

Neurologen- und Psychiatertag 2018

Jahreshauptversammlung des BVDN

20. April 2018 | Park Inn by Radisson City-West, Köln



Schmerz –
*Krankheitsverständnis
und Behandlungsmöglichkeiten
in Neurologie & Psychiatrie*



Schmerz – Krankheitsverständnis und Behandlungsmöglichkeiten in Neurologie Psychiatrie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schmerz wird von der Weltschmerzorganisation (International Association for the study of pain) als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis definiert, welches mit aktueller und potentieller Gewebeschädigung verbunden ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Die Bedeutung des Schmerzes für das Überleben und als Warnsignal des Körpers wird bereits in der Schule vermittelt. Wir unterscheiden den mit einem direkten Reiz verbundenen akuten Schmerz, der lokal und zeitlich begrenzt ist vom chronischen Schmerz. Letzterer besteht über einen langen Zeitraum und kann einem Auslöser oft nicht eindeutig zugeordnet werden.

Patienten mit chronischen Schmerzen stellen in der Therapie eine besondere Herausforderung dar. Nervenärzte, Neurologen und Psychiater treffen auf Schmerzpatienten meist in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Wir sind gefordert, das Phänomen „Schmerz“ auf verschiedenen Ebenen zu betrachten und den Schmerz-Patienten mit seiner individuellen Lebens- und Krankheitsgeschichte kennenzulernen.

Nicht selten haben Schmerz-Patienten eine lange Krankengeschichte mit kaum mehr nachvollziehbaren umfangreichen Arztkontakten und Untersuchungen sowie Interventionen. Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete versuchen mit ihrem Wissen und ihren Behandlungsmethoden zu helfen. Gelingt dies nicht nachhaltig, muss nach neuen Therapiewegen gesucht werden. Oft ist dies dann erst der Zeitpunkt, an dem sich die Patienten in unseren Praxen vorstellen.

Auf dem diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag wollen wir uns den unterschiedlichen Facetten des chronischen Schmerzes nähern. Wir haben uns Referenten eingeladen, die als Experten auf ihrem Gebiet mit dem Thema „Schmerz“ vertraut sind und uns dies in spannenden Vorträgen nahebringen.

Über die zentrale Verarbeitung chronischer Schmerzen sowie die Komplexität komorbider Störungen wird Prof. Karl-Jürgen Bär berichten. Wir hoffen, gemeinsam mit ihm besser zu verstehen, welche Einflussgrößen für Chronifizierungsprozesse eine Rolle spielen und auch, wie man ihnen begegnen kann.

Versagen multimodale Therapieansätze der somatischen Medizin sind psychotherapeutische Behandlungsansätze gefragt. Über diese wird uns Prof. Dr. Ulrich Tiber Egle berichten. Dabei wird er nicht einzelne Therapieschulen vertreten, sondern ein prinzipienübergreifendes Therapiekonzept der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung darstellen.

Aus Sicht des Schmerztherapeuten und Anästhesisten stellt uns schließlich PD. Dr. Winfried Meissner die Therapie chronischer Schmerzen dar und nimmt uns mit auf den Weg von Opioiden zur multimodalen Schmerztherapie. Auch der Einsatz von Cannabis in der Schmerztherapie wird hier zur Sprache kommen.

Die vier Referenten bilden mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten, Betrachtungswinkeln und Ansätzen das Spannungsfeld ab, in dem wir uns mit jedem Patienten mit chronischen Schmerzen immer wieder neu bewegen.

Wir hoffen, dass mit diesem großen Bogen eine Gesamtbetrachtung gelingt und freuen uns auf Ihre lebhafteste Teilnahme.



Dr. Sabine Köhler



Dr. Klaus Gehring



Schmerz und Kognition – Grundlagen von Placebo-Nozebo-Reaktion und Interaktion mit aktiven pharmakologischen Behandlungen

Der insbesondere aus klinischen Studien bekannte Placeboeffekt setzt sich aus einer ganzen Reihe unterschiedlicher Faktoren wie dem natürlichen Verlauf von Erkrankungen oder statistischen Phänomenen wie der Regression zur Mitte zusammen. Neurowissenschaftliche Untersuchungen der vergangenen 30 Jahre haben darüber hinaus eindrücklich dokumentiert, dass neuropsychologische Phänomene wie die Erwartungshaltung von Patienten bezüglich der Wirkung einer Therapie, assoziative Lernprozesse sowie die Qualität der Arzt-Patienten Kommunikation, die als eigentliche Placeboantwort zusammengefasst werden können, den Gesamterfolg einer Therapie substantiell beeinflussen können. Diese die Placeboantwort steuernden Prozesse induzieren komplexe psychoneurobiologische Phänomene im ZNS, die peripher-physiologische Abläufe und Endorganfunktionen modulieren.

Diese aktuellen neurowissenschaftlichen und klinischen Befunde zu Placeboantworten haben weit reichende Implikationen für den klinischen Alltag. Dabei sollte das Ziel sein, mit dem Einsatz der den Placeboantworten zugrunde liegenden Mechanismen zusammen mit den pharmakologischen Therapien synergistische Effekte zu erzielen, um so den klinischen Benefit für die Patienten zu maximieren. Hierfür ist eine umfassende, verständliche und positive Elemente betonende Aufklärung über die Erkrankung und die angestrebten Therapien, sowie eine wertschätzende, einfühlsame Arzt-Patienten Beziehung essentiell. Gleichzeitig müssen unerwünschte Wirkungen, welche durch negative Erwartungen (Nozebo) getriggert werden, vermieden werden, um Wirksamkeit und Adhärenz zu verbessern.



Zentrale Verarbeitung chronischer Schmerzen

Im Vortrag soll der Einfluss der Depression auf die Schmerzwahrnehmung dargestellt werden. In den letzten Jahren wurde immer wieder gezeigt, dass depressive Patienten Schmerzen anders verarbeiten als Gesunde. Insbesondere soll die Paradoxie der Schmerzwahrnehmung in der Depression beleuchtet werden. Diese besteht darin, dass Schmerzreize von außen abgeschwächt und Reize von innen verstärkt wahrgenommen werden. Es werden Befunde mit ganz verschiedenen Messmethoden im peripheren und zentralen Nervensystem gezeigt werden. Eine kurze Diskussion zur Anwendung von Antidepressiva für diese Indikation schließt sich an.

Im zweiten Teil des Vortrages sollen neuere Befunde zur chronischen Schmerzverarbeitung beschrieben werden. Neue Arbeiten legen nahe, dass der chronische Schmerz ganz anders im Gehirn prozessiert wird als akute Schmerzen. Es wurde gezeigt, dass chronische Schmerzen nicht in klassischen Regionen der Schmerzverarbeitung, sondern in affektiven Regionen verarbeitet werden. Zusätzlich kommt es zu Interaktionen mit Gehirnregionen des Belohnungssystems. Daraus resultiert, dass der chronische Schmerz auch medikamentös und psychotherapeutisch anders behandelt werden muss als akute Schmerzzustände. Hierbei soll auch auf die Leitlinie zur Anwendung von Opiaten in der Schmerztherapie von chronischen Schmerzen eingegangen werden.



Stressbedingte Schmerzerkrankungen – Pathogenese und Therapie

Schmerz wurde sehr lange ausschließlich als Warnsignal für eine Gewebe- oder eine Nervenschädigung verstanden.

Alle so nicht hinreichend erklärbaren Schmerzzustände werden einer „Restkategorie“ zugeordnet und „multimodal“ oder mit einem Schmerzbewältigungstraining therapiert. In den letzten Jahren wurden in der Schmerzforschung tierexperimentell und neurobiologisch die Mechanismen der „stressinduzierten Hyperalgesie“ entschlüsselt und damit die Grundlagen für eine differenzierte Therapie einer weiteren Untergruppe chronischer Schmerzstörungen gelegt.

Der Vortrag stellt diese neuen pathogenetischen Mechanismen dar, geht auf die klinische Abgrenzung zu neuropathisch sowie nozizeptiv determinierte Schmerzzustände ein und skizziert die Grundprinzipien einer Therapieschulen übergreifenden neurobiologisch fundierten Behandlung, die sich an folgenden Grundprinzipien orientiert:

- Kognitive Aufklärung über die genannten Zusammenhänge von Stress- und Schmerzverarbeitung, zur Schaffung einer hinreichenden Motivation und Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit.
- Gezielte Behandlung einer bestehenden Insomnie mit medikamentösen, u.a. ggf. Absetzen von Opiaten, und nicht-medikamentösen Strategien.
- Psychotherapeutische Fokussierung auf affektives Erleben zur Überwindung biographisch geprägter Einschränkungen bei der Mentalisierung (affektive Agnosie) und die Reflexion und Veränderung interaktioneller Vermeidungsschemata hinsichtlich psychischer Grundbedürfnisse (Bindung, Selbstwert, Kontrolle, Spass und Freude).
- Sport- und bewegungstherapeutische Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung (Aquafit, aerobic exercise), welche neben der Überwindung des schmerzbezogenen Schonverhaltens die Aktivierung proinflammatorischer Cytokine reduzieren, d.h. eine Neubalancierung zwischen pro- und antiinflammatorischen Cytokinen bewirken.
- Durchführung eines Entspannungsverfahrens. Bei chronischen Schmerzzuständen am besten evaluiert ist EMG-Biofeedback-Training.

Das realistische Ziel des dargestellten Therapiekonzepts ist für viele dieser Patienten Schmerzfreiheit.



Therapie chronischer Schmerzen – von Opioiden zur multimodalen Schmerztherapie

Während vor zwei Jahrzehnten selbst Tumorpatienten nur unzureichend mit Opioiden versorgt wurden, wandelte sich diese Situation in den letzten Jahren erheblich – nicht zuletzt unter dem Einfluss der Pharmaindustrie – und führte zu einer oft unkritischen Übertherapie.

Inzwischen ist gut belegt, dass nur ca. 25% der Patienten mit Nichttumorschmerzen von einer längerfristigen Opioidtherapie profitieren. Ähnlich ernüchternd sind die Ergebnisse aller anderen monodisziplinären Therapieansätze, seien es invasive Techniken, Physiotherapie oder isoliert angewandte Psychotherapieverfahren.

Umso erstaunlicher sind vor diesem Hintergrund die Ergebnisse multimodaler – oder exakter ausgedrückt: interdisziplinärer – Therapieansätze. Darunter sind nach der neuesten Definition der IASP multimodale Therapieansätze zu verstehen, die durch ein multidisziplinäres, kontinuierlich zusammenarbeitendes Team durchgeführt werden und sich an einem gemeinsamen biopsychosozialen Modell orientieren. Ziel ist weniger eine Schmerzlinderung, sondern eine so genannte „functional restoration“, orientiert an den individuellen Defiziten, Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten.

In dem Vortrag werden die aktuellen Empfehlungen zur Anwendung von Opioiden zur Schmerztherapie sowie aktuelle Strukturen, Kontroversen und Ergebnisse von interdisziplinären Schmerztherapiekonzepten dargestellt.

Schmerz -

*Krankheitsverständnis und
Behandlungsmöglichkeiten
in Neurologie & Psychiatrie*

08:30 Uhr	get together
09:30 Uhr	Begrüßung und thematische Einführung
09:45 Uhr	Grußworte Prof. Dr. Gereon Fink , Präsident DGN Prof. Dr. Arno Deister, Präsident DGPPN
10:00 Uhr	Prof. Dr. Ulrike Bingel: Schmerz und Kognition - ...
10:45 Uhr	Kaffeepause
11:15 Uhr	Prof. Dr. Karl-Jürgen Bär Zentrale Verarbeitung chronischer Schmerzen

12:00 Uhr	Prof. Dr. Ulrich Tiber Egle Stressbedingte Schmerzerkrankungen ...
12:45 Uhr	Diskussion
13:15 Uhr	Mittagspause
14:15 Uhr	PD Dr. Winfried Meissner Therapie chronischer Schmerzen
15:00 Uhr	Fragen und Diskussion
15:15 Uhr	Mitgliederversammlung BVDN
17:00 Uhr	Ende des Neurologen- und Psychiatertages



Tagungshotel Park Inn by Radisson City-West, Köln

Innere Kanalstraße 15
50823 Köln
Telefon 0221-57-01-0
Telefax 0221-5701 999

Preis: EZ inkl. Frühstück 120,- €

Option bis 01. April 2018

Wir bitten um zeitnahe Zimmerreservierung (siehe Faxantwort), da nur ein begrenztes Kontingent zur Verfügung steht.

1) Olié et al. 2010. Milnacipran und venlafaxine at flexible doses (up to 200 mg/day) in the outpatient treatment of adults with moderate-to-severe major depressive disorder: a 24-week randomized, double-blind exploratory study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2010;6:71-79

2) Benkert O., Hippus H. (2014) Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 10. Aufl., S. 850, Springer, Heidelberg

3) www.psiac.de/agent/917, Zugriffsdatum 30.06.2016

MILNauraX® 25mg/50mg Hartkapseln: **Wirkstoff:** Milnacipranhydrochlorid; **Zusammensetzung:** Eine Hartkapsel enthält 25mg/50mg Milnacipranhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Calciumhydrogenphosphat, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Talkum, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172); **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Das Arzneimittel darf in den folgenden Fällen unter keinen Umständen angewendet werden: bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, zusammen mit irreversiblen MAO-Hemmern, während der Stillzeit, bei unkontrollierter Hypertonie, schwerer oder instabiler koronarer Herzerkrankung, da diese Grunderkrankungen durch steigenden Blutdruck oder steigende Herzfrequenz beeinträchtigt werden können. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen, Übelkeit; Häufig: Agitiertheit, Ängstlichkeit, Depression, Essstörungen, Schlafstörungen, suizidales Verhalten, Migräne, Tremor, Schwindel, Empfindungsstörungen, Schläfrigkeit, Tachykardie, Palpitationen, Hitzewallungen, Hypertonie, Verstopfung, Diarrhoe, Bauchschmerzen, Dyspepsie, Erbrechen, Mundtrockenheit, Pruritus, Hautausschlag, Hyperhidrose, Schmerzen der Skelettmuskulatur, Schwierigkeiten beim Harnlassen, häufiges Harnlassen, Ejakulationsstörungen, Erektionsstörung, Hodenschmerzen, Müdigkeit; Gelegentlich: Überempfindlichkeit, Hyperlipidämie, Gewichtsabnahme, Panikattacken, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Manie, verminderte Libido, Alpträume, Suizidgedanken, Gedächtnisstörungen, Akathisie, Gleichgewichtsstörungen, Geschmacksstörungen, Synkope, trockene Augen, Augenschmerzen, Mydriasis, Akkommodationsstörungen, verschwommenes Sehen, Sehstörungen, Tinnitus, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, Schenkelblock, Extrasystolen, Myokardinfarkt, Raynaud'sches Phänomen, Hypotonie, orthostatische Hypotonie, Husten, Dyspnoe, trockene Nase, Erkrankungen des Rachenraums, Kolitis, Gastritis, gastrointestinale Motilitätsstörungen, Bauchbeschwerden, Bauchblähung, gastroduodenale Geschwüre, Hämorrhoiden, Stomatitis, erhöhte Leberwerte, Urtikaria, Dermatitis, Dermatose, Muskelrigidität, Myalgie, abnorme Urinfärbung, Harninkontinenz, Harnverhalten, Ausbleiben der Regelblutung, verstärkte Regelblutung, Menstruationsstörungen, intermenstruelle Uterusblutung, Prostataerkrankung, Fieber, Brustschmerz, Schüttelfrost, Unbehagen, Unwohlsein; Selten: Anaphylaktischer Schock, Inadäquate ADH-Sekretion, Realitätsverlust, abnormes Denken, Psychotische Störungen, Schlaganfall, Dyskinesie, Parkinsonismus, Krampfanfälle, Angina Pectoris, Hepatitis, Leberzellschädigung, Lichtempfindlichkeitsreaktionen; Nicht bekannt: Ekchymose, Hautblutungen oder Schleimhautblutungen, Hyponatriämie, Aggression, Serotonin-Syndrom, Krampfanfälle, zytolytische Hepatitis, Stevens-Johnson-Syndrom. Über Fälle suizidalen Verhaltens und suizidaler Gedanken wurde während der Behandlung mit Milnacipran und unmittelbar nach Beendigung der Behandlung berichtet. Über einige Fälle von möglichen Absetzreaktionen wurde nach Beendigung der Behandlung mit Milnacipran berichtet. Einige andere Nebenwirkungen, die während der Post-Marketing-Beobachtung berichtet wurden und die mit der Erkrankung Depression in Zusammenhang gebracht werden: Aufhebung der psychomotorischen Inhibition mit Suizidrisiko, Stimmungsschwankungen mit manischen Episoden, Reaktivierung von Wahnvorstellungen bei psychotischen Patienten. Weitere Angaben siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: April 2016. neuraxpharm Arzneimittel GmbH, Elisabeth-Selbert-Str. 23, 40764 Langenfeld

www.milnaura.de
milnaura@neuraxpharm.de

NEURAXPHARM
Ihr Partner für ZNS-Präparate

MILNA neuraxX®



DUALE STÄRKE

Der besondere SNRI:

Wirksamkeit - Vergleichbar mit Venlafaxin¹

Sicherheit - Geringste Risikoeinschätzung bei Leberfunktionsstörungen²

Polypharmazie - Milnacipran wird nicht über Cytochrom-P450-Enzyme metabolisiert³

Organisation

BVDN/BDN/BVDP
 Geschäftsstelle
 Dagmar Differt-Fritz
 Am Zollhof 2a
 47829 Krefeld
 Telefon 02151 4 54 69 20
 Telefax 02151 4 54 69 25
 Email bvdn.bund@t-online.de

Mittagsimbiss kostenfrei

Tagungsbüro Raum Helsinki

Gerne stehen wir Ihnen für Fragen am 20. April 2018
 jederzeit gerne zur Verfügung.

Anfragen

Fax-Antwort an 02151-4546925
 bis zum 01. April 2018

Berufsverband Deutscher Nervenärzte, BVDN
 Berufsverband Deutscher Neurologen, BDN
 Berufsverband Deutscher Psychiater, BVDP

Am Neurologen- und Psychiatertag 20. April 2018 nehme/n ich/wir teil

1 Person

mehrere Personen: Anzahl _____

Zimmerreservierung

Vom: _____

bis: _____

Name: _____

Praxisstempel

Die nachfolgend aufgeführten Firmen haben durch ihr Sponsoring zur Durchführung des Neurologen- und Psychiatertages beigetragen und sind mit Ihren Industrieständen vertreten:

- Sponsor GmbH

Die Mitarbeiter dieser Firmen stehen Ihnen am Freitag, den 20. April 2018, ab 08:30 Uhr zum Gespräch und zur Information zur Verfügung. Wir empfehlen Ihnen, dieses Angebot zu nutzen.

Der Vorstand des BVDN, BDN & BVDP bedankt sich bei diesen Firmen für die Unterstützung.



Entacapon-neuraxpharm®
 Tetrabenazin-neuraxpharm®
 Tolcapon-neuraxpharm®
 Sultiam-neuraxpharm®
 Zonisamid-neuraxpharm®

www.neuraxpharm.de

neuraxpharm®:
 Fokussiert auf das
 zentrale Nervensystem



**Berufsverband
Deutscher Nervenärzte
BVDN**



**Berufsverband
Deutscher Neurologen
BDN**



**Berufsverband
Deutscher Psychiater
BVDP**