z.B. Schlaflosigkeit) einher.

“

## Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung

”

- **Name:** Anonym
- **Alter:** 76
- **Staatsangehörigkeit:** Rumänisch
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Schwere Arthrose
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 15 Jahre. Ich hatte unerträgliche Schmerzen am Kniegelenk beider Beine, und ohne Schmerzmittel konnte ich die Treppe nicht hinauf- und hinuntergehen. Die Schmerzen traten manchmal sogar in liegender Position auf.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Stechende, ziehende Schmerzen beim Gehen und/oder Treppensteigen und in liegender Position Kribbeln, gefolgt von Taubheitsgefühl.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Meine Lebensqualität hat stark abgenommen. Früher war ich eine Frau voller Energie, bis ich nur noch ganz langsam gehen konnte und auf einen Gehstock angewiesen war. Das macht mich unglücklich und sehr besorgt.
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Mit Schmerzmitteln und seit vier Jahren mit Injektionen in beiden Knien. Aus Angst habe ich mich geweigert, mich einer Operation zum Ersatz meiner Knie zu unterziehen.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Mobilität und Stressfreiheit.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Sie haben Auswirkungen. Ich bin besorgt, unglücklich und habe nicht mehr die Freude am täglichen Leben wie früher.

## Neuropathiebedingte Schmerzen und Beispiele

**Was ist das?** Neuropathische Schmerzen werden durch eine Läsion oder Erkrankung des somatosensorischen Nervensystems verursacht. Zu den häufig berichteten Symptomen gehören entweder lokalisierte oder ausstrahlende schießende, brennende oder stechende Schmerzen. Neuropathische Schmerzen können zentraler (z.B. nach einem Schlaganfall, MS) oder peripherer Natur sein (z.B. Trigeminusneuralgie, diabetische periphere Neuropathie, Rückenschmerzen, postoperative Schmerzen, postherpetische Schmerzen).

**Prävalenz:** Neuropathische Schmerzen betreffen etwa 7-10% der Bevölkerung. Für Herpes zoster (Gürtelrose) liegt das geschätzte Lebenszeitrisiko in Europa derzeit bei 23-30%, mit einem gemeldeten Lebenszeitrisiko für ein Wiederauftreten von <5%. Die postherpetische Neuralgie (neuropathischer Restschmerz nach Herpes zoster) tritt bei 10 bis 30% der Patienten auf; bei den über 60-Jährigen steigt dieser Anteil auf 60 bis 70%. Die Prävalenz der Ischialgie (ausstrahlende Beinschmerzen, die durch eine Entzündung oder Kompression der lumbosakralen Nervenwurzeln (L4-S1), die den Ischiasnerv bilden, verursacht werden) variiert je nach Studie. In einer Studie zur Primärversorgung im Vereinigten Königreich (609 Patienten) wurde bei etwa 60% der Patienten mit Rücken- und Beinschmerzen die klinische Diagnose Ischialgie gestellt. Phantomschmerzen (schmerzhaft empfundene Gliedmaßen, die sich auf die fehlende Gliedmaße beziehen) treten bei 50-80% aller Amputierten auf. Die Prävalenz der schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie ist nicht eindeutig geklärt, aber nach den vorliegenden Daten liegt die Schmerzprävalenz bei 10 bis 20% der Patienten mit Diabetes und bei 40 bis 50% der Patienten mit diabetischer Neuropathie. In einer Studie in Italien (816 Patienten) wiesen 36% eine diabetische Polyneuropathie auf, die mit dem männlichen Geschlecht, dem Alter und dem Schweregrad des Diabetes in Zusammenhang stand.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Die Behandlungsmöglichkeiten umfassen sowohl pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Ansätze wie Patientenaufklärung, unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, Bewegungstherapie, psychologische Therapien, interventionelle Schmerztherapie, Chirurgie, manuelle Therapie, Hilfsgeräte sowie Sozial- und Arbeitstherapien. Opioide sollten Patienten vorbehalten sein, die nicht auf therapeutische Alternativen mit einem geringeren Risiko für unerwünschte Wirkungen ansprechen. Der Herpes-Zoster-Impfstoff kann zur Vorbeugung der postherpetischen Neuralgie (Nervenschmerzen, die nach dem Abheilen einer Gürtelrose weiter bestehen) verabreicht werden.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Zu den potenziellen Komorbiditäten neuropathischer Schmerzen gehören Depressionen, Schlafstörungen und depressive Stimmung oder Angstzustände. Diese Komorbiditäten beeinträchtigen die Lebensfreude der Patienten, indem sie sich negativ auf die Funktionalität und die Lebensqualität auswirken.

## Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung

- **Name:** Ruth Fitzmaurice
- **Alter:** 52
- **Staatsangehörigkeit:** Irisch
- **Name der Krankheit/Schmerzen: Mehrere Schmerzzustände:** Neuropathische Schmerzen, Spina bifida, Skoliose, Reizdarmsyndrom (RDS), Endometriose und orofaziale Schmerzen.
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 38 Jahre. Ich wurde mit Spina bifida geboren und wurde am Tag nach meiner Geburt operiert. Meine Schmerzen begannen im Alter von 14 Jahren, als ich zu studieren begann. Leider haben sich meine Schmerzen seitdem verschlimmert, sodass ich jetzt rund um die Uhr damit leben muss.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Meine normalen alltäglichen Schmerzen würde ich als brennend und ziehend beschreiben. Bei einem Schub ist es meist ein Kribbeln, Stechen und Pochen.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Mit zunehmendem Alter haben sich meine Schmerzen immer mehr auf mein Leben ausgewirkt. Jetzt, mit 52 Jahren, kann ich nicht mehr arbeiten und meine Aktivitäten werden von meinen Schmerzen diktiert. Ich versuche, jeden Tag am Strand spazieren zu gehen, ich gehe zwei- bis dreimal pro Woche zur Physiotherapie ins Schwimmbad. Diese beiden Aktivitäten sind die Konstanten in meinem Leben, alles andere hängt von meinem Schmerzniveau ab.
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Ich bewältige meine Schmerzen mit einer Kombination aus Positivität und Achtsamkeit und so wenig Medikamenten wie möglich. Über Jahre habe ich die verschiedensten Medikamente eingenommen, z.B. opioidhaltige Medikamente, ergänzt durch entzündungshemmende Mittel. Meine persönliche Entscheidung war, die Medikamente abzusetzen, und das war der Punkt, an dem ich aufhören musste zu arbeiten, was meine Lebensqualität leider stark beeinträchtigte. Jetzt nehme ich jeden Tag zwei Tabletten, eine Kombination aus Entzündungshemmer und Schmerzmittel, und ich versuche, mit diesen zwei Tabletten und nichts anderem auszukommen. Positivität und Achtsamkeit spielen in meinem Leben eine große Rolle, und ohne sie würde ich wieder zu mehr Medikamenten greifen.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Angst vor der Zukunft. Angst vor dem Unbekannten. Angst davor, wie schlimm mein Zustand werden wird.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Ich tue alles, was in meiner Macht steht, um zu verhindern, dass meine Schmerzen meine Stimmung und meine geistige Gesundheit beeinträchtigen. Ich tue alles, um meinen Schmerzen eine positive Seite abzugewinnen, sei es im Alltag oder bei einem Krankheitsschub.

## Krebsbedingte Schmerzen

**Was ist das?** Krebsbedingte Schmerzen sind Schmerzen, die durch den Primärkrebs selbst oder durch Metastasen verursacht werden. Zu den Ursachen für krebbsbedingte Schmerzen gehören der Tumor selbst, Entzündungen oder die Erosion von Knochen, Eingeweiden oder Nerven durch Metastasen. Es kann sich auch um Schmerzen handeln, die durch Gewebe- oder Nervenschäden infolge von Krebsbehandlungen verursacht werden. Schmerzen bei Krebsüberlebenden müssen engmaschig überwacht werden, da Veränderungen der Schmerzen auf ein Wiederauftreten der ursprünglichen bösartigen Erkrankung hinweisen können. Viele krebbsbedingte Schmerzen können durch Krebsbehandlungen wie Operationen, die zu chronischen neuropathischen Schmerzen führen können, sowie durch Chemo- oder Strahlentherapie induzierte periphere Neuropathie verursacht werden. Da immer mehr Patienten Krebs überleben, werden die Auswirkungen der Krebsbehandlung immer deutlicher.

**Prävalenz:** Schmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen, die Krebspatienten bei der Diagnose haben. Etwa 30–40% der Krebsüberlebenden leiden unter chronischen Schmerzen. 1,7 Millionen Krebspatienten in Europa sterben jedes Jahr an ihrer Krebserkrankung, von denen mindestens 66% vor dem Tod Schmerzen haben und 55% mäßige bis starke Schmerzen.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören Pharmakotherapie (z.B. einfache Analgetika, nichtsteroidale Entzündungshemmer, Opiode, Antidepressiva, Kortikosteroide, monoklonale Antikörper, Strahlentherapie, Chemotherapie), Aufklärung, Chirurgie, Bewegungstherapie, psychologische Therapien (einschließlich spiritueller Unterstützung), interventionelle Schmerzbehandlung (z.B. Nervenblockaden), Arbeits- und Sozialtherapie. Manchmal kann es schwierig sein, zwischen krebbspezifischen und schmerzspezifischen Behandlungen zu unterscheiden. So kann die Strahlentherapie beispielsweise zur Heilung oder zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden.

**Likely comorbidities:** Bei der klinischen Bewertung muss zwischen Krebschmerzen, Krebsbehandlungsschmerzen und Schmerzen aufgrund von Begleiterkrankungen unterschieden werden. Zu den Komorbiditäten, die sich auf die Schmerzen auswirken, gehören chronische Krankheiten, Operationen, Traumata, Gemütsstörungen, kognitive Störungen, Drogen- und Medikamentenmissbrauch.

## “ Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung ”

- **Name:** Ernesto Carreiro
- **Alter:** 72
- **Staatsangehörigkeit:** Portugal
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Krebsbedingte Schmerzen
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 10 Jahre. Es begann schon vor meiner Diagnose.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Stechen und Kribbeln.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Schwäche, weniger Essen, obwohl mit Appetit, Gewichtsverlust, schlechter Schlaf.
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Orale Medikamente.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Mangelnder Wille für die täglichen Aktivitäten, Verlust der Kraft, meine täglichen Aktivitäten zu erledigen.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Frustration darüber, dass ich nicht in der Lage bin, meinen täglichen Aktivitäten nachzugehen.

## Kopfschmerzen und orofaziale Schmerzen

**Was ist das?** Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen sind definiert als Kopfschmerzen oder Schmerzen im Mund- oder Gesichtsbereich. Chronische Symptome sind solche, die an mindestens 50% der Tage in den letzten drei Monaten mehr als zwei Stunden pro Tag auftreten. Die Symptome reichen von leichten Schmerzen und Kieferfunktionsstörungen, die im Laufe der Zeit abklingen können, bis hin zu chronischen Zuständen hartnäckiger Schmerzen und Funktionseinschränkungen des Kiefers, die eine starke Beeinträchtigung darstellen.

**Prävalenz:** Chronische Kopfschmerzen – Kopfschmerzen, die an 15 oder mehr Tagen pro Monat über mindestens 3 Monate hinweg auftreten – zählen zu den häufigsten Arten von Schmerzen und Ursachen für Behinderungen. Chronische Migräne betrifft etwa 1-4% der Bevölkerung und chronischer Spannungskopfschmerz etwa 2,2%. Etwa 25-50% der Betroffenen leiden auch an Kopfschmerzen durch Medikamentenübergebrauch, die in der Bevölkerung eine Prävalenz von 1% aufweisen. Kiefergelenksschmerzen betreffen etwa 31% der Erwachsenen und 11% der Kinder/Jugendlichen.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören Patientenaufklärung, unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, interventionelles Management (z.B. Injektionen), Bewegung, psychologische Therapie (z.B. Entspannung, Biofeedback), Thermotherapie, Elektrotherapie sowie Sozial- und Arbeitstherapien. Ein chirurgischer Eingriff kann angezeigt sein, wenn sich die nicht-chirurgische Therapie als unwirksam erweist.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Häufigere Frequenz von Kopfschmerzen, Allergien, Depressionen, Ermüdung, degenerative Arthritis, Fibromyalgie, Autoimmunerkrankungen, Schlafapnoe und Magen-Darm-Beschwerden traten bei den Betroffenen auf.

## “ Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung ”

- **Name:** Anonym
- **Alter:** 62
- **Staatsangehörigkeit:** Belgisch
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Orofaziale Schmerzen.
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 3Jahre. Es begann mit einer Zyste am Nasenbein in der Region der oberen Zähne 21-22. Als die Zyste entfernt wurde, war der Knochen beschädigt. Ich lebe seit 3Jahren mit dem Schmerzzustand.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Brennender Schmerz.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Ständig brennende Schmerzen, aber besonders nach dem Essen, Trinken usw.
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Durch Zähneputzen und anschließendes Spülen mit speziellen Produkten und manchmal auch durch die Einnahme entzündungshemmender Medikamente.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Das Essen ist für mich zur Hölle geworden, ich kann das Essen nicht mehr schmecken.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** n.z.

## Postoperative Schmerzen

**Was ist das?** Schmerzen nach der Operation. Chronischer postoperativer Schmerz (CPSP) ist definiert als chronischer Schmerz, der nach einem chirurgischen Eingriff oder einer Gewebeerletzung auftritt oder an Intensität zunimmt und über den erwarteten Heilungsprozess hinaus andauert. Die Pathophysiologie postoperativer Schmerzen ist einzigartig und die Folgen sind individuell verschieden. Die Schmerzen sind häufig auf den Bereich der Operation beschränkt oder werden auf Dermatome übertragen. Andere Ursachen, wie Vorerkrankungen oder Infektionen, müssen ausgeschlossen werden.

**Prävalenz:** Die größte europäische prospektive Studie zu diesem Thema zeigt, dass etwa 10% der Patienten nach einer Operation CPSP entwickeln (mit zahlreichen Unterschieden zwischen den Operationen). In einer anderen Studie wurde hervorgehoben, dass 40,4% der Befragten drei Monate oder mehr nach der Operation über Schmerzen berichteten. Übermäßige oder starke Schmerzen berichteten 18,3% der Personen. Es gibt große Diskrepanzen in der Berichterstattung über CPSP, weshalb vermutet wird, dass diese Zahlen variieren können.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören Patientenaufklärung, unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, Elektrotherapie, Bewegung und psychologische Therapien.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Patienten mit präoperativen chronischen Schmerzen, insbesondere an der Operationsstelle, haben ein erhöhtes Risiko, CPSP zu entwickeln. Psychologische Risikofaktoren wie psychische Belastung, Angst, Katastrophisierung, verminderte Fähigkeit zur Schmerzbewältigung, Depression und Hypervigilanz sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden.



## Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung



- **Name:** Koert Hommel
- **Alter:** 49
- **Staatsangehörigkeit:** Niederländisch
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Rückenschmerzen, Failed-Back-Surgery-Syndrom und neuropathische Schmerzen.
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 10 Jahre. Als ich 1993 an der Universität BUAS studierte, hatte ich zum ersten Mal Kreuzschmerzen. Dabei war nicht mein „Rücken“ das größte Problem, sondern die ausstrahlenden Schmerzen in meinem linken Bein. Im Jahr 2013 kehrten diese Schmerzen zurück und sind seitdem nicht mehr verschwunden.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Der Schmerz, den ich empfinde, ist ziehend, manchmal brennend, manchmal stechend. Er variiert, aber bewegt sich nie in meinem Körper.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Der Schmerz, den ich verspüre, wirkt sich auf alle Bereiche meines Lebens aus. Natürlich sind die Auswirkungen unterschiedlich, aber sie betreffen meine (ehrenamtliche) Arbeit, meine Hobbys, meine Beziehungen, meine Familie, meinen Sport – alles verändert sich..
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Nach einer langen, zermürenden und anstrengenden Behandlungssuche entdeckte ich den „multidisziplinären Ansatz bei chronischen Schmerzen“. Dieses Wissen löste einen Wandel in meinem Denken aus. Jetzt engagiere ich mich viel ehrenamtlich und spiele Klavier.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Nicht in der Lage zu sein, einer bezahlten Arbeit nachzugehen, Grenzen zu wahren (vor allem für mich selbst), die Auswirkungen meiner Schmerzen auf andere zu bewältigen, meine eigene Ungeduld mit den Schmerzen.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Das tun sie definitiv. Jeden Tag Schmerzen zu haben, ist Spitzensport. Körperlich, aber sicherlich auch geistig. Die Launenhaftigkeit lässt einen geistig taumeln.

## Viszerale Schmerzen

**Was ist das?** Schmerzen im Bereich der inneren Organe des Thorax, Abdomens und Beckens. Die jeweilige Stelle des Schmerzes kann typischen Ausstrahlungsmustern von inneren Organen entsprechen.

**Prävalenz:** Wie epidemiologische Studien zeigen, machen chronische viszerale Schmerzen einen erheblichen Teil aller Formen chronischer Schmerzen aus. Bis zu 25% der Bevölkerung berichten zu irgendeiner Zeit über viszerale Schmerzen, die zu erheblichen Kosten im Gesundheitswesen führen.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören Patientenaufklärung (z.B. über Ernährung, Lebensstil), unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, Bewegung (z.B. Dehnung), manuelle Therapien (z.B. Massage), interventionelle Ansätze (z.B. Neuromodulation und Nervenblockaden), psychologische Therapien (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) und Operationen.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Die Fibromyalgie tritt in hohem Maße komorbid mit verschiedenen viszeralen Schmerzstörungen auf. Es ist auch wahrscheinlich, dass der Patient mehrere viszerale Schmerzsyndrome oder chronische viszerale Schmerzen und andere chronische Schmerzsyndrome aufweist, die nicht mit den Eingeweiden zusammenhängen.



## Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung



- **Name:** Anonym
- **Alter:** 40
- **Staatsangehörigkeit:** Irish
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Endometriose
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 19 Jahre. Es begann allmählich, wobei sich die Symptome über mehrere Monate hinweg verstärkten, bis ich wegen des Verdachts auf Blinddarmentzündung notfallmäßig im Krankenhaus behandelt werden musste, was sich als Eierstocktorsion aufgrund von Endometriose und PCOS herausstellte.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Brennende, scharfe und starke Schmerzen.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Die meisten Tage komme ich klar, aber es gibt 3 Tage im Monat, an denen ich nicht arbeiten oder das Haus verlassen kann
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Wärmekissen, Schmerzmittel, Reflexologie, Kinesiologie, Cranio-Sacral-Therapie.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Ich kann mein Leben überhaupt nicht planen und mache mir ständig Gedanken darüber, welche Pläne ich realistischerweise machen kann, falls die Endometriose ausbricht und ich zu Hause bleiben muss.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Manchmal ist es sehr demoralisierend, so eingeschränkt zu sein, und deprimierend, wenn man auf Ereignisse und Aktivitäten im Leben verzichten muss, wenn die Endometriose aufflammt.

## Funktionelle Schmerzstörungen

**Was ist das?** Funktionelle Schmerzstörungen (oder unspezifische somatoforme Funktionsstörungen) können als Beschwerden bezeichnet werden, die keiner spezifischen Krankheit zugeordnet werden können, die ein Organ oder Organsystem betreffen und die mindestens sechs Monate lang anhalten. Gängige Beispiele sind das Reizdarmsyndrom (RDS, eine funktionelle gastrointestinale Störung, die durch wiederkehrende Bauchschmerzen in Verbindung mit Veränderungen der Stuhlfrequenz und -form gekennzeichnet ist, ohne dass eine zugrundeliegende pathologische oder organische Ätiologie erkannt wird) und temporomandibuläre Störungen (TMD, eine Gruppe von klinischen Erkrankungen der Kaumuskeln, des Kiefergelenks oder beider).

**Prävalenz:** In den westlichen Ländern sind bis zu 18% der Erwachsenen vom Reizdarmsyndrom betroffen, vor allem Frauen, insbesondere unter denjenigen, die eine medizinische Versorgung ersuchen. Die Gesamtprävalenz von TMD wird bei Erwachsenen/älteren Menschen auf 31% und bei Kindern/Jugendlichen auf 11% geschätzt, wobei die Diskusverlagerung mit Reposition (DVmR) am häufigsten vorkommt (etwa 41% bei Menschen mit TMD), verglichen mit der Diskusverlagerung ohne Reposition.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören Patientenaufklärung (über Risikofaktoren), unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, psychologische Therapien (z.B. Stressbewältigung, Entspannung, kognitive Verhaltenstherapie), Bewegungstherapie, Elektrotherapie, Thermotherapie, manuelle Therapie sowie Sozial- und Arbeitstherapien.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Zu den Erkrankungen, die mit dem Reizdarmsyndrom in Verbindung gebracht werden, gehören gastrointestinale Störungen wie funktionelle Dyspepsie, gastroösophageale Refluxkrankheit, funktionelle Verstopfung sowie Fibromyalgie, chronisches Müdigkeitssyndrom und chronische Beckenschmerzen. Beispiele für Komorbiditäten im Zusammenhang mit TMD sind unter anderem: Fibromyalgie, systemische Gelenkhypermobilität, juvenile idiopathische Arthritis, Tinnitus, posttraumatische Belastungsstörung, systemische Osteoarthritis, Trigeminusneuralgie, atypische Gesichtsschmerzen und Migräne.

## Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung

- **Name:** Kaat Cleenewerck
- **Alter:** 57
- **Staatsangehörigkeit:** Belgisch
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Mehrere Schmerzzustände: Reizdarmsyndrom (RDS), Kreuzschmerzen und Ischiasschmerzen.
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** Kreuzschmerzen und Reizdarmsyndrom: 25 Jahre; neuropathische Schmerzen: 12 Jahre; und Ischiasschmerzen: 2 Jahre.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Eine Kombination aus Ziehen, Stechen und Kribbeln.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Es ist eine unsichtbare Behinderung, die normale Alltags- und Freizeitaktivitäten unmöglich macht. Chronische Schmerzen sind sehr anstrengend. Am Nachmittag bin ich sehr erschöpft und kann keine körperlichen Aktivitäten mehr durchführen.
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Alles, was mir und meinen Betreuern einfällt ist: trotz der starken Schmerzen aktiv bleiben, d.h. täglich spazieren gehen und/oder Besorgungen/leichte Hausarbeit machen; tägliche Dehnübungen und leichtes Yoga, Physiotherapie, Dry Needling, Akupunktur, Massagen (wenn ich es mir leisten kann); Behandlungen in der Schmerzambulanz: Infiltrationen, Radiofrequenz (Denervierung); Medikamente: (mittel)starke Schmerzmittel; neuerdings: medizinisches Cannabis (das erstaunlich hilfreich ist).
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Ich habe die meiste Zeit meines erwachsenen Lebens allein gelebt und muss daher die chronischen Schmerzen jeden Tag allein ertragen, da ich keine Unterstützung von meiner Familie und kaum von Freunden habe. Finanzielle Herausforderungen, da die so genannten „alternativen Heilmittel“ recht teuer sind. Das bringt auch zusätzlichen Stress mit sich. Ausschließlich professionelle Unterstützung (zum Glück eine sehr gute). Selbst bei ihnen habe ich oft das Gefühl, dass sie das Ausmaß der Schmerzen, mit denen ich zu kämpfen habe, „unterschätzen“.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Unglaublich! Da ich (seit meiner Teenagerzeit) ein eher psychisch anfälliger Mensch bin, hat der chronische Schmerz enorme Auswirkungen auf meine psychische Gesundheit. Die Einsamkeit wiegt schwer und kann in manchen Momenten schrecklich sein. Das Leben mit chronischen Schmerzen kann meine chronische Depression auslösen und sie während einer bestimmten Zeit sehr präsent machen. In der Vergangenheit trugen die Schmerzen (neben vielen anderen Problemen) zu einer Alkoholsucht bei, die ich - zum Glück! - überwinden konnte. Das hat einen großen Einfluss auf die Verbesserung meiner psychischen Gesundheit gehabt.

## Chronische weit verbreitete Schmerzen

**Was ist das?** Chronische weit verbreitete Schmerzen (CWP) sind Schmerzen, die diffus in mindestens 4 der 5 Körperregionen und in mindestens 3 Körperquadranten (oben-unten-links-rechts des Körpers) und im Achsenskelett (Nacken, Rücken, Brust und Abdomen) auftreten. Sie werden üblicherweise unter den muskuloskelettalen Schmerzen eingeordnet. Zu den Symptomen gehören Schmerzen, die mindestens drei Monate lang anhalten, sowie Anzeichen von Funktionseinschränkungen oder seelischer Belastung. Ein häufiges Beispiel dafür ist die Fibromyalgie, eine Krankheit, die durch chronische weit verbreitete Schmerzen, Schlafprobleme (einschließlich nicht erholsamen Schlafs), körperliche Erschöpfung und kognitive Schwierigkeiten gekennzeichnet ist.

**Prävalenz:** Die Prävalenz von Personen, die über Fibromyalgie-Symptome berichten, liegt in der Allgemeinbevölkerung zwischen 2 und 4%. Die Zahl der Personen, bei denen die Krankheit diagnostiziert wird, ist jedoch deutlich geringer. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die diagnostischen Bezeichnungen für chronische weit verbreitete Schmerzen heftig umstritten sind und noch kein Konsens über die diagnostischen Kriterien und Bezeichnungen erreicht wurde.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Die Behandlungen umfassen Patientenaufklärung, unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, Bewegungstherapie, psychologische Therapien, manuelle Therapien, Thermo-therapie, Elektrotherapie sowie Sozial- und Arbeitstherapien.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Es ist schwierig, die Ursachen für diesen Zustand festzustellen, aber einige beitragende Faktoren können Adipositas, Diabetes, Depression, Angstzustände, Kopfschmerzen, Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, systemischer Lupus erythematodes und rheumatoide Arthritis sein.

## “ Zeugnis einer Person mit Schmerzerfahrung ”

- **Name:** Tristan Vandepuuten
- **Alter** 27
- **Staatsangehörigkeit:** Belgisch
  
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Fibromyalgie und Dystonie
  
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** 11 Jahre. Es begann mit einer Grippe in einer stressigen Zeit. Seither lebe ich mit meinem Schmerzzustand. Tagein, tagaus. Nach 3 Jahren und zahlreichen Arztbesuchen wurden bei mir Dystonie und chronische Schmerzen diagnostiziert.
  
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Es ist ein ständiges Ziehen von innen nach außen.
  
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Ich kann kaum überleben, die Krankheit ist fortschreitend.
  
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Ich komme damit nicht sehr gut zurecht. Das Musizieren und die Gitarre verschaffen mir eine gewisse Erleichterung. Bobath-Therapie, Entspannung, Atemtherapie, heiße Bäder, Spaziergänge, Hören von Hörbüchern, Infrarotkabine und Medikamente wie Lokalanästhetika, Opioide und Antidepressiva.
  
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Einfache Dinge zu tun.
  
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Ich isoliere mich, kann kein normales Leben führen und habe das Gefühl, dass es keine Zukunft gibt aufgrund der fehlenden Unterstützung und Forschung.

## Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I und II

**Was ist das?** Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) ist ein schmerzhafter Zustand, der eine Gliedmaße betrifft und mit sensorischen, motorischen, autonomen, Haut- und Knochenanomalien einhergeht. Die Symptome treten bei jedem Menschen anders auf. Zu den Knochenanomalien gehört eine lokalisierte Osteoporose in Teilen der betroffenen Gliedmaßen, die sich in der Regel spontan zurückbildet. Zu den Hautanomalien gehören reversible Veränderungen der Beschaffenheit oder des Aussehens der Haut, z.B. kann die Haut dünn oder glänzend erscheinen. In fast allen Fällen wird das CRPS durch ein Trauma an einer Gliedmaße ausgelöst. CRPS kann auch nach sehr kleinen Verletzungen auftreten. In 7% der Fälle liegt keine Verletzung vor und das CRPS entsteht spontan.

CRPS betrifft sowohl Männer als auch Frauen, jedoch sind Frauen häufiger betroffen. Es kann Menschen aller Altersgruppen betreffen, auch Kinder; am häufigsten sind Frauen und Männer über 40 Jahre betroffen. Es kann zwei Arten dieser Erkrankung geben, die zunächst gleich aussehen.

(a) Etwa 80% der Patienten haben eine gute Prognose. Ihr Zustand wird sich verbessern. Diese Art des CRPS kann durch eine Entzündung in der betroffenen Gliedmaße hervorgerufen werden.

(b) Bei etwa 20% der Patienten bleiben die Schmerzen bestehen. Das bedeutet, dass ihre Schmerzen nicht viel besser werden, egal was wir/sie unternehmen. Neuere Erkenntnisse deuten darauf hin, dass bei diesen Patienten eine Autoimmunreaktion die Ursache für die Erkrankung sein könnte.

Der Klarheit halber bezieht sich CRPS „Typ I“ oder „Typ II“ in der Literatur auf CRPS ohne Schädigung eines Hauptnervs (Typ I) oder mit Schädigung eines solchen Nervs (Typ II, dieser ist selten). Neuere Forschungen haben gezeigt, dass diese Klassifizierung nicht viel zum wissenschaftlichen Verständnis oder zur klinischen Praxis beiträgt, und die Behandlung dieser beiden „Typen“ ist recht ähnlich. Dies unterscheidet sich von den beiden oben genannten Typen (a) und (b).

**Prävalenz:** In der Allgemeinbevölkerung entwickeln 20–26 von 100.000 Menschen pro Jahr ein CRPS. Die Prävalenz des CRPS ist schwer zu bestimmen, es tritt jedoch akut bei etwa 7% der Patienten mit Frakturen oder Operationen der Extremitäten oder anderen Ereignissen wie Verstauchungen und elektiven Operationen auf.

**Behandlungsmöglichkeiten:** Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören Patientenaufklärung, unterstützende Aufklärung, Pharmakotherapie, Bewegungstherapie, psychologische Therapie. Insbesondere abgestufte Bewegungstherapien tragen dazu bei, i) den Schweregrad des CRPS zu verringern, ii) die Dauer dieser Art des CRPS zu verkürzen, iii)

Restprobleme zu minimieren und iv) bei sehr früher Anwendung nach einem Trauma das Auftreten dieser Art des CRPS zu verhindern. Es kann notwendig sein, die bewusste Aufmerksamkeit auf die Gliedmaße zu lenken, indem der Patient angeregt wird, diese vor jeder Bewegung anzusehen, über sie nachzudenken, sie zu berühren und sich mit ihr auseinanderzusetzen. Mit Hilfe von Spiegeln lässt sich die Bewegungskontrolle hervorheben und korrigieren.

**Wahrscheinliche Komorbiditäten:** Emotionale Faktoren im Zusammenhang mit CRPS können sich stärker auf die Schmerzintensität auswirken als bei anderen Schmerzzuständen. Daher ist es wichtig, das Vorhandensein psychologischer Komorbiditäten zu berücksichtigen.

## “ Testimony from a Person with Lived Experience of Pain ”

- **Name:** Juergen Werner
- **Alter:** 56
- **Staatsangehörigkeit:** Deutsch
- **Name der Krankheit/Schmerzen:** Chronisches regionales Schmerzsyndrom Typ II.
- **Wie lange leben Sie schon mit Ihrem Schmerzzustand und wie hat er begonnen?** Seit 2021. Es begann nach einer Karpaltunneloperation.
- **Wie würden Sie die Schmerzempfindungen beschreiben, die Sie bei Ihrer Schmerzerkrankung erleben (z.B. Brennen, Stechen, Taubheit, Ziehen, Kribbeln, Stechen usw.)?** Ich spüre rund um die Uhr ein ständiges Vibrieren in meinem Handgelenk und ein brennendes, stechendes Gefühl in meinem Unterarm.
- **Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihr tägliches Leben aus?** Er schränkt mich jeden Tag ein, weil er ununterbrochen da ist. Es ist auch schwierig, zu meditieren oder etwas in der Art zu tun, weil der Schmerz immer präsent ist.
- **Wie bewältigen und/oder behandeln Sie Ihre Schmerzen?** Es ist schwer, sich abzulenken. Man lernt zu schauspielern und so zu tun, als wenn nichts wäre. Aber auf lange Sicht macht es einen kaputt.
- **Was ist die größte Herausforderung für Sie angesichts Ihrer Krankheit?** Es ist schwierig, den Alltag zu bewältigen. Es ist fast unmöglich, sich länger als 30 Minuten zu konzentrieren. Betroffene meiden auch größere Veranstaltungen.
- **Wie wirken sich Ihre Schmerzen auf Ihre Stimmung und psychische Gesundheit aus?** Es fällt schwer, sich über längere Zeiträume zu konzentrieren, und als Mensch verliert man dadurch die Freude und vergisst zu lachen. Ich bin nicht mehr derselbe Mensch, der ich vor dieser Krankheit war. Man verliert die Hoffnung, weil man überall wie ein Patient behandelt wird, und am Ende sagt einem jeder, dass die Krankheit unerforscht ist.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wir hoffen, mit diesen Beispielen häufiger Schmerztypen und Zeugnissen ein Verständnis für die Vielfalt und die Gemeinsamkeiten von Schmerzen zu vermitteln. Für Nichtwissenschaftler, die sich zum ersten Mal mit dem Thema Schmerz befassen, wirft die genauere Betrachtung von Erkrankungen wie Kreuzschmerzen, Krebschmerzen und postoperativen Schmerzen vielleicht Licht auf das, was bisher ignoriert oder missverstanden wurde. Schmerzzustände unterscheiden sich zwar in ihrer Pathologie und in der Art und Weise, wie sie erlebt werden, aber ein gemeinsamer Faktor ist oft die mangelnde Aufmerksamkeit, die ihnen im Gesundheitssystem und im politischen Rahmen zuteil wird. Die Plattform Societal Impact of Pain will dies ändern und zielt darauf ab, das Bewusstsein für Schmerzen zu schärfen und die Schmerzpolitik zu verändern.

**Die Plattform Societal Impact of Pain (SIP) fordert die politischen Entscheidungsträger auf EU- und nationaler Ebene zu Folgendem auf:**

1

Anerkennung der Belastung und der Auswirkungen von Schmerzen auf die Gesellschaft und die Patienten sowie Erhöhung des Stellenwerts von Schmerzen in den Gesundheitssystemen, bei der Förderung und bei der politischen Entscheidungsfindung.

2

Gewährleistung der wirksamen Umsetzung der ICD-11, da ihre Verwendung eine internationale Einigung über die Verwendung standardisierter Diagnosen und Instrumente ermöglicht und die Erfassung von Daten für den primären und sekundären Gebrauch verbessert.

3

Es sollte sichergestellt werden, dass Patientenregister eingerichtet und regelmäßig genutzt werden, da dies zu einem besseren Verständnis von Schmerzen, Schmerztherapien und -behandlungen führt.

4

Schmerz als Qualitätsindikator: Entwicklung von Instrumenten zur Bewertung der Auswirkungen von Schmerzen.

5

Schmerzforschung: Verstärkte Investitionen in die Forschung zum besseren Verständnis der Ursachen (Pathophysiologie) verschiedener Schmerzzustände, zur Entwicklung neuartiger Schmerzbehandlungen, zum Verständnis und zur Behandlung der Komorbidität zwischen Schmerzen und psychischen Erkrankungen, zur verstärkten Entwicklung und Anwendung von Patient-Reported Outcome Measures für alle Schmerzzustände, zur Festlegung eines Goldstandards für Selbstmanagementprogramme und zur Verbesserung des Zugangs zu einer hochwertigen Versorgung.

6

Schmerzen im Beruf: Initiierung von Maßnahmen, die sich mit den Auswirkungen von Schmerzen auf Beschäftigung und Arbeitsproduktivität befassen, und Einbeziehung von Schmerzen in einschlägige bestehende Initiativen.

7

Aufklärung über Schmerzen: Priorisierung der Aufklärung von medizinischen Fachkräften, Patienten, politischen Entscheidungsträgern und der breiten Öffentlichkeit über Schmerzen

8

Informationstechnologie für Schmerzen: Entwicklung interoperabler digitaler Gesundheitsökosysteme mit zugänglichen digitalen Lösungen zur Bewertung, Überwachung und Behandlung von Schmerzen (Apps, Online-Ressourcen usw.) und rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen für den Datenaustausch.

## Über die Plattform Societal Impact of Pain (SIP)

Die Plattform „Societal Impact of Pain“ (SIP) ist eine von der Europäischen Schmerzgesellschaft EFIC und der Pain Alliance Europe (PAE) geleitete Multi-Stakeholder-Partnerschaft, die das Bewusstsein für Schmerzen schärfen und die Schmerzpolitik verändern will.

Die Plattform bietet Diskussionsmöglichkeiten für medizinische Fachkräfte, Interessengruppen, Politiker, Krankenversicherer, Vertreter von Gesundheitsbehörden, Regulierungsbehörden und Budgetverantwortliche.

Der wissenschaftliche Rahmen der SIP-Plattform liegt in der Verantwortung von EFIC und die strategische Ausrichtung des Projekts wird von beiden Partnern festgelegt. Die Pharmaunternehmen Grünenthal GmbH und GSK sind die Hauptsponsoren der Plattform Societal Impact of Pain (SIP).

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Ángela Cano Palomares, Project Manager, Societal Impact of Pain (SIP) Europe, bei der Europäischen Schmerzgesellschaft EFIC - [angela.palomares@efic.org](mailto:angela.palomares@efic.org).

Deirdre Ryan, President, Pain Alliance Europe - [president@pae-eu.eu](mailto:president@pae-eu.eu).

## Disclaimer

Societal Impact of Pain (SIP) befürwortet keine der in diesem Dokument genannten Behandlungsmöglichkeiten. Die Informationen ersetzen nicht den persönlichen Kontakt mit einem qualifizierten Arzt und sind nicht als medizinischer Rat gedacht. Das Buch der Beweise für die Belastung durch Schmerzen bietet allgemeine Informationen und Diskussionen zum Thema Schmerz. Die zur Verfügung gestellten oder in verlinkten Materialien enthaltenen Informationen und sonstigen Inhalte sind nicht als medizinischer Rat gedacht und sollten nicht als solcher ausgelegt werden, noch sind die Informationen ein Ersatz für professionelle medizinische Expertise oder Behandlung.

Die in diesem Dokument enthaltenen Patientenberichte wurden per E-Mail über die Mitglieder der Pain Alliance Europe gesammelt. Es handelt sich um individuelle Erfahrungen aus dem wirklichen Leben derjenigen, die sich entschlossen haben, einen Beitrag zum Buch der Beweise für die Belastung durch Schmerzen zu leisten. Die Erfahrungsberichte sind nicht unbedingt repräsentativ für alle Menschen, die unter Schmerzen leiden, und neben den in diesem Dokument erfassten Berichten gibt es zahlreiche andere Erfahrungen.

Die enthaltenen Zeugnisse sind wortwörtlich wiedergegeben, abgesehen von der Korrektur von Grammatik- oder Tippfehlern. Einige sind gekürzt worden. Dies geschieht nur, wenn ein Zeugnis zu lang ist oder wenn das gesamte Zeugnis für die Öffentlichkeit nicht relevant erscheint.

## Autoren:

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab - Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience - Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium

## Kooperationspartner:

### Vertreter der Plattform „Societal Impact of Pain“ (SIP) (in alphabetischer Reihenfolge)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Löfgren

Nevenka Skvarc

Paulin Andréll

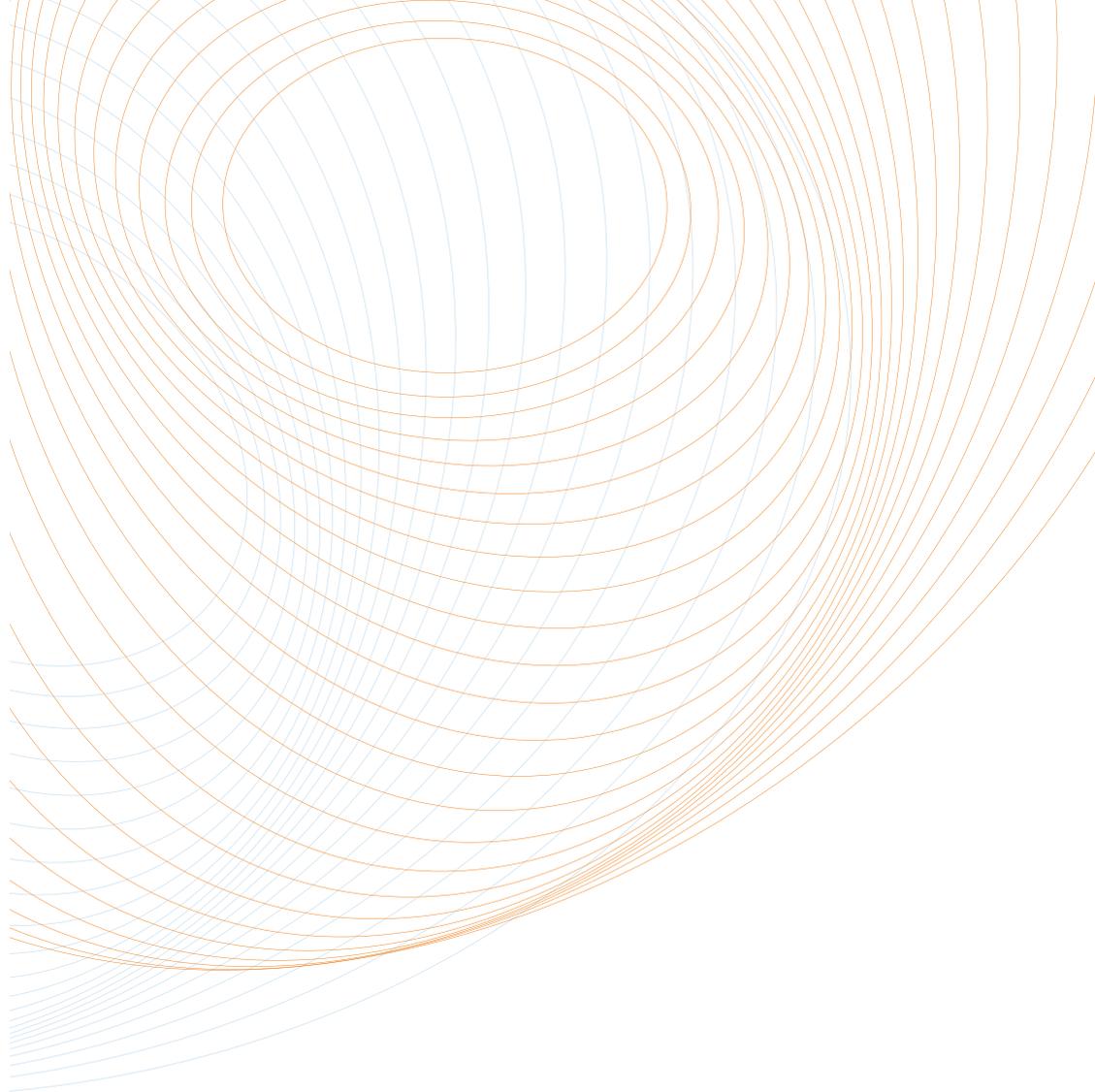
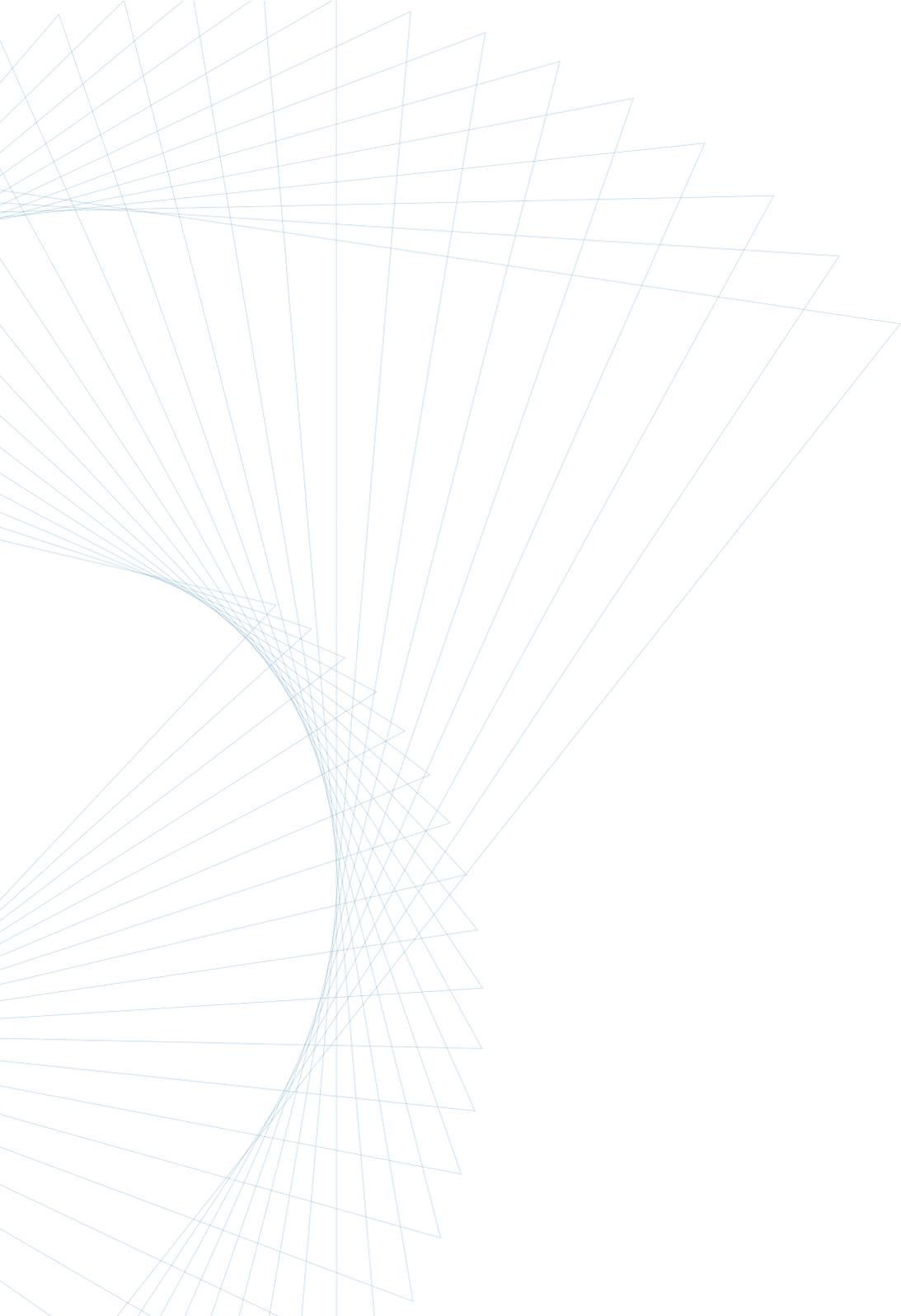
Sanne Lydo

## Ressourcen:

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. Pain [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. Eur J Pain [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. Eur J Pain [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. Pain [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. Pain [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness—evidence of a bidirectional relationship. European Journal of Pain. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Buehl S. Complex regional pain syndrome. BMJ [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. Headache [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain—the need for a standard definition. Pain [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. BMJ [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. J Pain [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. Gastroenterol Clin North Am [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. Mayo Clin Proc [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. IBRO Neurosci Rep [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. Pain. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. Pain [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. Pain [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. gastroenterology. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells C, Morlion B, editors. European Pain Management. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti Cl. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Rheumatology. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. Lancet [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. Lancet Neurol [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. Palliat Med [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. Lancet [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts, R., Tassignon, B., Ghillebert, J. et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. Sci Rep [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. Pain. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.Ob013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyanzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain—challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Peirse JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburini S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>
95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



European Pain Federation EFIC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Brüssel. Transparenz-Register Nr. 3510244568-04

Die Plattform „Societal Impact of Pain“ (SIP) ist eine von der Europäischen Schmerzgesellschaft EFIC und der Pain Alliance Europe (PAE) geleitete Multi-Stakeholder-Partnerschaft, die das Bewusstsein für Schmerzen schärfen und die Schmerzpolitik verändern will. Der wissenschaftliche Rahmen der SIP-Plattform liegt in der Verantwortung von EFIC und die strategische Ausrichtung des Projekts wird von beiden Partnern festgelegt. Die Pharmaunternehmen Grünenthal GmbH und GSK sind die Hauptsponsoren der Plattform „Societal Impact of Pain“ (SIP)