

Chronische Schmerzzustände verschiedener Arten und Ursachen

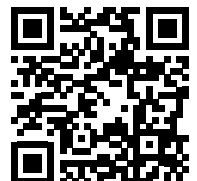
Erklärungen aus ärztlicher Sicht



Fibromyalgie-Liga Deutschland e.V.

- Bundesverband -

→ www.fibromyalgie-liga.de



Die Kosten für die Erstellung dieses Buches sind im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V von der

BARMER

übernommen worden.

Die Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V. bedankt sich auch im Namen aller an dem Fibromyalgie-Syndrom-Erkrankten recht herzlich bei der BARMER für diese hilfreiche Unterstützung.

Gegenüber der BARMER Krankenkasse können keine Gewährleistungs- oder Leistungsansprüche geltend gemacht werden. Verantwortlich für die Inhalte und Gestaltung ist als Herausgeber die Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

Chronische Schmerzzustände verschiedener Arten und Ursachen

Erklärungen aus ärztlicher Sicht

von

Dr. med. Rolf-R. Frieling
Wiesenstraße 3
46514 Schermbeck/Lippe
www.schmerzarzt-bochum.de

in Zusammenarbeit mit der

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.
Friedenstraße 36
57392 Schmallenberg
www.fibromyalgie-liga.de

als Herausgeber



Fibromyalgie-Liga Deutschland e.V.

- Bundesverband -

Inhaltsangabe

**Freiheit ist das Recht, anderen zu sagen,
was sie nicht hören möchten. G. Orwell**

Lass' mir meine Meinung, aber verschone mich mit Fakten.

	Seite
Vorwort	7
Einleitung.....	15
Einige persönliche Anmerkungen	29
Schmerzen?.....	32
Verschiedene Übersichten	33
Chronische Schmerzzustände 2017, die neue FMS-Leitlinie von 03/2017 im deutschsprachigen Raum	40
Abschied von FM/FMS	43
– immer noch ein leichter Abschied? Diagnose? Behandlung?	48
2017 – Übersicht 2018.....	50
Fibromyalgie-Syndrom 2017	52
Funktionelle Körperbeschwerden 06/2018.....	54
Lesen Sie mehr	55
Überempfindlichkeit	57
UMDENKEN – nicht quer denken	59
Stichworte zum vorherigen Kapitel	62
Schmerzmedizinische Grundlagen.....	66
Parallelerkrankungen	68
Zusammenfassung	71
Neuropathie/Small-Fiber-Neuropathie SFN.....	75
Krankengeschichte	79
Zusammenfassung von Untersuchungen	80
Muskelschmerzen (diffuse und regionale).....	94
Diagnosen	96
Definitionen (Somatisierungsstörung u. a.)	100
Psychiatrische Parallel-Diagnosen als Ko-Morbiditäten.....	102

Persönlichkeitszüge/-störungen.....	105
Neue Kopfschmerzformen	106
Objektivierbarkeit, Stimmigkeit, Konsistenz, Abgleich der Parameter	111
Neuroanatomie/Neurophysiologie (Hirnstruktur und Funktion)	115
Borreliose.....	129
CRPS (Komplexes Regionales Schmerz-Syndrom).....	131
Stress I+II.....	136
Die „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS)	140
Chronischer Rückenschmerz – im Rahmen eines Gesamtzusammenhangs.....	145
Das Phantom	152
CMD – Funktionsstörung im Mundhöhlen-Kiefersystem.....	155
„Schwindel“ – Versuch einer Übersicht	158
Krebsgeschwulste und ihre Absiedlungen können Schmerzen begründen	162
Ernährung	165
Endometriose.....	173
Placebo/Nocebo	175
Lip-/Lymphödem.....	182
Schmerzen bei Demenz.....	183
Behandlungen/Interventionen.....	184
Schmerzmittel	187
Behandlungsansätze	
KVT Kognitive Verhaltenstherapie – ACT Methode der Achtsamkeit	189
Behandlungsmaßnahmen	193
Chronischer Stress-/Chronischer Schmerzzustand –	
Auszüge aus zwei Gutachten.....	199
Leitlinie Begutachtung chronischer Schmerzzustände Herbst 2017	225
Selbsthilfe	228
zum SCHLUSS.....	230
GLOSSAR	234
Literatur	244
Anhang.....	248

Liebe Leserinnen und Leser,

wir, die Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V., haben dieses Buch in Zusammenarbeit mit Dr. med. Rolf-R. Frieling erarbeitet. Hiermit möchten wir Betroffene, Angehörige, Ärzte, Therapeuten und Interessierte über die verschiedenen Arten und Ursachen chronischer Schmerzzustände informieren.

Die FLD e.V. hat sich am 19. Mai 2000 in 57462 Olpe auf Landesebene gegründet. Seit dem 1. Jan. 2004 arbeiten wir auf Bundesebene. Wir sind ausschließlich ehrenamtlich tätig. Uns sind Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland angeschlossen, die vor Ort wertvolle Arbeit für die Betroffenen leisten.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Betroffene über die Erkrankung durch die Selbsthilfe, Informationstage und unser Magazin „Fibromyalgie-aktuell“ zu informieren. Da wir die Sorgen und Nöte der Erkrankten und deren Angehörigen sehr genau kennen und verstehen, unterstützen und begleiten wir sie bei der Bewältigung ihrer vielfältigen Probleme.

Die Ursachen zur Entstehung des Fibromyalgie-Syndroms sind immer noch nicht erforscht und bekannt, und somit bestehen bei allen Beteiligten große Unsicherheiten und Informationsbedarf.

Wissenserwerb, Erfahrungsaustausch über die Krankheitsentstehung, Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, Hintergründe und die gegenseitige emotionale Unterstützung spielen bei allen an dem Fibromyalgie-Syndrom Erkrankten eine wesentliche Rolle.

Mit diesem Buch wollen wir nicht nur auf den chronischen Schmerzzustand „Fibromyalgie“ aufmerksam machen, sondern auch auf die vielfältigen anderen Schmerz-erkrankungen. Gleichzeitig beschreibt Dr. med. Rolf-R. Frieling die Zusammenhänge, Ursachen und die neuesten Entwicklungen zum Fibromyalgie-Syndrom.

Wir hoffen, dass Sie bei dieser nicht ganz leichten Lektüre, viele alte und auch neue Zusammenhänge für sich und ihre Erkrankung erkennen können.

Ihre

Monika Jäger

Vorsitzende der Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

Vorwort

Im Juni 2018 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die neue Grundlage der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-11). Die alte, die ICD-10, wurde schon 1993 veröffentlicht, danach ins Deutsche übersetzt, 2009 wurde diese als ICD-10 GM verändert, der deutschsprachigen Veränderung – German Modification.

Fibromyalgie (FM) wurde anfangs, 1990, als organische Erkrankung des **Skelett-/Muskel-/Bindegewebsystems** angesehen und unter M79.70 kodiert. Aus heutiger Sicht war das abwegig, auch wegen der „Diagnosestellung“ durch Schmerzen und Aufsuchen/Zählung der sogenannten Tender Points – man konnte diese aber nie anatomisch dingfest machen. Je mehr man von diesen kleinen, schmerzhaften, flächigen Stellen zählen konnte (bis 18 oder 19), desto ausgedehnter, ausgeweiteter werden Schmerzen am Körper erlebt.

Es soll sich hierbei um einen Schmerzzustand der oben genannten Systeme handeln, gleichzeitig sei dies mit zahlreichen psychischen, vegetativen und funktionellen Störungen verbunden. Eine Störung der „Schmerzwahrnehmung“ und der „Schmerzverarbeitung“ wird vorgetragen mit hormonellen und den anderen angeblichen Veränderungen.

Es wird betont, dass es sich NICHT um eine psychiatrische Erkrankung handele. Neben sogenannten Verschleißveränderungen wird auch eine erbliche Mitbeteiligung von langanhaltenden und psychischen Stressfolgen diskutiert.

Nun widerspricht man sich, indem unter „auslösenden Faktoren“ traumatische und belastende Lebensereignisse, Ängste und Depression, Gewalterfahrung hervorgekehrt werden.

Man spricht von einer „Somatisierung“ des Krankheitsbildes, d. h. es tritt „körperbezogen“ auf, das bedeutet aber keine erfassbaren Veränderungen.

WAS denn nun? Die Trennung seelisch/psychisch: körperlich/organisch ist aufgegeben.

Die Forschung der vergangenen 10 Jahre, insbesondere die der Neurobiologie und der molekularen Psychologie, führte zur Identifizierung von Hirnarealen, die z. B. gleichzeitig u. a. Schmerzen verarbeiteten und speicherten.

Man weiß aber nun, dass nicht nur organische Erkrankungen, sondern auch psychische und soziale Belastungen **zu chronischen Stressvorgängen** führten, neben anderen Beeinträchtigungen auch **zu chronischen Schmerzzuständen**. Dies wird später in Einzelheiten diskutiert.

Die **ICD-11** unterscheidet jetzt verschiedene chronische Schmerzzustände, z. B. den primär chronischen Schmerz, die Schmerzbegründung ist nicht offen erkennbar, und den sekundären Schmerz – als Folge von. Diese chron. Schmerzzustände können generalisiert oder regional vorliegen. Zudem werden sie begleitet von emotionalen Beschwerden wie Angst, Hilflosigkeit, niedergedrückte Stimmungslage und Funktionsbeeinträchtigungen aller Art, Minderung der alltäglichen Aktivitäten, sozialer Rückzug u. a.

Das heißt: dass organische, psychische und soziale Faktoren gleichermaßen zum Schmerzerleben beitragen können.

Es handelt sich um einen häufig vorkommenden Zustand.

Die Diagnosen lauten nun grob in der Übersicht (Juni 2018):

- chronisch primärer Schmerz
- chronisch primärer weitverbreiteter Schmerz
- chronisch primärer Schmerz, unspezifisch

Von der „Fibromyalgie“, einem Fibromyalgie-Syndrom (FMS) ist nur das Unspezifische, das Ausgeweitete von Schmerzen geblieben. Die Tender Points sind verschwunden – diese sind ja auch nur eine Fiktion gewesen. Nach Begründungen ist zu fahnden, da das Ganze ja nicht einfach so passiert, auch nicht schlicht als Folge organischer krankhafter Veränderungen, wie Schädigungen, Entzündungen, Nervenschäden, u. a.

Die neue Klassifikation erscheint in Europa im (schweizerischen) Hogrefe/Huber Verlag in Bern, mit der deutschen Übersetzung ist erst 2021/2022 zu rechnen. Die englische Ausgabe ist bei Erscheinen sofort weltweit gültig (Entscheidung des BSG 2006 für Deutschland).

Das Wissen von Gestern ist der Irrtum von Heute. 350 Jahre lang waren es die Ansichten von Descartes, die 350 Jahre lang das Weltbild von Schmerzen bestimmten.

Mitte der 70er Jahre klärten Patrick Wall und andere (von Melzak & Wall die Gate-Control Theory ca. 1973, Funktion der Verarbeitung, Weiterleitung elektrischer Impulse im Hinterhorn des Rückenmarks) die „Schmerzleitungen“ auf Rückenmarksebene auf.

Es folgte die Aufarbeitung der Funktionen der Hirnareale und deren Zusammenarbeit, heute Netzwerk genannt.

Seit 10 Jahren erkundeten Neurobiologen (Biologen des Nervensystems) und die molekulare Psychologie unter anderem die **Verhaltensweisen** der tierischen und menschlichen PSYCHE. Wie soll man denn auch von organische Schädigungen auf „Schmerzen“ schließen können? Auch von einer Depression lassen sich Schmerzen nur über Umwege erklären, es läuft nicht direkt, einfach so, wie man oft liest.

Versuchtes Ziel der folgenden Kapitel soll eine Informationsvermittlung Sie zum Experten der eigenen Erkrankung machen, d. h. es soll der Förderung des Krankheitsverständnisses und eigenverantwortlichen Umgang mit Ihrer Krankheit und zur Unterstützung der Krankheitslinderung führen. DAS können nur Sie selbst unter Anleitung professioneller Hilfen und durch gemeinsame Anstrengungen, wie z. B. in einer Gruppe, erreichen.

Psychotherapeutische Maßnahmen sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gut belegt, oft besser als Medikamente allein, besser aber noch im Rahmen eines Gesamt (behandlungs) konzepts.

Bei der sogenannten kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) soll Ihnen vermittelt werden, wie Schmerzen zu bewältigen sind. Andererseits gibt es eine gute, zu erlernende Methode, Schmerzen in den Tagesablauf zu integrieren, also nicht versuchen diese wegzudrücken.

Ärzte sind dabei sehr oft zusätzlich **kontrapunktiv**. Es erreichte mich ein Telefonanruf, bei dem eine Patientin um Hilfe bat, sie sei wegen eines leistungsbehindernden Schmerzzustands beim Orthopäden gewesen, der diesen Zustand nach Tender Point-Zählung bestätigte. ... und sie mit den Worten entließ: „und morgen gehen sie arbeiten“.

Das Gehirn erhält Zuflüsse und Einwirkungen vom Körper von **innen** und von **außen** (Lärm, ein einschneidendes Geschehen, Ruf seines Namens, Temperatur, ein Ereignis mit Furcht/Angst u. a.); besonders möchte ich die mehrheitlich unbewussten gegenüber den bewussten Einflüssen betonen. Aber auch das Unbewusste entscheidet nicht allein, man muss dem Bewussten nur ausreichend Zeit geben zu entscheiden.

Treten Sie in einen Nagel mit Verletzung, wird dieses Ereignis durch Nervenbahnen zum Gehirn geleitet, dort verarbeitet und gemeldet WO die Verletzung sich befindet. Zugleich machen Sie sich Sorgen, haben Angst ob der Nagel rostig ist, dass das gerade jetzt nicht passt, ob sich vielleicht die Wunde entzündet, ob sie schnell heilen wird. Sie sehen, ein ganzes Paket von Gefühlen wird ausgelöst und eventuell gespeichert, um sich in Zukunft vor Nägeln vorzusehen. Im Fall einer erneuten Nagelverletzung wird die gespeicherte vorherige Information der erneuten zugemischt (Angst, Schmerz etc.).

Ein Bauarbeiter hatte sich einen dicken 15 cm langen Nagel durch den Schuh in den



Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht das akute Notfallprogramm Stress und das krankhaft veränderte chronische Stresssystem, das auch lebenslang verändert fehlfunktionieren kann (Eisenberger, Sapolsky, Spitzer). DAS sollten Sie sich merken.

Fuß gejagt, in der Notaufnahme schrie er vor Schmerzen, jammerte, hatte unendlich Angst: es stellte sich heraus, dass der Nagel durch die Schwimmhäute zwischen den Zehen getrieben war. Man zog ihn ohne Betäubung heraus, gab die üblichen Tetanus-Impfungen und schickte ihn wieder zur Arbeit. Er hatte Angst, Panik und Schmerzen gehabt – die volle Realität! Was das Gehirn mit einem so veranstaltet! Da war etwas „im Kopf“ geschehen.

Stellen Sie sich das Zentrum einer großen Stadt, mit einem Marktplatz voller Menschen, mit Umweltverschmutzung, Lärm und Verkehr, Gesprächsfetzen vor – alles findet hier konzentriert statt: Pressehaus mit allen einlaufenden Nachrichten und der Zeitungsausgabe am frühen Morgen, das örtliche Fernsehen, der Rundfunk, der 24 Stunden lang empfängt und sendet: genau das macht das Gehirn.

Ihr Zentrum ist das Gehirn, mit ankommenden und ausgehenden Signalen, Botschaften, Empfindungen aller Art. Es nimmt alles auf, von überall her, nicht nur Signale aus dem eigenen Körper. Wird es von Nachrichten, Bildern überflutet, schmeißt es Überflüssiges einfach raus, und/oder sortiert es nachts.

Es geht in keiner Weise irgendwie einfach um Auffälligkeiten in der Bildgebung – Röntgen, CT, MRT – als Veränderungen an der Wirbelsäule, Schäden in den Gelenken, die als Verschleißveränderungen bekannt sind, oder um den „Bandscheibenschaden“, um aufzuzeigen, dass Schmerzen vorhanden sind. Zwischen Schmerzen und den Bildern der Apparate besteht keine Beziehung. Haben Sie einen Bandscheibenvorfall, sagt das nicht, dass Sie deshalb automatisch Schmerzen empfinden, auch wenn die Bildgebung das darzulegen scheint. Schmerzen? Hier kann man auch eine Münze werfen, in 50 % der Fälle ist die sogenannte „Bandscheibe“ (Vorwölbung, Vorfall, Osteochondrose – „Verschleiß“) schmerz- und beschwerdefrei. Trotzdem wird das als Nervenwurzelreizung, auch radiologisch als Berühren der letzten Nervenwurzel (im Lendenbereich) beschrieben. Studium von Unsinn, bleibt Unsinn.

Mit diesen „Diagnosen“ wird viel Unfug getrieben.

Merke: die Bildgebung hat in der Regel KEINE Beziehung zum Schmerz, besonders nicht zum chronischen.

Das alte Weltbild ist eben nicht in 20–40 Jahren auszurotten. Auch junge Ärzte haben es teils noch verinnerlicht. Man hat schon mal den Eindruck, dass dem Patienten, der ja mit seiner Familie, seinen Bekannten und mit diesem Weltbild „lebt“, bewusst entgegengekommen wird und er „dumm“ belassen wird.

Er „glaubt“ halt an den Mythos „Bandscheibe“ und kann so fix zur Operation gedrängt werden.

Bei andauernden Schmerzen tritt oft zusätzlich ein attackenförmiger Schmerz ohne Begründung auf. Um dies zu verstehen, sind einige Überlegungen notwendig. Ich kann Ihnen nun einige weitergehende Ausführungen zu den anatomischen Hirnstrukturen und ihren Funktionen nicht ersparen (vielleicht schauen Sie vorher kurz am Kühlschrank vorbei ...).

Sie wissen sicherlich, dass es in keiner Weise um den andauernden Schmerz allein geht, er ist eingebettet in ein ganzes Bündel von Beschwerden, Beeinträchtigungen, die Sie als „körperlich“ empfinden/erfahren.

Es geht ebenso vielmehr um Furcht, Angst, Gefühle, Empfindungen, Emotionen, um nicht zu bremsende Impulse, Wut, Stress (Dauerschmerz bedeutet auch chronische Stresserfahrung), andauernde Belastungen, Sorgen, Ärger, Erinnerungen, Wiedererkennen, um Reize und Hinweise, die Sie an etwas erinnern.

„All das wird zusammengerührt, wenn Sie dauerhaft Schmerzen erleben und erfahren.“

Ist es nicht ein Wunder, dass Sie heute noch alle Kinderlieder, viele Ohrwürmer von Schlägern (Frank Sinatra, Edith Piaf, Yves Montand, Udo Lindenberg, Catarina Valente) mitsingen können und das häufig nach 30–40 Jahren!, Gedichte aufsagen können, die Sie in der Schulzeit gelernt haben, und die Sie nun nach 30–50 Jahren immer noch fehlerfrei wiederholen können?! Stellen Sie sich nun vor, das Gehirn speichert auch Schmerzvorgänge, Stressprozesse verändern das Gehirn auf Dauer:

Auch andere Dinge, Ereignisse, Verletzungen, Schläge vor der Scheidung, Rosenkrieg, Misshandlung in der Kindheit usw. bleiben gespeichert und können immer wieder „hervorgeholt“ werden – es handelt sich um einen andauernden Stresszustand mit lebenslangen Folgen.

So können ebenso alle schönen Erlebnisse, z. B. einen Urlaub am Meer, mit der warmen Brise auf der Haut, im Hirn aufbewahrt und gespeichert werden – auch die unbewussten: sie spielen immer eine Hauptrolle, ob unbewusst oder bewusst – sie sind immer hervorholbar, erscheinen aber auch unbewusst. Auch Schmerzen.

Wissenschaftler sagen, Sie hätten Schmerzen erlernt, falls sie andauernd vorliegen; „akute“, z. B. bei der Geburt, werden nicht gespeichert, Sie erinnern sich nur daran, dass Sie Schmerzen hatten, nicht an deren Charakter und Qualität.

„Chronische Schmerzen sind halt etwas gänzlich anderes als akute.“

Sie selbst sind verantwortlich.

Keine Zeit? Ach nee. Sie verbringen ihre Zeit in Wartezimmern? Sie befolgen Ratschläge? Noch ein Röntgenbild wegen der „genauen“ Untersuchung? Bitte werden Sie mündig, ich will ihnen dabei helfen. Das kostet aber Konzentration und Mühe.



Sich damit eingehend befassen, lindert schon Schmerzen. Dem Wissen sollte aber verändertes **Verhalten** folgen. Oder wollen Sie alles auf dem Tablett serviert bekommen? Dann wird das nie was!

Zum Anfang etwas ganz Wichtiges: bei den hier beschriebenen chronischen Schmerzzuständen, insbesondere bei denen, wo keine Schäden, Entzündungen noch Nervenveränderungen vorliegen, bitte **NIE** starke Schmerzmittel wie z. B. die starken Opioide (Oxycodone, Fentanyl) einnehmen; zu groß ist deren schneller Eintritt von Abhängigkeit. Selbst bei regelmäßiger Einnahme, pünktlich nach der Uhr, sollen sie **angeblich** nicht abhängig machen – das war das Mantra der Schmerzmedizin in den 90er Jahren. Schon die Arbeiten von Portenoy an einer berühmten Krebsklinik in New York waren Auftragsarbeiten einer Pharmafirma.

Die Missbrauchsepidemie von verschriebenen starken Schmerzmitteln (Oxycodone) schwappt gerade nach Europa rüber. Man muss sie nur zerbeißen, dann ist der sofortige Effekt da.

Verständnis bedeutet: Sie haben die Hälfte des Wegs schon geschafft. Also los, ran an die B...

Manchmal ist das Weiterlesen mühsam. Ich habe mich bemüht, meinen Arzt-Jargon und lateinische Fachausdrücke zu zügeln und für Sie fast verständlich zuzubereiten. Falls sich einige Fachausdrücke nicht vermeiden lassen, steht die Übersetzung direkt dahinter und auch im Glossar. Manchmal geht es aber nicht ohne, sonst würde das Verstehen leiden.

Verzagen Sie nicht – es wird sich für Sie lohnen. Auf „leichte“ Lesbarkeit wurde bewusst verzichtet. Ein halbes Kapitel reicht am Tag. In der Wiederholung versteckt sich das Lernen – nur bei starker Aufmerksamkeit und Wiederholungen erfolgt Speicherung des Gelesenen/Gelernten. **Entscheidend ist aber nicht das Wissen, sondern Ihr Verhalten, die Anwendung – ansonsten kann man alles getrost vergessen.**

So werden Sie in der Lage sein, vielen Quatsch, der Ihnen im Verlauf ihrer chronischen Erkrankung verzapft wurde/wird, zu erkennen und Schlüsse daraus zu ziehen.

Werden Sie resistent gegenüber Heilversprechen, „Schlangengift“ in jeder Art und Weise. Schließlich gibt es dabei etwas zu verdienen.

Später erfahren Sie, wie beim FMS in der aktuellen ICD-10 organische Veränderungen als Schmerz-begründung usw. aufgefasst wurden. Zunächst waren es nur die Tender Points zur „Diagnose“, dann fügte man noch zweimal weitere Symptome hinzu, Angst, das Niedergedrücktsein, Schlafstörungen usw.

Schmerzzustände werden **neuropathisch** genannt, wenn sie als Folge einer Erkrankung oder Verletzung des peripheren und/oder zentralen Nervensystems verzerrt zur Verarbeitung weitergeleitet werden und unter Beteiligung der Glia (spezialisierte Zellen um die Nerven im Gehirn herum) zur Übererregbarkeit führen. Neuropathische Begründung ist andererseits auch genetisch möglich, wie z. B. bei SFN – den Small-Fiber-Neuropathien.



Sie selbst sind der wichtigste Behandler, und Sie können das, ich bin davon überzeugt. Chronische Schmerzen können zu erheblichen Beeinträchtigungen führen mit negativen Folgen für das Denken und Verhalten, mit psychischen und sozialen, arbeitsplatzbezogenen Folgen. Chronischer Schmerz kann mit Ihnen machen, was er will, wenn Sie sich ihm passiv ausliefern. Schmerzen erscheinen nicht aus heiterem Himmel, regelmäßig ist sehr sorgfältig und zeitaufwändig nach Begründungen zu fahnden.

Systemisch-entzündliche Schmerzzustände werden ebenso über die Glia-Zellen den Strukturen des Zentralen Nervensystems zur Verarbeitung zugeleitet.

Wesentlich ist die Unterscheidung zu **nozizeptiv** – auf Körperstrukturen bezogen begründbaren Schmerzen, da sich diese Prozesse grundsätzlich von neuropathischen und entzündlichen unterscheiden.

Sinnesreize aus der Haut und anderen Organen werden über das Rückenmark, über den Thalamus, das ist das großes Gebiet im Zwischenhirn mit vielen Kerngebieten, zur Großhirnrinde geleitet. Sie werden somatosensorische Bahnen genannt, d. h. körperbezogene.

Sie entstehen über Reizung von Nozizeptoren, wobei das afferente (zum Hirn hinleitende) somatosensorische Nervensystem (die körperbezogene Nervenleitung) **intakt** ist. Auslöser liegen im Gewebe, den Schmerzfühlern u. a., z. B. wie bei Gelenksverschleiß (Arthrose), degenerativen (Verschleiß-)Veränderungen, den Knochen, Sehnen, Bändern, und den sehr wichtigen Faszien (Abschied von den „Bandscheiben“ als Schmerzbeurteilung).

Beim „Hexenschuss“ spielen Rückenmuskeln (die sog. „quadratischen“ hinten über den Becken neben der Wirbelsäule) die Hauptrolle in Verbindung mit Hirngebieten, falls akut auftretend (den Mandelkernen).

Abzugrenzen sind psychische Erkrankungen. Ein schwieriges Kapitel.

Schmerz und der Zugang zum Schmerzverständnis erfordert ein ziemlich tiefgreifendes Verständnis des Zusammenhangs (Kontext genannt), des Gesamtzusammenhangs von vielen Einflussfaktoren. Das wichtigste Organ hier ist das Gehirn (das Zentrale Nervensystem – ZNS/Rückenmark) mit seinen unzähligen Verbindungen in alle Richtungen und untereinander.

Ziel dieses Buches ist es, zum Verstehen beizutragen – dies führt direkt zum Verständnis wirkungsvoller Behandlungsmaßnahmen; Sie selbst sind der Schlüssel zur eigenmotivierten Behandlung.

Wie Sie sicher schon leidvoll erfahren haben, erhalten Sie nur wenig Hilfe vom Gesundheitssystem – abgesehen von Rezepten und Spritzen, dafür ist ihr Gesamt Krankheitsgeschehen viel zu kompliziert.

Ein Tipp: lesen Sie nicht alles hintereinander, sondern suchen Sie sich besser einzelne für Sie interessante Kapitel aus. Noch ein Tipp: Wiederholen!

Dr. med. Rolf-R. Frieling

Einleitung

Wir unterscheiden neben anderen 11 verschiedene Kategorien von chronischen Schmerzen:

- den chronisch primären Schmerz, wovon hier schwerpunktmäßig die Rede sein wird:
 - die nicht-spezifischen, funktionellen Körperbeschwerden
 - die somatische Belastungsstörung
 - die Folgen einer Zentralen Sensibilisierung
 - die (psychosomatisch entwickelte) stress-induzierte Hypersensitivität oder Hyperalgesie
- den chronischen Krebs-Schmerz, gemischt nozizeptiv/neuropathisch
- den posttraumatischen Schmerz nach überfordernden, tiefgreifend verletzenden, emotionalen Ereignissen, „verküppelnde“ Veränderungen von Hirnarealen (Amygdala – Vergrößerung, Hippocampus – Schrumpfung) sind bewiesen
- den neuropathisch begründbaren Schmerz, peripher, zentral; die Small-Fiber-Neuropathie (SFN)
- chronische Kopfschmerzen, den Mundhöhlen-Kiefergelenksschmerz
 - den Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz (MÜK)
 - den posttraumatischen Kopfschmerz (PTH)
- den chronischen, viszeralen, (eingeweidebezogenen) Schmerz der inneren Organe
- den Muskel-/Skelett-/Bindegewebschmerz bei Veränderungen von Knochen, Muskeln, Gelenken, Bindegewebe, oberflächlich und/oder tief empfunden und erlebt (nozizeptiv)
- den rheumatologisch-entzündlichen, auto-immunologischen systemischen Schmerz, z. B. die Rheumatoide Arthritis
 - nozizeptive (auf dem Boden von Gewebeschädigung) Schmerzen bei Endometriose (zweithäufigste gynäkologische Erkrankung)
 - ebenso bei Lip-/Lymphödem
- Besondere Schmerzen: Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS), das Phantom.



Sie werden sehen, dass es im Text nur so von Wiederholungen wimmelt, das ist so gewollt, um wichtige Aspekte von unterschiedlichen Seiten zu beleuchten. Wenn möglich folgen bei Fachworten die Übersetzungen, die aber im Deutschen oft auch noch schwierig zu verstehen bleiben – so bitte ich mehrfach stillschweigend um Geduld. Vielleicht haben Sie Springers neuestes Klinisches Wörterbuch zur Hand. Wikipedia enttäuscht bei chronischen Schmerzen sehr, aber auch der neueste Psyhyrembel.

Sie haben sich sicher schon gefragt, „woher ihre Beschwerden kommen“ oder welche Bedeutung sie haben könnten. Leider bedingt in der „Medizin“ das eine nicht einfach so das andere. Begründungen sind in der Regel multifaktoriell, d. h. einmal sind es viele Aspekte, die etwas begründen, ein andermal ist es ein Faktor, der Vieles andere bedingt. Hüten Sie sich vor den Vereinfachern, die meinen alles erklären zu können. Die Medizin von 1990/2000 war eine andere als die nach 2010.

Einen Leitsatz für chronische Schmerzzustände sollte man sich immer vorstellen, nämlich einer/einem Betroffenen nicht die Diagnose einer psychischen Störung anzuhängen, nur weil die körperliche Ursache nicht gefunden werden kann oder diese zu gering erscheint, um die Folgen begründen zu können.

Trotzdem war es 10–15 Jahre lang möglich, üblich, schlicht und einfach, vorliegende erlebte, umfassende Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert zu etikettieren und Betroffene vollschichtig in die Arbeit zu schicken und damit den Rechtsfrieden erheblich zu stören. Hier ging es wohl weniger um eine passende Diagnose, als um den Widerwillen, psychische Beschwerden, Beeinträchtigungen als z. B. leistungsmindernd anzuerkennen und zu bewerten. „Somatoform“ (körperbezogen, ähnlich „organischer“ Beschwerden) war ein schönendes Wort, der INHALT wurde aber nicht ernstgenommen, er hatte eher eine rein „psychische“, irgendwie im Nebel schwimmende Bedeutung.

Der Diagnose „Somatoforme Schmerzstörung“ wurde oft ohne Begründung „kein Krankheitswert“ zugebilligt, einfach so. Oft hat es den Anschein, dass ich die Diagnosewahl angreife, in Wirklichkeit sind es aber die Vereinfacher, die diese Diagnosen nicht mit Inhalt füllen, d. h. ablehnen und Schwierigkeiten bis Unwillen zeigen und nicht „objektivierbare“ Beeinträchtigungen schlicht verwerfen. Bei etwas mehr Mühe sind diese Begründungen relativ leicht auffindbar. Man benötigt nur ZEIT, nicht das Labor, die Apparate.

Wichtig hierbei ist, dass z. B. die neue Somatische (Körperliche) Belastungsstörung auch mit eindeutig diagnostizierten körperlichen Erkrankungen einhergehen kann. Es stehen körperliche Symptome mit eindeutigem schweren Leidensdruck und Beeinträchtigungen im Vordergrund, sie liegen stark belastend vor, mit ängstlichen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen. Hier ist das Fehlen einer körperlichen Ursache

nicht mehr gefragt – das ist das Neue in der DSM-5 und jetzt auch in der ICD-11. Sie empfinden und erleben oft sehr viele Beschwerden/Beeinträchtigungen (24, 88 bis 253) – diese ängstigen Sie. Sie machen sich Sorgen, was das wohl zu bedeuten habe oder welche schlimme Krankheit sich wohl dahinter verstecken mag, was für eine Katastrophe!

Wir nennen das „Katastrophisieren“ – ohne Hilfe rennen Sie sich dann im Verlauf einer Patienten* Karriere die Füße wund und den Geldbeutel leer.

Aber auch ernstzunehmende Behandler können mit Dauerschmerzen wenig anfangen und werfen zusätzlich Ängste und Depression in einen Topf.

Schließlich sagt Ihnen jemand, „alles“ sei „psychisch/seelisch“ – das macht Sie nur wütend auf den Scharlatan, der Ihnen das sagt und sei es der berühmte Professor von Hosenlatz. Frechheit! Sie haben es doch nicht im „Kopf“!

Mit Sicherheit spielt sich aber alles **dort** ab, in den einzelnen Hirngebieten. Das Gehirn sagt und lässt Sie Schmerzen im rechten Knie erleben, denn die Schmerzfühler im Knie melden die Veränderung, die z. B. entzündliche, den Knorpelschaden über die Rückenmarksstränge zum Gehirn, die dann dort verarbeitet wird.

Auch die Verschleiß-Knieschmerzen (oder andauernde Rückenschmerzen, woher wissen sie denn, woher der Schmerz „kommt“? Was ist „der Rücken“?) werden heute nicht mehr gespiegelt und ausgeschabt (Arthroskopie) – der Erstbeschreiber/-behandler verbittet sich heute, ihm das jemals anzutun.

Trotzdem wird auch heute noch prächtig daran verdient. Die einfache Spiegelung eines Verschleißknies wird von Krankenkassen nicht mehr bezahlt, also wird mehr und intensiver, ausgiebiger operiert, die Diagnosen sind dann zeilenlang.

Die einkommenden Signale – im Gehirn – werden zusammen mit schon erlebten Schmerzen, mit früheren Erfahrungen, mit Veränderungen im früheren Leben, (seit der frühen Kindheit erfahrenen Belastungen, anderen Risikofaktoren u. a.) **gemixt**, zusammengerührt und als Gesamtschmerz erfahren. Das Gehirn meldet dann „wo“ es schmerzt, nämlich im rechten Knie, und sagt auch, ob der Schmerz spitz, stumpf, ziehend, aber auch lähmend, grausam oder einschließend ist, d. h. es werden die früher gespeicherten Erfahrungen **abgerufen** und mit dem gerade erfahrenen Schmerz vermischt und gesendet.



Kaum einer kann etwas mit Ihnen anfangen. Keine Spritze, kein Medikament, kein Behandler, alle erzählen Ihnen etwas, keiner kann etwas damit anfangen – oder Sie werden im Kreis herum überwiesen; Sie besuchen die Ihnen empfohlene Koryphäe im tiefsten Schwarzwald, den Heilpraktiker auf Rügen oder den Geistheiler in Utrecht.

Sie sehen, auch frühere Emotionen und Erfahrungen gehen in den erlebten Gesamtschmerz ein. Bei Chronifizierung verkompliziert sich das erlebte Bild noch.

Sie sehen, Sie erleben und erfahren all dies als **real**, wirklich für Sie, obwohl niemand das routinemäßig messen kann. Sie erleben es als belastend und beeinträchtigend – es



Um „Schmerzen“ zu verstehen, müssen Sie wissen, dass es sich hier um chronische, andauernde Schmerzempfindungen, um Schmerzerleben und -empfinden handelt, und schließlich auch um Ihr Verhalten gegenüber dieser Dauerbelastung, gegenüber Ihrem Umfeld, der Familie, Ihren Freunden/Bekannten und am Arbeitsplatz.

beeinflusst Ihren Tagesablauf, Ihre nun niedergedrückte Stimmung, wirkt sich auf die Skelettmuskulatur aus – „Muskelkater“, ziehende Muskelschmerzen, diffus erlebte Muskelbeeinträchtigungen, regionale/örtlich erlebte Muskelschmerzen – auf ihr gesamtes Umfeld, ihre Familie, den Arbeitsplatz, ihre Freizeitaktivitäten, Minderung der groben Kraft und Ängsten.

Woher stammen so Ihre Beeinträchtigungen, die Kraftlosigkeit, die Behinderungen, wie sind sie zu begründen? Das Knie-Beispiel war nur ein Beispiel, es erklärt nicht den Zusammenhang.

Zudem geht es nicht nur um Schmerzen ALLEIN, aber wenn man sie vorträgt, meinen Sie, dass der Behandler zumindest **das** versteht – glauben Sie! Sie meinen, dass Schmerzen etwas Verständliches sind, andere Beschwerden tragen Sie erst gar nicht vor, weil sie annehmen, dass Sie doch nicht ernst genommen werden. Objektivierbar sind Schmerzen sowieso nicht, für Sie sind sie aber etwas sehr Reales mit Folgen. Sie sind sehr enttäuscht, wenn der Behandler Schmerzen und deren Intensität in Frage stellt, besonders wenn Sie gebräunt und knackig aus dem Urlaub erscheinen, geschminkt und fit aussehen.

Was chronische Schmerzen, Ängste, Sorgen, Wiedererinnern betrifft – das Gesamtverständnis andauernder Beeinträchtigungen, dafür fehlt dem Arzt aber in der Regel die Ausbildung, Fortbildung und somit das Verständnis.

Ich will Ihnen hier die Sprüche ersparen, denen Sie dann ausgesetzt sind. Sie kennen sicher einige. Besonders wenn man keine Veränderungen an Knochen, Gelenken, Muskeln und der Wirbelsäule findet.

„Mehr“ wird in der Regel gar nicht untersucht, evtl. der Bauch gedrückt, die Reflexe geprüft – Alibi-Untersuchung nennen wir das, beschränkt sich auf das organisch Nötigste. Falls es sich um chronische Schmerzen handelt, werden Sie überwiesen (wohin?) zum Orthopäden und Neurologen – und was sollen diese mit ihnen anfangen? Oder sie erhalten ein Rezept mit Schmerzmitteln – ohne Diagnose! Aber es werden ja Schmerzen behandelt.

Schmerzen werden im Zusammenspiel mit unterschiedlichen Hirnabteilungen produziert, z. B. das Vorderhirn mit der Verarbeitung von Gedanken, von Gefühlen und der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, um dies der Abteilung für Muskelbewegungen mitzuteilen. Im gleichzeitigen Kontakt zum Limbischen System, dem Hippocampus, dem Erinnerungsspeicher, und der Amygdala – Gefühlsempfang und Verarbeitung mit den Vorderhirnabteilungen, wird später versucht zu erklären; dazu gehören noch andere Hirnteile. Sie koordinieren Gefühle, Motivation, automatische (= autonome) Funktionen (Atmung, Kreislauf) und die Welt der Hormone.



Schmerzen liegen aber nie allein vor, es geht immer um ein ganzes Bündel von Empfindungen, um ein ganzes Bündel von Beeinträchtigungen, und um mehrere parallel auftretende Funktionsbehinderungen.

Erinnerungen werden im gesamten Hirnmantel gespeichert. Das Limbische System als Netzwerk bündelt nun Erinnerungen und Erfahrungen, damit diese bewusst abgerufen werden können.

Schmerz aktiviert, triggert das Netzwerk „Gehirn“, z. B. durch Dauer-Stress, neue Stresserfahrungen; hier sind beteiligt z. B. das Vorderhirn, die vordere Hirnrinde, die beiden Insel-Teile, der Mandelkern, der Hippocampus u. a.

Ebenso wird alles dem Gehirn zugetragen, nicht nur vom/aus dem Körper, von innen, sondern auch alles, was von „außen“ geschieht, **alles beeinflusst die Gehirnfunktion**, ebenso alles, was der Körper durch seine Funktionen dem Gehirn mitteilt, die Darmbewegungen, die Atmung, der Herzschlag, die Körperbewegungen durch die Muskulatur, durch die Gelenke.

Auch die zu verabschiedende Fibromyalgie als Fibromyalgie-Syndrom in einer anderen Klassifikation, der DSM-5, ist sie schon 05/2013 bzw. 12/2014 (deutsch), verschwunden; sie wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor vielen Jahren als **Veränderungen** im Muskel-/Skelett-/Bindegewebsystem beschrieben. Das war nicht (mehr) haltbar. Sie hatte und hat nichts mit Schädigungen, Entzündungen, Nervenveränderungen zu tun, auch nicht mit den kleinen Nervenfasern. In den Grundlagen zur neuen ICD-11 bleibt vom Begriff Fibromyalgie nur chronische Schmerzen stehen in der Bedeutung Wide-spread Pain (weitverbreitetes, ausgeweitetes Schmerzempfinden), mehr aber nicht.

Andererseits sprach man psychiatrisch von einer „Somatisierungsstörung“, in der abgespalteten Kategorie von „anhaltender somatoformer Schmerzstörung“, begrün-

det durch Konflikt(e), die „im Gehirn verarbeitet und „umgedreht“ wurden – hinten kamen dann Schmerzen raus (frei nach H. Kohl).

Diese Form, Konversion genannt, wurde nie belegt, aber in den vergangenen 15 Jahren fachfremd von vielen Gebieten benutzt, um keine Leistungsbeeinträchtigungen gutachtlich beschreiben zu müssen; also „ab in die Psychiatrie mit Leistungsfähigkeit von mehr als sechs Stunden“, da der Somatisierungsstörung kein „Krankheitswert“ zuzuschreiben ist. So einfach war das.

Viele Gebiete haben das zum Wohl der Versicherungen weidlich ausgenutzt. Eine Konversionsstörung bedeutet etwas anderes.

So seien Sie gespannt und warten auf die zukünftige Bearbeitung chronischer Schmerzen. Es geht nicht nur um die saubere Erarbeitung von Funktionsbeeinträchtigungen aller Art – körperlich und seelisch/psychisch/geistig, sie werden nicht mehr „getrennt“. Es geht um die Aufarbeitung nach sogenannten Klassifikationskriterien: welches Symptombündel führt zu einer Diagnose oder welche Funktionsbeeinträchtigungen kann man zu einer Diagnose zusammenfassen.

Es geht um die Kriterien und Klassifikation von Schmerzzuständen mit sogenannten Parallelerkrankungen – Ko-Morbiditäten – im vorliegenden Diagnostischen und Statistischen Manual DSM-5 und in der zukünftigen ICD-11 der WHO.

Meistens liegen diese Zustände chronischer Schmerzen zugleich mit Angst und Depression vor, was die Einschätzung durch Behandler und Gutachter schwierig und zeitaufwändig macht.

Bei Behandlungsversuchen geht es **nie um Schmerzfreiheit**, dies darf man Ihnen nicht als Behandlungsziel anbieten, denn dann folgt nur Enttäuschung, und Verbitterung – der nächste Behandler bitte, der nächste Homöopath, Naturheilkundler, der x-te Pendler und Handaufleger, die nächste teure Salbe, die nächste noch nie gehörte Verbesserung durch viele Zeugnisableger (Testimonials) – bis sie „blank“ sind ...

„Schmerzfrei“ geht nicht. Es ist nur teuer, sonst nichts. Nur Sie können lernen damit umzugehen.

**Auch die im Hirn gespeicherten „Schmerzen“
können nur „überschrieben“, nicht gelöscht werden.
Es gibt keine Reset-Taste.**

Andererseits „benutzen“ Sie manchmal den seriösen Behandler, indem er zum Erreichen einer Schwerbehinderung, einer Erwerbsminderung, Unfallrente etc. instrumentalisiert (benutzt) wird.

Vielleicht liegt aber auch fehlende Motivation zur Behandlung bei Ihnen vor, evtl. Hoffnungslosigkeit bei erfahrenen vergeblichen Behandlungsbemühungen, oft ist der sog. Krankheitsgewinn ausreichend, z. B. eine Teilrente, Schwerbehindertenstatus.

Aber darum soll es hier nicht gehen, vielmehr um das Verstehen chronischer Schmerzzustände als „körperlich“ empfundene und parallel um psychische Beeinträchtigungen, die in der Regel **untrennbar** zusammen auftreten und beeinträchtigen. Sie sind nicht mehr zu trennen, wie es Jahrhunderte der Fall war – seit 1665. Z. B. eine wiederholt auftretende **Panikattacke** mit Luftnot, Stiche in der Brust, Herzrasen, Herzstolpern, Magenverstimmung, Gefühl von Durchfall droht, Angst zu Sterben oder in Ohnmacht zu fallen. Oft erfolgt hier die Einweisung in die Notfallambulanz bei Verdacht auf Herzinfarkt. Genug der laufenden Realität.

Ich möchte Sie zum Lesen und Vermittlung von notwendigen Kenntnissen anregen. Der Diabetiker mit schwierigen Einstellungsproblemen sollte auch mehr über SEINEN Diabetes als der Behandler wissen – nach wiederholter Schulung.

Verständnis chronischer Krankheitszustände: es ergeben sich dabei regelmäßig bei der Aufnahme der Krankengeschichte (der Anamnese), erhebliche Beeinträchtigungen und psychosoziale Folgen wie Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen, Arbeitslosigkeit, Scheidungsprobleme, Schlagereien, Alkoholmissbrauch, arbeitsplatzbezogene Probleme, überfordernde Ereignisse in der Kindheit, Jugend usw.

Medizinischerseits ist Chronifizierung wegen dieser Folgen nur **fachübergreifend** anzugehen. Ein Orthopäde findet im Gutachten kaum eine Funktionseinschränkung: Folge? nun diagnostiziert als somatoforme Schmerzstörung: körperähnlich, körperbezogen – kein Krankheitswert, keine Bewertung von Leistungseinschränkung, von Erwerbsminderung. d. h. dass etwas an Beeinträchtigung vorliegt – **qualitativ**, aber nicht **wieviel** – **quantitativ**, also Leistungsfähigkeit für leichte Arbeiten über > 6 Stunden.

Eine Nierenfunktionsstörung mit Anämie (Blutarmut) und Ausscheidungsverminderung, Kreatinin-Erhöhung, verminderte Ausscheidung von Harn pro Minute, der sog. Clearance, ist leicht zu erfassen, ebenso wie eine Herzpumpschwäche, schneller Herzschlag, evtl. Flüssigkeit im Herzbeutel, im Herzultraschall die Steifigkeit in der Erschlaffungsphase (Diastole), besonders leicht und schnell durch Ermittlung des NtproBNP-Wertes im Blut.

Aber auch hier kommt es schließlich zu psychosozialen Beeinträchtigungen und Folgen hinsichtlich des Leistungsvermögens, Müdigkeit, Erschöpfung, Kraftminderung. Die psychosozialen Folgen hat der Betroffene meistens allein auszubaden, es sei denn, er kümmert sich selbst um sich.

In der aktuell noch gültigen ICD-10 GM (deutschsprachige Modifizierung) wird FMS nach M79.70 als Schädigung/Erkrankung des Muskel-/Skelett-/Bindegewebssystems definiert (auch als ICD-10 F45.4 = „psychogene“ Schmerzen im Weichteilgewebe).

Die Forschungsergebnisse seit Mitte der 90er Jahre (Cervero, Woolf, Merskey, Crombez, Egle) führten weg von der anatomischen/rein körperlichen, organischen Begründung der FMS.

Erlebte Körperbeschwerden (Herzstolpern, Kloss im Hals, Rückenschmerzen, Luftnot, Schlafstörungen, Schwitzen) und psychisch erfahrene Beeinträchtigungen (Ängste, negative Stimmungslage) sind nicht mehr in körperliche : seelische zu trennen, das ist aufgegeben.

Nun etwas Grundsätzliches für Neugierige ...

Am Ende, aber erst nach Durcharbeiten dieser Einleitung, dürfen Sie schon etwas an der Zukunft schnuppern, da sich an der Diagnostik chronischer Schmerzzustände vieles grundlegend ändern wird oder sich fast unbemerkt schon verändert hat.

Wie kommt es zu Schmerzen und anderen Beeinträchtigungen wie Müdigkeit, Muskelschmerzen, Niedergedrücktsein, Schlafstörungen?

Wegen ihrer Dauerschmerzen? Der Dauerbelastungen?

- Sie sagen: wegen meiner Fibromyalgie, meinen Nervenbelastungen, meinen Dauerbelastungen, den vielen Beeinträchtigungen in meinem Leben insgesamt, meiner Wirbelsäule, meinem Rücken und den Gelenken.
- Der Begriff „Weichteilrheumatismus“ hat aber weder etwas mit „Weichteilen“ noch etwas mit „Rheuma“ zu tun; es handelt sich schlicht um eine schlechte Übersetzung von soft tissue disease aus dem Amerikanischen, wobei aber etwas anderes gemeint war, die sogenannten Enthesiopathien, den Erkrankungen an den Sehnen der Muskelansätze. Hier meint man Bindegewebeschmerzen bei rheumatischer Erkrankung oder die Schmerzen bei Fibromyalgie.
- Wegen Nervenschäden aller Art (genannt Neuropathie), auch beim Diabetes. Hier spielen die kleinen Nervenfasern ohne und mit Isolierschicht eine Rolle. Ich greife vor: dies sind kleine Nervenfasern, die für die Erfassung von Temperaturunterschieden, auch von Schmerzen zuständig sind; die C-Fasern - Kleinfaser-Neuropathie, ein Teil, 10 %, der delta-Fasern mit Isolierung.
- Bei auto-immunologischen entzündlichen Veränderungen, dem entzündlichen Rheuma, also bei Antikörperbildung gegen körpereigenes Gewebe; Ihnen ist sicher die Autoimmunerkrankung der Schilddrüse bekannt, 10 % aller chronischen Erkrankungen lassen sich auf die Autoimmun-Antikörper zurückführen.

- Bei speziellen Erkrankungen, vererbten Neuropathien – Sie wissen nun, was sich hinter dieser Bezeichnung verbirgt, dem CRPS – dem Komplexen Regionalen Schmerzsyndrom nach operativen Eingriffen an Armen und Beinen mit Gipsruhigstellung, auch nach Prellungen, Stichen, also nach Bagatellverletzungen u. a. möglich.
- Beim PTBS, der posttraumatischen Belastungsstörung, nach tiefgreifenden überfordernden Ereignissen mit Wiedererkennen, Wiedererinnern, Vermeidensverhalten, Schlüsselreizen, Veränderung des Erregungsniveaus u. a. über Jahre hinweg können zu Dauerschmerzen führen.
Nach Risikofaktoren wie Ausgrenzung, Mobbing Erfahrungen, beeinträchtigenden Bindungsstörungen, Aufwachsen ohne Gefühl von Vertrauen, Sicherheit, Geborgenheit, ohne feste Beziehung(en), lange Krankenhausaufenthalte, langandauernde Ruhigstellungen, z. B. im Gipsbett, andauernder Streit in der Familie, Alkohol, Drogen.
- Dem Phantomschmerz nach Amputation, mit Stumpfschmerz, Entzündungen. Phantombewegungen, Phantomgefühl, Telescoping, d. h. Schmerzen im Knie, im Fuß, obwohl das gesamte Bein ab Mitte Oberschenkel amputiert ist.
- Chronische Schmerzen sind etwas gänzlich anderes als akute wie eine Gallenblasenkolik, Nierensteine, ein Bandscheibenvorfall; wobei Sie jetzt schon erfahren sollen, dass ein Bandscheibenvorfall nur in 50 % der Fälle **überhaupt mit Beschwerden** einhergeht. Schmerzen? Münze werfen!
Nur höchstens 2 % der Vorfälle werden heute noch operiert, dazu müssen aber nicht nur Schmerzen, sondern massive neurologische Symptome und Beeinträchtigungen vorliegen, z. B. Kraftminderung im Bein (den Beinen), die Schmerzen stärker im Bein als im Rücken, evtl. mit Blasen- und Mastdarmbeeinträchtigungen – dann ist es ein Notfall.

Sie wissen sicher schon, dass nur ca. 8 % aller Rückenschmerzen durch erfassbare Schädigungen zustande kommen, d. h. nur in einem sehr geringen Prozentsatz sind die „Bandscheibe“ oder andere Verschleißerscheinungen der unteren Wirbelsäule die Schuldigen, u. a. die ISGs.

In 90 % der Rückenschmerzen geht es um psychosoziale Konstellationen, um arbeitsplatzbezogene u. a., die natürlich zur Diagnose viel an Zeit benötigen – nach Ausscheiden von red flags, d. h. dringenden Behandlungsfällen, oder Abarbeiten der sogenannten yellow flags – auffälliger, belastender psychosozialer Gegebenheiten.

„Ich hab's doch nicht im Kopf, sondern im Rücken!“ mögen Sie entrüstet sagen. Leider spielen sich die chronischen Gesundheitsstörungen „im Kopf“ ab, z. B. bei den unspezifischen, funktionellen Körperbeschwerden (Henningsen, München), also bei der

absoluten Mehrzahl von andauernden Rückenschmerzen, die mit dem wiederholten „Hexenschuss“. Hier spielt die Amygdala (der Mandelkern) mit den Verbindungen zur tiefen Rückenmuskulatur, die sich gegenseitig beeinflussen, eine entscheidende Rolle.

Erkennen Sie sich wieder? Wussten Sie schon, dass sich eine auf Fakten stützende Information mindestens die halbe Behandlung bedeuten kann? incl. Eigenbeteiligung und Verhaltensänderungen.

„Aus dem wahren Leben“ – so sieht der erschreckende Alltag aus – einige **Hilferufe per E-Mail ...**

- „Bei mir hat sich die Situation sehr verschlimmert, ich habe so grausame Schmerzen und kämpfe nur noch mit den Ärzten.

Nach Untersuchung habe ich dort Verschleiß, auch die HWS mit Bandscheibenvorwölbungen und zwischen zwei Wirbeln fehlt der „Puffer“, sodass diese aufeinander liegen. Neben dem Verschleiß in der rechten Schulter besteht auch noch eine Entzündung im Schleimbeutel. **Fehlender Puffer, Aufeinanderliegen**, so lautet das gut verständliche Märchen.

Nächste Woche werde ich beim Orthopäden und Neurologen weiterbehandelt. Da sich meine Schmerzen sehr verschlimmert haben und ich wirklich gnadenlose Schmerzen habe, die Vieles nicht mehr zulassen, will ich bitten, auch die linke Schulter, die LWS und das Becken untersuchen zu lassen.

Ich bin sicher, dass sich da einiges auftun wird.

Mein Partner kennt den Orthopäden, er will ihm mitteilen, wie besch... es mir geht und wir hoffen, dass die nötigen Untersuchungen veranlasst werden.

Der Schmerztherapeut hat mir Fentanyl (ein starkes Opioid) 12,5müg/Stunde verschrieben.

Leider wirkt das Pflaster bei meinen Schmerzen nicht. Ich habe ihm das mitgeteilt, weil er das wissen wollte, und mir versprochen hatte, ein stärkeres Pflaster aufzuschreiben.

Doch was soll ich sagen? Als ich gestern mit ihm sprach, war von Verstärkung keine Rede mehr.

Ich sollte erst einmal so weitermachen, es würde dauern, bis sich das Schmerzmittel im Körper **verteile** und vielleicht brauche es ein paar Tage mehr, bis ich eine Verbesserung erreiche.

Der Schmerztherapeut ist ein Idiot. Ich frage mich oft, wie so ein Mensch überhaupt Schmerztherapeut geworden ist, wenn er Menschen mit Schmerzen nicht für voll nimmt.

Als er mir zunächst 5 Pflaster verschrieben hatte, hat er mir gesagt, dass 50müg Fentanyl (so wie es meine Mutter bekommen hatte) auch sehr teuer sei.

Auch nach Verstärkung fühle ich mich hundeeelend mit den Schmerzen.

Wegen meiner Innenohrerkrankung (Dreh- und Lagerungsschwindel) kann ich weder Auto fahren, noch erreiche ich eine Bushaltestelle.

Die meisten Ärzte sind auswärts, sodass ich mich dorthin fahren lassen muss. Hier ansässige Ärzte kann ich nur mit Umsteigen erreichen, wozu ich nicht in der Lage bin: Ein Taxi kann ich mir nicht leisten ohne Beförderungsschein, Pflegestufe oder Merkzeichen.

Demnächst soll ich begutachtet werden, davor habe ich große Angst, da ich schon so viel durchgemacht habe und die Ärzte nicht gerade freundlich zu mir waren, und ehrlich gesagt, **haben auch nur die wenigsten Ahnung von dem, was ich alles habe**. Ich soll wahrscheinlich Pflegestufe I anerkannt bekommen.

Mein Psychotherapeut hat nach 6 Therapien weitere beantragt, er hat dazu ein halbes Jahr gebraucht, er hat mir ein Formular für den Hausarzt zum Ausfüllen mitgegeben, dieser sagte, das sei totaler Schwachsinn, dieses Formular gäbe es schon lange nicht mehr. 2mal/Woche erhalte ich ambulante psychische Hilfe, dieser fährt mich auch ab und zu den Arztterminen.

Eine Nervenmessung an den Beinen ergab keine Verletzung. Er will mich nun zu einer Messung der Gefäße schicken“.

No comment...

- „Mir geht es nach wie vor schlecht, alle Symptome stürzen noch härter auf mich ein. Ich habe enorme Probleme mit meinen Armen, ich kann diese nicht belasten und fühle, als ob dort eine Dauerentzündung vorliegt – ich bin sehr verzweifelt. Auch mein Nacken und Rücken sind enorm schmerzhaft: Die ständige Müdigkeit und Erschöpfung kommt hinzu. So wie fast in allen körperlichen Bereichen.

Es nervt, dass ich ständig davon berichten muss, aber leider ist es tatsächlich so schlimm und alles, was ich bisher dagegen unternommen habe, hat mir nie wirklich geholfen.

Ebenfalls sind die Augenprobleme recht nervig, bei Begutachtungen erwähne ich das schon gar nicht mehr – zu Hause passe ich mich der jeweiligen Situation an, mehrfach Pausen, größere Schrift. Der Augenarzt findet nichts.

Die Krankheit macht mich noch total fertig, lieber hätte ich eine Diagnose wie MS oder Rheuma, oder egal, was ich auch schon immer herbeigesehnt habe, nur damit ich endlich etwas Richtiges habe und um ernst genommen zu werden.

Manchmal bin ich soweit, dass ich nicht mehr leben möchte, als ständig um Anerkennung kämpfen zu müssen; 24 Stunden Schmerzen.

Entschuldigen Sie bitte das „Gejammere“.

?? Und DAS soll eine „Fibromyalgie“ sein??

- „Meine durchgehenden Schmerzen im Bereich des rechten Schulterblatts wechseln zwischen brennender, ziehender, stechender Intensität.

Manchmal wie ein Schlag auf den Körper. Es ist so, als ob der Unfallschmerz sich immer bei Bewegung wiederhole; sie können auch durchstoßend erlebt werden, d. h. unter dem Schulterblatt bis in den Brustraum hinein.

Sie lassen sich durch jegliche Anstrengung provozieren (Laufen, Gehen) und steigern sich ins Unerträgliche.

Es kommt dann zu Kurzatmigkeit, Übelkeit – ich versuche dann, die rechte Körperseite und den rechten Arm nach hinten zu strecken, um den Schmerzbereich zu entlasten. Ich habe das Gefühl, unter dem rechten Schulterblatt befände sich ein Fremdkörper.

In den Händen und Füßen fühle ich einen ständigen elektrischen Strom, begleitet von einschießenden Nadelstichattacken und Schmerzschüben.

Hände und Füße fühlen sich geschwollen an, überziehen die Haut, als ob ein elektrisches Feld nach außen abgegeben würde.

Muskelschmerzen wandern über den ganzen Körper mit sich verändernder Schmerzstärke; sie sind ziehend, einschießend, krampfartig, muskelkaterartig“.

So geht es seitenlang weiter, über diffuse Kopfschmerzen, Sehstörungen (unauffälliger Befund), Ohrgeräusche, Hörminderung ohne Befund, Enge im Hals, Luftnot, Schwitzen, Herzrasen, Ohnmachtsgefühle, Bauchkrämpfen, häufigem Wasserlassen, Gehbehinderung, Knieschmerzen usw.

Jede dieser Beschwerden wird ausführlich auf 6,5 Seiten beschrieben, sie sind **real** für die Betroffene.

- „ ... inzwischen habe ich versucht, gerichtlich vorzugehen, das Verfahren wurde aber wegen eines verlorengegangenen Einschreibens „eingestellt“, „... ich hätte sowieso keine Chance gehabt“, sagte man mir später. „Die spezielle Neurologie hier an der Uni hat Muskelschwächen und funktionelle Probleme festgestellt – mir wurde gesagt, dass meine Erkrankung(en) alle psychisch seien. Die stationäre Aufnahme ging aber dann wegen Bettenmangels schief; Teilbefunde und geplante weitere Untersuchungen stehen nun seit Monaten aus.

Psychisch kann ich diese Ignoranz und Hilflosigkeit kaum noch ertragen (keine REHA, keine finanzielle Versorgung, „Psychiatisierung“).

Ich melde mich noch einmal bei Ihnen, aber ich bin einfach kräftemäßig physisch und psychisch völlig am Ende.

Am Termin bringe ich Ihnen alle Unterlagen mit, auch eine sehr ausführliche Aufstellung meiner Leiden und Beschwerden.

Inzwischen weiß ich aber auch, dass es unmöglich ist, **allen** meinen Beschwerden nachzugehen – das benötigte Jahre. Ich suche so jemanden, der das alles evtl. zusammenfasst und unter einen oder zwei Hüte bringt.

Ist das möglich? Ich habe gehört, „dass die Psychosomatik das schaffen kann“.

Statt eines Kommentars ... ich hasse es, wenn Patienten **vereimert** werden und mit einer lächerlichen Diagnose durch die Lande ziehen, die keine ihrer Beschwerden abbildet. Zu einer konkreten Behandlung kann es so gar nicht kommen. Kopfschütteln und Augenverdrehen von Ärzten sind so gut verständlich.

Gewöhnliche Untersuchungsbemühungen führen zu weiterer Verunsicherung, da jeder Untersucher nach maximal 8 Minuten eine andere, weitere Diagnose erstellt, wenn er sich denn Zeit lässt und nicht nur (nicht) Fragebögen auswertet. Aber was wollen Sie mit den vielen Diagnosen anfangen? Wenn es sich doch nur um eine weitere Röntgenuntersuchung handelt. Ein HWS-Syndrom sagt nur, **WO** sich etwas abspielt.

Die einzelnen Gebiete, der Routine-Facharzt sind dabei überfordert. Die Lösung? Abschieben in die psychischen Gebiete, was vom Betroffenen in der Regel als diskriminierend empfunden wird.

Der Betroffene sucht verständlicherweise eine Diagnose und seien es mehrere, er will mit dem Ziel der Beseitigung der Beschwerden behandelt werden.

Nur ist das leider das falsche Ziel, das geht einfach nicht, wenn auch, leider, fälschlich immer wieder versprochen.

Nur, der Betroffene befindet sich bei dieser Vorgehensweise auf irreführendem Weg, der nur zu weiterer Chronifizierung führt.

Nur er selbst kann das alles in die Hand nehmen und zur Lösung hinführen: eigenmotivierte Behandlungsbemühungen mit dem Ziel, einen Schmerzzustand in den Tagesablauf einzubinden.

Weg vom Katastrophisieren – das kann man lernen, und zwar **nicht** mit Spritzen und Schmerzmitteln plus antidepressiv wirkenden Mitteln, die oft jahrelang ohne Effekt eingenommen werden.

Wir wissen heute, dass Serotoninmangel bei Depressionen **keine Rolle** spielt, Antidepressiva wirken so vielleicht über einen Placebo-Effekt. Depressionen beeinträchtigen den gesamten Körper, sind eine **Systemerkrankung**.

Vielleicht haben aber auch die Antidepressiva bei chronischen Schmerzzuständen keine Wirkung, es muss sich schon um eine genuine (echte) depressive Störung handeln! Ist es das? Wenn nach den Regeln verabreicht, ist ein Placebo-Effekt sowieso immer vorhanden und **SEHR** wirksam (U.Bingel, jetzt Essen).

Viele Betroffene sind generell mit der ärztlichen Versorgung unzufrieden, häufig in Verbindung mit dem Eindruck, dass die Ärzte sie nicht ernstnehmen.



Manchmal können aber diese Befürchtungen gerechtfertigt sein, da es Ärzte gibt, die sich herablassend verhalten oder dem Patienten mit Feindseligkeit und Frustration begegnen – Ausdruck ihrer eigenen Unsicherheit und des Unvermögens, diesen Betroffenen überhaupt etwas anbieten zu können.

Dies kann auch dazu führen, dass eine organische Erkrankung nicht erkannt/erfasst wird.

Dauerschmerzen zwingen inzwischen zu einer veränderten Sichtweise chronisch primärer Schmerzen, u. a. zum Thema der Betrachtung chronischer, langandauernder Stresszustände, die zu veränderten Hirnstrukturen und Funktionen führen können.

Hier sind die Erkenntnisse der Neuroanatomie, der Anatomie des Gehirns, der Neurobiologie, d. h. der Betrachtung der Funktionsweisen, und die der molekularen Psychologie, der Funktionen auf Molekülebene mit einzubauen.

Hierüber etwas zusammenfassend zu schreiben bedeutet zunächst eine hohe Anmaßung des Autors, zudem auch noch einem Laienkreis verständlich zu machen, der aber als Betroffener Anspruch darauf hat, **da sich diese komplexen Veränderungen dauerhaft invalidisierend, beeinträchtigend auswirken können.**

Während der Arbeit an diesem Manuskript weitete sich das Thema zunehmend aus, indem versucht wurde, auch die Grundlagen zu erfassen. Auch die eigenmotivierte Behandlung wurde erweitert dargestellt.

Einige persönliche Anmerkungen

Erkennen Sie sich wieder? Wussten Sie schon, dass Information mindestens die halbe Behandlung bedeuten könnte?

Falls man sein Wissen in Verhalten umsetzt. Wissen, dass Rauchen 16 Krebsarten und 6 andere Erkrankungen erzeugen kann ...ist nicht ausreichend.

Beim chronischen primären Schmerzzustand – so werden wir in Zukunft nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden nennen – handelt es sich um dysfunktionale, d. h. fehlfunktionierende Verhaltensweisen, wie Angst, Niedergedrücktsein, Schlafbeeinträchtigungen, diffuse Muskelschmerzen, Katastrophisieren, übermäßige Schonung, Bewegungsängste, die die weitere Chronifizierung begünstigen und zu psychosozialen Folgen führen.

Ein sekundärer (als Folge von) Schmerzzustand ist nicht wissenschaftlich anerkannt, manche nennen jeden Schmerzzustand „sekundär“. Das scheint der neueste Gag zu sein; evtl. will man keine Patienten durch nicht-entzündliche chronische Erkrankungen verlieren, nachdem FM/FMS nicht mehr als chronisch entzündliche Krankheit geführt werden kann. Wissenschaftliche Tagungen von Rheumatologen haben FM/FMS nicht mehr auf der Agenda.

Psychische Auffälligkeiten führen nicht zu Schmerzen, es sei denn über komplexe Umwege.

Zusammenarbeitende Hirngebiete – Netzwerke – sagen Ihnen, wo es im Körper weh tut, nachdem sie Signale aus dem Körper erhalten haben. Das Gehirn lokalisiert, sagt wo es schmerzt oder ob größere Körpergebiete als schmerzhaft erfahren werden oder sie beschreiben Schmerzen, als ob diese als lähmend, unerträglich, vernichtend – kognitive Beschreibung – empfunden werden.

Auch das aus dem Körper – von innen – kommende Signal wird im Gehirn verarbeitet, zudem mit Gefühlen und früheren Erlebnissen angereichert, mit allem, was so im Verlauf der Zeit gespeichert wurde, auch Ihr Verhalten wie Ruhe, Schonung, Wut, Schlafstörungen, Schmerzen, Angst u. a.v.m., alles was das Gehirn gelernt hat.

**Deshalb nennen wir Schmerzen
einen Lernvorgang.**

Sie verstehen, dass etwas Hirnanatomie und funktionelle Kenntnisse der wichtigsten Verbindungen zum Verständnis notwendig sind – u. a. das Vorderhirn mit seinen wichtigsten Teilen: der obere/seitliche, der vorn/mittige Hirnmantel, der vordere vor dem Balken, der die Hirnhälften verbindet; andere Teile des Hirnmantels beziehen sich auf die Muskelfunktion; andere, wie der Hippocampus, Amygdala, Teile des vorderen Thalamus als Teile des Limbischen Systems – bündelt Erfahrungen, Gedächtnis und Erinnerungen, das Höhlengrau PAG, den Kernen im Hirnstamm, im Kleinhirn, dem oberen Halsmark; zudem die Hirnanteile der Sinnesorgane wie Riechen, Hören, Sehen und des Gleichgewichts.

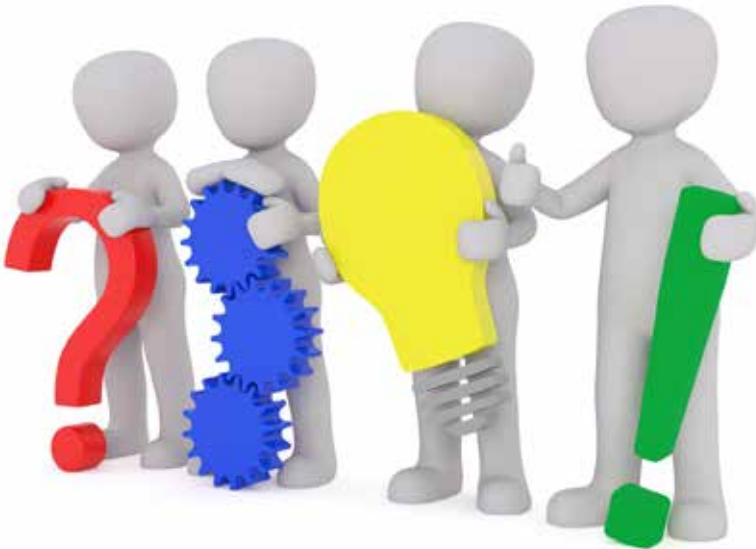
Zur Diagnostik bei Schmerzzuständen hat sich eine hinweisende kurze schnelle Untersuchung bewährt, nämlich eine schmerzhafte (oder fehlende) Antwort auf Druckausübung auf die mittleren Gelenke der Langfinger 2–4 zu prüfen, sowie der angrenzenden körpernahen und -fernen Knochen dieser 3 Gelenke, und zwar beidseits. Die Arm- und Beinmuskulatur ist seitlich durch tiefen Druck mit dem gestreckten Zeigefinger auf Schmerzantworten zu prüfen (adaptiert aus der Schmerzklinik Ann Arbor, Michigan, D. Clauw). Dies gibt eine gute Übersicht hinsichtlich des Schmerzempfindens und des Verhaltens, zudem kann der Schweregrad des erlebten Schmerzes abgeschätzt werden. Es erscheint so eine Unzahl von Verhaltensantworten.



Wichtig ist die Prüfung einer evtl. erhöhten Schmerzantwort auf harmlose Reize an verschiedenen Körperstellen, z. B. mit einem bewegten Wattebausch – Allodynie, einem Kalt-/Warm Stick, oder die Antwort auf schmerzhafte Reize mit überschießender Reaktion – einer Hyperalgesie.

Hierdurch ist es möglich zu checken, ob überhaupt ein erfassbares Schmerzproblem irgendwelcher Art vorliegt, wie bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, Funktionellen Körperbeschwerden, nach erfolgter Sensibilisierung, anderen Begründungen erhöhter Empfindlichkeit u. a.

Forschungsergebnisse der vergangenen 5–10 Jahre erkannten die Bedeutung von DREI „Gehirnen“: dem Kopfhirn, dem Bauchhirn und dem Darmhirn, dem Mikrobiom – Mikroben-Organ der Bakterien überwiegend im Dickdarm (1 1/2 bis 2 Kilogramm an Bakterien), auf der Haut (Trillionen) und in allen anderen Organen (bei einem 10 Sekunden-Kuss werden 80 Millionen Bakterien ausgetauscht von 700 Arten).



Hier liegt auch eine Begründung für Verhalten und Individualität: durch Wirkung der Nerven-Botenstoffe, z. B. wird **Serotonin zu 90 %!** im Darm produziert.

Deshalb erlaube ich mir seit Jahren, bei einer depressiven Störung von einer Systemerkrankung zu sprechen, d. h. die den gesamten Körper beeinflusst.

Zum Beispiel könnte hier produziertes Serotonin vom Großhirn als fremd, als schmerzhaft empfunden werden: das würde neue Gedanken zur Begründung eines Reizdarms (Colon irritable) bedeuten.

Hier ist sicher „fachübergreifendes“ Denken angesagt.

Der Dickdarm mit einem großflächigen Immunsystem, hier zudem mit Produktion vieler Substanzen, die über das Darmhirn und den Blutkreislauf verteilt werden. Über sogenannte Behandlungen des Immunsystems, z. B. zur angeblichen Stärkung, kann man nur leise im Keller weinen oder lachen.



Schmerzen?

Nach der Allgemeinen Relativitätstheorie von Einstein (1915) gibt es nur Materie und Energie in Zeit und Raum. Schmerzen kommen dort nicht vor, sie sind rein subjektive Ereignisse wie Wahndecken und Halluzinationen auch.

Ein Tritt vors Schienbein schmerzt, und zwar **sehr real**, man findet einen Bluterguss und eine Schwellung, evtl. eine Hautschürfung. Die Schmerzen sind aber nur gefühlt/erlebt und stoßen Gedanken von Deutung und Bedeutung an.

Das ist aber nur oberflächlich gedacht, es handelt sich nicht um einen Gegenstand der Physik – das ist so nicht die „einzige“ Realität. Auch ein fehlender Fuß beim Phantomschmerz „schmerzt“. Betroffene mit einem Vorderhirnschaden oder anderen psychiatrischen Erkrankungen fügen sich Schmerzen zu, um zu erfahren, dass sie leben und existieren, d. h. unsere Realität kann mit Schmerzen zusammenhängen.

Man kann Hirngebiete zeigen, die mit Schmerzen deutlich aktiver arbeiten.

Hauptursachen von chronischem Stress sind nicht irgendwelche Belastungen und Schwierigkeiten des täglichen Lebens. Erleben gehört dazu und zwar solche Zustände, wie dem Leben ausgeliefert zu sein, über keine Kontrolle mehr zu verfügen, dem Erleben von Ohnmacht. Das geschieht über das Stresssystem mit evtl. chronischer Stressbelastung und andauernden hormonellen Folgen (Cortisol, Nor-Adrenalin, Adrenalin).

Verschiedene Übersichten

- Der chronisch primäre SCHMERZZUSTAND – der chronische Stresszustand mit anatomischen Hirnveränderungen und Dauererleben und –verhalten, hier geht es nicht um Schädigungen der Knochen, Gelenke, Muskeln und Entzündungen, sondern um Folgen von sozialer Isolation, Ausgrenzungen, Hilflosigkeit, Mobbing, Ablehnung, fehlender aktiver Bearbeitung seines Schicksals, um Dauerbelastungen, um Vernachlässigung, Gewalt, überfordernde Ereignisse u. a. – Folgen wie Schmerzen und Verhalten, werden am selben Ort gespeichert und produziert.



Dauerschmerzen zwingen inzwischen zu einer veränderten Sichtweise, einige Hirnareale funktionieren als **Hardware und Software zugleich**, dieselben Regionen arbeiten im Netzwerk auch mit anderen.

Das findet im somatosensorischen Kortex – der Körperwahrnehmungsgehirnrinde – statt. Diese Bereiche werden aktiviert, wenn Signale von der Körperoberfläche oder von innen im Gehirn eintreffen. Und nicht nur das, wie wir sehen werden.

Schmerzen und soziale Isolation, Rückzug, ausgegrenzt sein, beschreibt einen eigenen Sachverhalt. Eine Krankheit ist bei Zusammenfassung von Symptomen zu einem Symptomkomplex zusammenzufassen. Daraus ergibt sich die Diagnose. Auch eine Summe von Funktionsbeeinträchtigungen kann zu einer Diagnose führen.

Das Individuum steht immer mehr im Vordergrund, wir sind eigenständiger, individualistischer geworden. Damit nimmt auch das Risiko der Vereinzelung, des Alleinseins, des sozialen Rückzugs zu. Individuell meint aber auch Selbstbezogenheit – Fehlen strenger Eltern, TV, Smartphone, Internet. Soziale Netze bringen Menschen nicht zusammen, man wohnt zunehmend in Städten mit der Digitalisierung. Es geht um das Geschäft mit Daten zur Werbung und Konsum durch den Verkauf von zusammengeführten Daten.

Der soziale Zusammenhang, die soziale Zufriedenheit nimmt ab. Vereinsamung ist aber nicht gleich soziale Isolation, sondern deren psychologischer Aspekt, d. h. man fühlt sich einsam.

Kommt es zu Angst, wird der Mandelkern, die Amygdala, automatisch als **körpereigene Alarmanlage aktiviert**, und das auch bei etwas Ungewöhnlichem, Bedrohlichem. Dies geschieht sehr schnell, schneller als das bewusste Verstehen einer Situation. Erleben von Aufregung und Angst verändert unsere Erlebensweise, aber auch von Puls, Blutdruck, der Muskelaktivität; das Denken wird geschärft, wird genauer. Angst ist ein negatives Gefühl und Erleben, man kann nicht mehr komplex um die Ecke gucken, man verliert an Kreativität.

So folgen ungünstige Auswirkungen von seelischen Beeinträchtigungen durch Stress, Ärger, Ausgrenzung, Abneigung, Vereinsamung oder sozialer Isolation.

„Chronischer Stress geht mit erhöhter Wahrscheinlichkeit von Krankheiten einher.“

Das oben erwähnte Notfallprogramm – Reaktion auf akuten Stress – schüttet dann in der Folge **die sogenannten Stress-Hormone** aus (Cortisol, Adrenalin, Nor-Adrenalin, u. a.).

Aber: hohe Cortisol-Konzentration ist dauerhaft nicht gesund, d. h. die akute Stressreaktion soll nicht chronifizieren. Diese führt zu dauerhaft erhöhter Zuckerbereitstellung, dem Abbau von Muskeleiweiß > dies führt zu Müdigkeit, Energielosigkeit, Bluthochdruck, zu übermäßiger Nervenerregung, zu Magengeschwüren, Osteoporose, Beeinträchtigung des Immunsystems, zu wiederholten Infektionskrankheiten, Krebs, Ausbleiben/erhöhter Regelblutung, sexueller Unlust.

Hinzu treten: Arterieller Bluthochdruck (Gefäßleiden in allen Körperregionen bis zum Nierenversagen), Adipositas, Diabetes 2, COPD, KHK, Herzinfarkt, Schlaganfall, Infektionserkrankung.

Gefäßleiden z. B. Bluthochdruck: vorzeitige Alterung bei jeweils 2mmHg im Verlauf von 2 Jahren > die Risikosteigerung – Verdoppelung – ist ähnlich wie bei Rauchern, bei Angst, Arbeitsstress, Adipositas. Weitere Stressfaktoren sind ungünstige Lebensereignisse, Armut, niedriger Intelligenz-Quotient, Bewegungsmangel, Alkohol- und Tabakkonsum.

Alleinsein mit dem Gefühl von Einsamkeit ist DAS Problem psychisch kranker Menschen.

Chronischer Stress schwächt das Immunsystem.

Bei chronischem Stress fühlt man sich der Umgebung ausgeliefert, ohne Kontrolle über das Leben/des Schicksals; die Ungewissheit einer Situation stresst, nicht deren Widrigkeit.

Chronischer Stress kann andauernd fortbestehen mit allen seinen Auswirkungen. Aktive soziale Teilhabe ist DIE Präventionsmaßnahme gegen chronische Schmerzen, geistigem Abbau schlechthin.

- Jedes Stückchen Haut ist mit einem Stückchen Hirn verbunden.
Bei den sogenannten Phantomschmerzen funktioniert das so: in der Gehirnrinde ist

die Landkarte „linker Arm“ weiterhin, auch nach Amputation eines Teils des Arms, vorhanden. Der Schmerz wird nun im ACC erlebt, in einem Teil des Vorderhirns. Dieser meldet Schmerzen, aber auch Ausgrenzung, Vernachlässigung, Ablehnung – also im gleichen Areal.

Bestimmte Hirnbereiche sind für die Verarbeitung der einlaufenden Signale für Sinesindrücke verantwortlich, andere für Sprechen, Planen, Entscheidungen, Wünsche, Temperatur. Die Gebiete bestehen aus unzähligen Untereinheiten mit spezialisierten Zellhaufen, jeder mit Trillionen von Nervenzellen.

Diese Hirnbereiche sind durch Magnetfelder beeinflussbar, sie können aktiviert oder blockiert werden, je nachdem was man behandeln will.

Auch selbst kann man die Gehirnaktivität verändern durch Verkleinern einer Arterie bei der Migräne – Biofeedback: Schließen der Augen, Erhöhung von Konzentration. Einem Schmerz betroffenen kann man seine Gehirnaktivität zeigen und sie verändern lassen, z. B. die Aktivität im ACC – einem Gebiet vor dem Balken – simuliert durch eine große oder kleine leuchtende Flamme: nach einigen Trainingssitzungen klappt das, Schmerzen können so bis zu 50 % vermindert werden. Auch für Depression, Angst verbessernd anzuwenden.

Schmerzen sichern nicht nur die Unversehrtheit, die Intaktheit des Körpers. Zum Beispiel überlebt ein Betroffener ohne Schmerzempfindung in der Regel nicht das 30. Lebensjahr (persönliche Mitteilung Patrick Wall 2000 in Hannover). Zum Individuum mit einem intakten Körper gehörte aber vor 200–300 000 Jahren eine funktionierende Gruppe; wer sich gegen die Gemeinschaft stellte, wurde ausgeschlossen, das war sein Todesurteil – damals konnte niemand allein überleben, bis zur Zeit der Revolution des Ackerbaus vor 10–12 000 Jahren. Jagen von großen Tieren war nur in der Gemeinschaft möglich.

Also: zum Erleben eines unverletzten Körpers im ACC, dem Schmerzareal, kam die schützende Funktion der Gruppe hinzu.

Auch Rückzug – Alleinsein, Vereinsamung, Ablehnung, Ausgrenzung – ist so zu verstehen. Gleichzeitig kann es zu Schmerzen kommen, aber nicht weil eine Depression Schmerzen macht, sondern dass die Phänomene im gleichen Gebiet verarbeitet werden, da man weiß, dass depressiv Betroffene Schmerzmittel fehlgebrauchen und oft abhängig sind.

Während bei einigen Familien das soziale Netzwerk gut funktioniert, d. h. sie sind nachgewiesenermaßen resistenter gegenüber Belastungen und Schmerzen, ist es bei anderen defekt, z. B. nach Verlust, Todesfall, Krebs eines Familienangehörigen; dieser Betroffene benötigt deutlich mehr an Schmerzmitteln.

Auch alte, einsame, depressive Menschen behandeln ihre Depression mit Schmerzmittelgebrauch, betäuben sich nicht mit Schmerzmitteln, sondern behandeln sich wirksam selbst, aber auch nebenwirkungsreich und weniger wirksam.

„Schmerz“ ist wörtlich zu verstehen, nicht übertragen als unangenehm: Schmerz und Isolation überschneiden sich, auf der Zunge gibt es auch eine Andockstelle für beides – „heiß“ und „scharf“.

„Chronischer Stress kann zu vielen chronischen Erkrankungen führen.“

Dieser kann mit seinen Veränderungen und Folgen andauernd bestehen und effektiv bleiben.

Schmerzen – durch Ausgrenzung, Verlust und Belastungen des sozialen Gefüges, **besonders in der Kindheit**, sind so deutlich besser zu verstehen.

Das Bild eines nahestehenden Menschen kann die Aktivität im beschriebenen Gebiet mindern.

Es geht hier aber nicht um die psychischen Effekte körperlicher Schmerzen, sondern auch umgekehrt, d. h. dass körperliche Einflüsse auf das psychische Erleben Ausgrenzung, Alleinsein u. a. Einfluss nehmen.

Eine Entzündung kann zu depressiver Störung führen – aber nicht direkt, sondern über die Aktivierung des ACC mit Folgen von Gefühlen sozialer Isolation.

Gefühle, Wissen und Glauben an eine sichere Bindung, Geborgensein im Nest, schwächen die Reaktion des ACC ab, geringes Selbstwertgefühl verstärkt die Aktivierung hier.

Kinder und Jugendliche reagieren mit zunehmendem Alter verstärkt auf sozialen Ausschluss durch Verhaltensauffälligkeiten.

Soziale Unterstützung und Gruppenzugehörigkeit mindern die Auswirkungen sozialer Schmerzen, Rückzug, Alleinsein, wie auch körperlicher.

„Wichtiges Behandlungsziel, wie verständlich, ist die soziale Teilhabe, das Leben in der Gesellschaft.“

Wenn Mitarbeiter in einer Firma bei Entscheidungen nicht beteiligt werden, ausgegrenzt werden, bedeutet das laufende Stressbelastung, d. h. der Umgang mit den Mitarbeitern beeinflusst deutlich deren Gesundheit; hier besteht eindeutig belegt eine Wechselwirkung – Korrelation – von psychischer und körperlicher Gesundheit. Thema:

Alleinsein, Beruf, Stress; Streben nach Ruhe, Einsamkeit am Wochenende hängt mit der Stresserfahrung eng zusammen, auch mit der Höhe der Fehlzeiten.

Stress im Beruf zeigt sich besonders ausgeprägt, wenn die Mitarbeiter Hilflosigkeit und Ausgrenzung erleben.

Beachte: eine Verstellung der Empfindlichkeit des gesamten Stresssystems kann schon ab ca. 1 Jahr vorkommen durch überfordernde Ereignisse, Erleben von Ausgrenzung, Hilflosigkeit, kein Erfahren von Sicherheit, d. h. Nestwärme u. a., und kann für den Rest des Lebens andauern.

Fehlen von mütterlicher Vorsorge und Körperkontakt führt zu dauerhaften Veränderungen im Gehirn von Säugling und Kleinkindern, es führt zu intensiven Stressreaktionen infolge andauernder Stresshormonkonzentrationen (u. a. Veränderungen von Hirngebieten).

Ursachen sind **epigenetische Veränderungen**, diese betreffen das Ablesen des genetischen Codes in der Zelle und deshalb auch dessen Funktion (an die DNA-Moleküle des Erbguts werden chemische Anhängsel beigefügt); diese schalte Programme an und ab, d. h. wie oft, wo und wann sie zu arbeiten haben. Es handelt sich um einfache chemische Moleküle, den Methylgruppen.



Beachte: besonders wichtig sind somit bei der Aufnahme der Krankengeschichte die biografischen Belastungen, da hier Stressfaktoren in Gang kommen können, die später zu Schmerzen führen können. Auch ein Burn-out kann mit Schmerzen verbunden sein – diese sind in keiner Weise mit Schmerzmitteln zu behandeln – und als Risikofaktor zur Schmerzausweitung beitragen.

Die Gene für die Cortisol-Andockstellen in der Nervenzelle des Hippocampus können so nicht abgelesen werden; **später evtl. Verminderung von z. B. Merkfähigkeit. Der Hippocampus sitzt oben auf dem Stresshormonsystem und wirkt dämpfend. Fehlt diese Funktion, kommt es zu einer vermehrten Aktivierung des gesamten Stresssystems, man nennt das epigenetische Umprogrammierung von Hirnfunktionen durch frühkindlichen Stress – z. B. durch Vernachlässigung; dies betrifft auch den Mandelkern und das Vorderhirn.**

Stressauslösend sind Ohnmacht, Hilflosigkeit, Kontrollverlust; chronischer Stress kann so zu Krankheiten führen.

Die Interpretation der Beschwerden/Beeinträchtigungen spielt ebenso wie die Deutung und der Leidensdruck entscheidende Rollen.

- Aber auch die Verbindung von sozialer Integration und Erkrankung zeigt sich überdeutlich, indem sie die Gesundheit belastet. Die Wahrscheinlichkeit der Lebensverlängerung erhöht sich durch die aktive Teilnahme in der Gesellschaft um 5–10 Jahre!

Je länger Stress oder chronischer Stress fortbesteht, desto mehr Zeit hat er, sich negativ auszuwirken. **Kinder werden bei chronischem Stress früh krank** und können die so entstandenen Veränderungen lebenslang mit sich tragen. Z. B. wiederholte Infektionserkrankungen in der Kindheit und Jugend, Allergien.

Der Notfall sollte nicht zum Dauernotfall werden, zum chronischen Zustand.

Positive Bindungen lassen das Cortisol tagsüber abfallen mit Erhöhung der Freisetzung von Oxytocin. Auch der Sympathikus ist mitbeteiligt (Adrenalin, Nor-Adrenalin).

Folgen der sozialen Beeinträchtigung, Isolation (s.o.), wozu auch die Folgen von Dauer-Mobbing gehören, führen zum erwähnten verletzten Sozialleben – dies kann in Schmerzen übergehen, die dann ein eigenes Problem bilden und zu behandeln sind, aber nicht mit Schmerzmitteln!

Hinweise von Dritten, wieder am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen, reichen nicht aus; einfache, wiederholte Ratschläge, mach dies oder das, führen nicht zur Problemlösung, da die Probleme tiefer sitzen.

Man sollte nicht von Therapie/Behandlung, sondern von professioneller Intervention = Beeinflussung sprechen.

Verlassen sie die Grübelei, Gedankenverschieben, ängstliches Nachdenken über sich selbst, Tagträumen, sich dem Alleinsein überlassen.

Eine Stress-Reduktion fördert die eigene Selbstwirksamkeit – Autonomie – und erzeugt positive Gefühle.

- Nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden (evtl. auch als Körperliche Belastungsstörung mit Schmerzzustand): es handelt sich um stress-induzierte Überempfindlichkeit, um ein chronisches Leiden, das das ganze Bild umfasst, d. h. im Vordergrund der Erkrankung stehen körperliche Symptome, u. a. auch Schmerzen, mit ausgeprägtem Leiden und Beeinträchtigungen – wie belastenden körperlichen Symptome mit



Krankheitssorgen, in Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen.

Es sind nicht die Symptome an sich, sondern die Art und Weise, wie die Betroffenen diese zeigen und interpretieren. „Schmerzen“ sind nur scheinbar das Hauptproblem, eher Müdigkeit, schnelle Erschöpfung, Kraftminderung. Auch hier ist die Stärke der Empfindungen von vielen inneren/äußeren verändernden Einflüssen (Variablen) abhängig.

Die Betroffenen bewerten oft ihre Symptome als bedrohlich, gesundheitsschädlich, sehr störend und denken das Schlimmste über ihren Gesundheitszustand – sie katastrophisieren.

Der Leidensdruck ist auf die Symptome und deren Bedeutung gerichtet. Häufig ist die Lebensqualität stark beeinträchtigt, das Leistungsvermögen reduziert, bei längerem Vorliegen kann die Erkrankung bis zur Invalidität führen.

Was ich damit aufzeigen will: es geht NICHT NUR um SCHMERZEN!

„Sie sehen – es ist nicht so einfach!“

Chronische Schmerzen lassen sich so nicht schlicht und einfach von den Veränderungen der Wirbelsäule, den Gelenken, auch nicht im MRT, ableiten – das ist nicht erlaubt. Noch schlimmer ist es, nicht vorliegende Veränderungen MIT Schmerzen in die Psychiatrie abzuschieben, genannt somatoforme Schmerzstörung; gemeint sind damit körperbezogene Schmerzen, aber ohne Krankheitswert, da sie als Somatisierungsstörung gedacht werden. Auch heute noch.



Chronische Schmerzzustände 2017, die neue FMS-Leitlinie von 03/2017 im deutschsprachigen Raum

Diese stützt sich zurückgewandt noch auf die ICD-10 GM.

- Die Diagnose „Körperliche Belastungsstörung“ der DSM-5 (Diagnostisches u. Statistisches Manual) erscheint mit der Kodierung F45.1 (ausgeprägtes Leiden und Beeinträchtigungen auf dem Boden belastender Symptome mit veränderten Gedanken, Gefühlen und Reaktion auf diese Symptome). Nur ist diese Diagnose nicht synonym einer FM zu begreifen.

Wichtig ist, wie diese Schmerzen vom Patienten vorgestellt und interpretiert werden, evtl. katastrophisierend, d. h. dass die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Beeinträchtigungen gelenkt ist und als Zeichen (schwerwiegender) Organerkrankung gewertet wird (der Bedeutung der Beschwerden).

Auf den Vorschlag, auch an psychische Aufarbeitung zu denken, wird oft offen ablehnend, empört und bestürzt reagiert, obwohl hier meistens der Hase im Pfeffer liegt. Ohne diese ist weder an eine korrekte Diagnose, noch an Behandlung oder an Begutachtung zu denken.

Die allein körperliche/organische Bearbeitung bei Schmerzzuständen führt überwiegend zu keinem bis unzureichendem Ergebnis.

Hauptmerkmale sind körperbezogene Sorgen. Fatal kann es werden, wenn diese Betroffenen nur „Organärzten“ vorgestellt werden.

- Die deutschen Psychosomatiker Egle, Henningsen, Häuser u. a. nennen diese Beschwerden, Beeinträchtigungen **nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden** (NFKB); diese können (noch nicht) klassifiziert werden. Warten wir also auf die ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation – WHO. Vorschlag waren die Funktionellen Körperbeschwerden.

Vorsicht: diese vorgeschlagenen neuen Diagnosen (auch andere) bedeuten **nicht** die **Diagnose (FMS) mit einem anderem Namen**, sondern einen **Schmerzzustand, der in ein Gesamtkrankheitsgeschehen eingebettet ist**, aber endlich als ein solcher, der nach Kriterien erarbeitet wird; ebenso nach Kriterien mit **getrennter Beschreibung** und Diagnostik von Parallelerkrankungen – Ko-Morbiditäten genannt, z. B. mehrheitlich einer depressiven Störung, einer Angststörung u. a.

- Die Mehrzahl sahen FMS als synonym einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, also irgendetwas, das aus Konflikt(en) entwickelt und meistens NICHT entwickelt wurde, falls man keine Schädigungen – Funktionsbeeinträchtigungen – in der Peripherie fand, in den Gelenken, der Wirbelsäule u. a.



Schmerzzustände treten gemeinsam mit diesen Beeinträchtigungen auf, sind aber getrennt zu diagnostizieren, d. h. die Diagnosen ergeben sich aus den sogenannten Funktionsbeeinträchtigungen.

Dies wurde automatisch, reflexartig so gesehen und als psychiatrische Diagnose, hergeleitet aus Konflikten und „Umwandlung“ in Schmerzen, abgeschoben – ohne Krankheitswert.

Deshalb war daraus KEINE quantitative Verminderung der Leistungsfähigkeit zu entwickeln, d. h. **wieviel** an Leistungsverlust im zeitlichen Umfang, dem Grad der Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf die zeitliche Begrenzung des Leistungsvermögens; im Gegensatz zu den qualitativen Einschränkungen, dass etwas vorlag, aber nicht wieviel, **sodass nur Leistungsbeeinträchtigungen** ohne zeitliche Begrenzung **eingeschätzt wurden, d. h. vollschichtig leistungsfähig, mehr als 6 Stunden, aber mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit.**

Da Behandler und Gutachter ihre Diagnosen für die Krankenkassen, Versicherer und Gerichte nach **Kriterien zur Klassifikation** anzugeben haben, wird derzeit (noch) die Klassifikation der WHO benutzt, nämlich die Internationale Klassifikation von Krankheiten der Version ICD-10, die durch die ICD-11 abgelöst wird, worin die Diagnose FMS nicht mehr erscheinen wird...

- 2009 wurde ICD-10 durch eine Veränderung im deutschsprachigen Raum (GM – German Modification) erweitert, insbesondere wurde die FMS, die generell als Somatisierungsstörung – siehe oben – angesehen wurde: als undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1 oder als anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.40, und seit 2009 als chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Faktoren F45.41 diagnostiziert.

Diese Betrachtung des FMS ist inzwischen aufgegeben, wie auch in der revidierten deutschsprachigen Leitlinie von 03/2017 nachzulesen; FMS als M79.70 zu klassifizieren, fällt nach den Ergebnissen der Schmerzforschung in den vergangenen 15 Jahren ebenso weg, das Gleiche gilt für die eben genannten Diagnosen.

Zur Behandlung der FMS nach Kriterien gibt die neue Leitlinie von 2017 wenig neue Antworten.

- **Die Entstehungsprozesse für chronische Schmerzen sind nun weitgehend wissenschaftlich bekannt und belegt, sodass kein Anlass mehr besteht**, etwas irgendwo im Nebel einen Namen zu geben; zu betonen ist vor allem, **dass FMS nichts mit Organschäden zu tun hat**; die Muskelkontraktionsknoten (Trigger Punkte) sind ein sekundäres Phänomen – als Folge von – mit Sauerstoffmangel und Entzündungsprodukten – den Zytokinen.
- FMS wurde von der WHO als M79.70 geführt – also irgendetwas mit „**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes**“. Später, in den vergangenen 15–20 Jahren, als psychiatrische Diagnose eingeschliffen – keiner weiß eigentlich, warum, als Somatisierungsstörung beurteilt; falls man nichts krankhaft Erfassbares fand, wurde FMS schnell, einfach so, ohne Kriterien zur Diagnose angewendet, von Orthopäden als fachfremde Diagnose und Nervenärzten zur psychiatrischen Diagnose „gemacht“ und fehlende Leistungsbeeinträchtigung damit „wissenschaftlich entwickelt und belegt“. Körperliche und seelische Beeinträchtigungen wurden noch nicht als gleich zu gewichten betrachtet.

Unter dem Strich wusste man mit chronifizierten Schmerzen und deren psychosozialen Folgen kaum etwas anzufangen; erst ab Mitte der 80er Jahre sprach man von einem „algogenen Psychosyndrom“, d. h. irgendetwas mit Schmerzen und Psyche, d. h. Schmerzen sollten auf die Psyche auswirken.

Sehr zur Freude der **Beklagten**, die in der Regel nichts mit Schmerzzuständen anfangen können. Auch gute Richter sitzen dann zwischen den Stühlen.

FMS ist (war) weder das eine, noch das andere.

- Aktuell, 03/2017, erfolgte Revision der FMS-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF, umfasst ca. 20 mit-beteiligte Gesellschaften).
- Die Laborwerte sind in der Regel unauffällig; ein Basislabor, eine eingehende physikalische Untersuchung sind aber unverzichtbar zum Ausschluss anderer Erkrankungen, die ein ähnliches Beschwerdepaket wie das FMS zeigen können.

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG), das C-reaktive Protein (CRP), CCP (mit rheumatisch-entzündlichen Erkrankungen korreliert), weiter ENA, ANA u. a.), das kleine Blutbild, die Kreatinkinase (Muskelerkrankungen), Calcium (z. B. Erhöhung), TSH (Schilddrüse) und das Vitamin D.

Abschied von FM/FMS

Neuigkeiten zum FMS/NFKB – von der Leitlinie von 2012 zu der von 2017 bis 2018 zum Chronische Primären Schmerzzustand oder NFKB = nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden

Warum ist die Diagnose FMS in den vergangenen Jahren bei Orthopäden, Neurologen und anderen Gebieten derart in Verruf geraten? Und nun gibt es sogar noch die 2. Aufarbeitung der gültigen Leitlinie. Und das, obwohl FMS gar nicht mehr nach irgendwelchen anerkannten Regeln der WHO (ICD-10 und ICD-10 GM) zu klassifizieren/kodieren ist, wenn, dann bald nicht mehr als Schmerzproblem infolge fälschlicherweise organisch begründbaren Schädigungen im Skelett, den Gelenken, den Sehnen, Muskeln, Bändern, dem Bindegewebe – hier soll der Unsinn vom Weichteilrheumatismus spielen.

Die Gründe: Dauerschmerzen werden vorgetragen und der Behandler findet – nichts, keinen körperlichen Befund, nur etwas mit Bandscheibenschädigungen, Verbiegung und Verschleißveränderungen der Wirbelsäule, der Gelenke. Die fiktiven Tender Points sind schmerzhaft, je nach Überempfindlichkeit der Betroffenen und/oder erfolgter Druckausübung durch den Untersucher.

Vor allen Dingen stolperte man über den Weg zur Diagnose: der Zählung von schmerzenden Arealen (18 oder 19 an der Zahl); dass dies als unsinnig betrachtet wurde, liegt auf der Hand – nur, in der neuen Fassung der deutschsprachigen Länder von 2017 wird daran festgehalten! Studium von Unsinn durch Koryphäen bleibt Unsinn. Abgesehen davon sollten die Tender Points von Anfang an ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke durch ein Messgerät – dem Algesiometer – erfolgen.

Auch die Klassifikation nach erfassbaren Funktionsbeeinträchtigungen, die in der Regel als fehlend beschrieben wurden, verschaffte diesem Krankheitsbild einen zweifelhaften Ruf, obwohl die vielen vorgebrachten Beschwerden vom Betroffenen als real empfunden und erlebt wurden und zur Leistungsbeeinträchtigung führten. Das war aber gutachtlich ohne Anwendung der Erkenntnisse mehrere Gebiete nicht zu leisten – besonders der Neurobiologie, der Psychosomatik, der Psychiatrie.

Wesentlich, oder unsinnig, erscheint die Tatsache, dass weiterhin die Richtlinien der Amerikanischen Rheuma-Gesellschaft (ACR) von 1990 und 2010 ihre Gültigkeit behalten, auf dieser Basis wurden 2012 die Leitlinien der AWMF erstellt.

Der Versuch einer neuen Leitlinie stellt sich die Aufgabe, Erwachsene mit Körperbeschwerden ohne hinreichenden organischen Befund zu diagnostizieren und zu behandeln. Dies trifft auf die FMS zu. „Schmerz“ ist KEIN erfassbarer körperlicher Befund, das Problem sind zudem die damit zusammenhängenden Ko-Morbiditäten – Begleit-/Parallelerkrankungen, sodass man oft vor **drei Problemkreisen** steht, d. h. chronischer Schmerz, Angst und Depression.

Körperlich meint:

- körperbezogen, d. h. „Verschleißveränderungen“ z. B. der Gelenke und Knochen, nach Schädigungen der Muskeln, Sehnen, Bänder, des Bindegewebes, der inneren Organe (nozizeptiv genannt)
- nach Schädigungen der peripheren Nerven (neuropathisch, ab 3. Hirnnerv peripher genannt)
- entzündlich rheumatisch-immunologische Schädigungen als Autoimmunerkrankungen, chronisch entzündliche der Hirnhäute

Das zentrale Nervensystem (ZNS) selbst ist ohne Schmerzfühler.

- **Psychisch** bedeutet seelisch, geistig, intellektuell, kognitiv.
- **Psychosozial**, die Bindungsstörungen; zudem Faktoren, die zu chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter disponieren, u. a. nach Burn-out, biografische Belastungen wie überfordernde traumatisierende Ereignisse, Belastungen im Kindesalter, z. B. Ausgrenzung, Vernachlässigung wiederkehrende Infekte, lange Krankenhausaufenthalte, langandauernde Ruhigstellungen u. a.
- **Sozial**: Beeinträchtigungen im Verhältnis zu anderen Menschen, dem Arbeitsplatz, der Familie, Rückzugsverhalten, Belastungen aller Art, Pflege von Angehörigen, chronische Erkrankungen in der Familie (des Partners) usw.



In der neuen Leitlinie geht es um **unspezifische, funktionelle Körperbeschwerden, um psychosoziale Störungen, um Ko-Morbiditäten, d. h. um statistisch überzufällig häufige Begleit- oder Parallelerkrankungen.**

Es geht um Symptombelastungen durch Schmerzen, durch körperliche und seelische Belastungen, nur wird „körperlich und seelisch“ nicht mehr getrennt, sondern die Symptome sind **gleichwertig** zu gewichten als erhebliche Beeinträchtigungen mit psychosozialen Folgen, wie es ja jetzt endlich auch bei der Begutachtung der Behindertengrade zwingend ist.

Leider wird FMS nach der WHO unter der Kategorie M79.70 klassifiziert (d. h. unter Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes), besonders nach Forschungen in den 90er Jahren war für FMS hier keine ursächliche Begründung zu finden (die Tender Points sind anatomisch nicht erfassbar), sodass es unter der F-Klassifikation (Psychische und Verhaltensstörungen), einem sehr schwammigen Begriff, als körperbezogene Schmerzstörung untergebracht wurde, als F45.40.

Hierbei handelt es sich aber um eine rein psychiatrische Klassifizierung, die immer noch die veraltete Trennung in körperlich und psychisch benutzte. Nach 2009 kam die Diagnose „Chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Faktoren“ hinzu, als F45.41. Es blieb aber bei der Somatisierungsstörung – auf Konflikten aufgebaut, als Überbleibsel von Sigmund Freud.

FMS ist so aktuell weder unter M- oder F- zu kodieren; diese Klassifikationen und deren Kodierung sind Bedingung für die Behandlungsmedizin (kurativ, Kassen, Versicherer) und den Gutachtenbereich.

Es geht so um Schmerzen, um gestörte Organfunktionen (Kiefergelenke, Dickdarm, Harnblase, Beckenboden u. a.), Erschöpfung, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Veränderungen der Stimmungslage, Schlafstörungen, Sorge, Furcht, Angst; Katastrophisieren von erlebten Empfindungen, Beschwerden; Verhalten gegenüber gefühlten Beeinträchtigungen.

Das neue, seit 05/2013 vorliegende Diagnostische und Statistische Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, deutsch 12/2014, ist nach Entscheid des Bundessozialgerichts (BSG) neben der ICD-10 anwendbar.

Ich bin seit längerem der Ansicht, FMS fallen zu lassen – so warteten wir auf die neue ICD-11. Diese nun zu verlassende Diagnose beschrieb im Grunde nichts. Außer Schmerzen und schmerzhafte Druckpunkte ohne erfassbare anatomische Substanz wurden weitere Beeinträchtigungen im Verlauf der Jahre hinzugefügt.

Symptome die anderswo besser „untergebracht“ wären als im **Konstrukt** dieser Diagnose. Stellen Sie sich beim Neurologen mit Müdigkeit und Schmerzen vor – die Diagnose lautet dann sowieso „Borreliose“ (Antikörper findet man bei ca 1/3 bei Schmerzzuständen, Sprotte, Würzburg).



So nennt die neue Leitlinie FMS „Funktionelles, körperliches Syndrom“ oder „Funktionelle Körperbeschwerden“ mit „Ko-Morbiditäten“. Nicht schlecht, die WHO hat sich aber für Chron. Primäre Schmerzen entschieden. Mal sehen, was die deutsche Übersetzung, nach 2021, bringt; die gültige englische Version ca. Mitte/Ende 2020.

Die Arbeiten zur zentralen Sensibilisierung hinsichtlich der Entwicklung aus organischen Erkrankungen (C. Woolf) und der Entwicklung des Hypersensitivitätssyndroms (U.T. Egle) aus psychosomatischer Sicht über Veränderungen von Hirnarealen (Amygdala, Vorderhirn, Hippocampus) sind heute noch nicht Allgemeingut.

Die Diagnose „Körperliche Belastungsstörung“ der DSM-5 erscheint mit der Klassifikation F45.1. Warten wir also auf die ICD-11 und später.

Vorsicht: andere Diagnose-Namen bedeuten hier nicht die Diagnose (FMS) mit anderem Namen, sondern einen Schmerzzustand: endlich erarbeitet nach Kriterien und Parallelerkrankungen.

Diese Betrachtung des FMS ist inzwischen aufgegeben, wie auch in der revidierten Leitlinie nachzulesen; FMS als M79.70 zu klassifizieren, fällt nach den Ergebnissen der Schmerzforschung in den vergangenen 15 Jahren weg.

Parallel tritt oft eine depressive Erkrankung auf, mit niedergedrückter Stimmungslage, Interesse- und Freudlosigkeit, Gewichtsproblemen, Schlafstörungen vieler Art, Konzentrations- und Denkstörungen, Müdigkeit, Energiemangel, Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühlen, Gedanken an Tod und Sterben. Diese Vielfalt an Symptomen ist **nicht chronischen Schmerzen anzulasten!** Wie oft gemeint.

Angst (Furcht) kann sich in vielen Schattierungen zeigen, als Angst vor etwas, z. B. einem Tier oder einer Situation, als Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Muskelspannung, Schlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf etc.; als Angst vor Menschenmengen, engen Räumen, offenen Plätzen, als anfallsartige Angst mit Luftnot, Gefühl des Erstickens, Herzrasen, Magenbeschwerden, Taubheitsgefühl, Ohnmachtsgefühl, Schwitzen, Beklemmungsgefühle/Stiche/Druck in der Herzgegend, Gefühl der Unwirklichkeit; Angst die Kontrolle zu verlieren u. a.

Psychiater zeigen oft große Schwierigkeiten, in ihrem Gebiet zu kodierbaren Gesundheitsstörungen, nach Kriterien erstellt, zu gelangen (viel geschieht hier „aus dem Bauch“ heraus).

Der Entwurf der neuen FMS-Leitlinie zeigt auf, dass somatoforme Schmerzen **nicht synonym** der FMS anzusehen sind, auch die neue DSM-5 mit der Diagnose F45.1 als Körperliche Belastungsstörung soll nur in ca. 25 % Übereinstimmung mit der FMS zeigen – eine bisher nicht belegte Behauptung.

Anerkannt werden die Entwicklungen zur Zentralen Sensibilisierung (C. Woolf), die erklärt, warum alle Empfindungen überhöht, verstärkt und ausgeweitet erlebt werden und zum Hypersensitivitäts-Syndrom (U. T. Egle), das frühkindliche, kindliche und jugendliche starke Belastungen mit Veränderungen in Hirnarealen wie Volumenzunahme und andererseits Schrumpfung, korreliert und Bindungsprobleme wie Vertrauen, Sicherheit, Wohlfühlen im Nest u. a. und deren Störungen oder Gegenteile beschreibt.

Die Diagnose stützt sich auf das bio-psychoziale Krankheitsmodell, gesamtheitlich als **Gesamtkrankheitsbild** mit Veranlagung, Auslösern und Chronifizierung, d. h. mit organischen und psychosozialen Belastungen, die im Erwachsenenalter zu Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, niedergedrückter Stimmungslage, diffusen Muskelschmerzen, Kraftminderung als **Endstrecke** der Vorgänge, führen können, dazu zählt auch ein Burn-out, ohne dass eine psychiatrische Diagnose zunächst zu stellen ist; diese erscheint als eigene psychiatrische Störung.

Das Schmerzproblem ist so nur ein Teil des Gesamtkrankheitszustands.

In 2013 wurde Veränderung, Ausdünnung der kleinen Nervenfasern mit FMS korreliert, die Hornhaut-Mikroskopie als neues Verfahren, CCM. Es zeigte sich aber jetzt, dass diese Veränderungen unabhängig von der Entwicklung zum FMS vorliegen können. Ebenso sind Infektionserkrankungen nicht ursächlich für FMS; dieses Konzept wurde schon Ende der 90er Jahre aufgegeben, z. B. als Folge des Epstein-Barr-Virus.

Der Gutachter sieht sich konfrontiert mit einer Konstellation von Dauerschmerzen, Angst- und depressiver Störung mit schwerwiegenden psychosozialen Belastungen. Das alles kann nicht mit Drücken von Tender Points diagnostiziert werden – dies ist schlicht unsinnig. Auch das wohlwollende Akzeptieren von Schmerzen in verschiedenen Körperregionen, quer durch den Körper hindurch, allein reicht zur Diagnose nicht aus. So wird auch die Somatisierungsstörung mit Schmerzbeschreibung infolge angeblicher Konflikte endlich wegfallen

Zur Begutachtung wird auch eine aufwändigere Aktenanalyse erforderlich sein. DAS schlägt uns die neue Leitlinie aber nicht vor.



– immer noch ein leichter Abschied? Diagnose? Behandlung?

- Unsinnige Zählung von Tender Points zur „Diagnostik“, die Anzahl der Tender Points ist nur Ausdruck der Ausprägung von Schmerzhaftigkeit den Körper hindurch – querbeet – nach Zentraler Sensibilisierung, d. h. nach Aufbau von Empfindlichkeit in Hirnteilen als Netzwerk; damit ist logischerweise keine „Diagnose“ zu stellen, und sollte so auch von Anfang an (1990) nicht so funktionieren!

„Diagnosestellung“ durch „Drücken“ von definierten Körperarealen ist nicht ausrottbar. Es handelt sich um schlichten Unsinn im klinischen, nicht wissenschaftlichen Gebrauch.

Drücken von bestimmten festgelegten Körperstellen zur Diagnosefindung im klinischen Bereich ist von der ACR, der Amerikanischen Gesellschaft für Rheumatologie, nie vorgeschlagen worden – die Tender Points sind nur für wissenschaftliche Zwecke

mit einem Algesiometer, wörtlich „Schmerzdruckmesser“ – aufzusuchen: siehe auch Cohen, Melbourne 2002, und F. Wolfe 2003, dem Sprecher der ACR; sowie Petzke, Köln 2008, Habilitationsschrift, jetzt Göttingen.

Man kann und darf so keine Diagnose stellen, die ganze medizinische Welt lacht ... denn schließlich hat es sich bis nach Peckelsheim durchgesprochen, dass das so nicht zielführend ist.

- Auch Aufgabe der Diagnose somatoforme Schmerzstörung – genau anhaltende somatoforme Schmerzstörung – wird sich durchsetzen, da eine psychische Störung mit körperbezogenen Beschwerden gemeint ist.

Falls FMS-Betroffene sich beim Arzt mit FM vorstellen, laufen sie einfach ins Messer: der Untersucher verdreht die Augen, wenn er denn überhaupt zuhört, schreibt eine Überweisung zum Psychiater, aber auch die Mitteilung von 98 Symptomen, mit Mitteilung von Leistungsunfähigkeit, hat denselben Effekt. Nach 7 Minuten ist die Konsultation zu Ende. Ich überspitze hier sicher. Falls der Arzt Ihnen monate-/jahrelang trotzdem geduldig zuhört, und Sie eigentlich behandlungsfehlerhaft mit Schmerzmitteln, Physiotherapie, Spritzen u. a. „behandelt“, sollten sie einmal seine Berichte, Atteste lesen ... Da steht dann etwas von somatoformer Schmerzstörung, Depression, 16 orthopädisch orientierten Diagnosen u. a.

Vor allen Dingen darf man einer Person nicht eine psychische Störung „anhängen“, nur weil eine körperliche Schädigung nicht nachgewiesen werden kann oder als vermeintliche Ursache/Begründung herhalten muss, ohne dass dies untersucht bzw. belegt ist. Warum untersucht der Behandler Sie nicht psychiatrisch/psychosomatisch? Er hat es doch gelernt! Oder? Er hat einfach keine Zeit und/oder bekommt es nicht bezahlt.

2017 – Übersicht 2018



Erstens: The magic bullet, die magische Kugel, die Zaubermethode zur Behandlung gibt es immer noch nicht und wird es auch in Zukunft nicht geben.

Die neue Leitlinie ist nur für den wissenschaftlichen Gebrauch bestimmt. Zur Diagnose werden die alten Anleitungen beibehalten, neue werden hinzugefügt, die sich auf die Entwicklung von Überempfindlichkeiten stützen, u. a. von Schmerzen, Müdigkeit, unbestimmten Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Stimmungsbeeinträchtigungen.

Aus diesen Beschwerden ist keine echte psychiatrische Diagnose zu entwickeln, dazu sind andere Kriterien anzuwenden.

In der Kurzform sowie der Zusammenfassung für Patienten erscheinen keine neuen Gesichtspunkte, die für Sie wesentlich hinsichtlich der Behandlung wären, allerdings nähern sich Diagnostik und Behandlung an die Methoden der Psychosomatik an; diese kümmert sich um die Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele. Dieses Gebiet entwickelte aber auch die Beachtung von Bindungsproblemen in der Kindheit und anatomisch erfassbare Hirnveränderungen als Antwort auf frühe überfordernde Belastungs-/Stresssituationen, andauernde Stressbelastungen, Burn-out, d. h. diese und weitere bedeuten Risikofaktoren für Funktionsbeeinträchtigungen im Erwachsenenalter, auch für chronische Schmerzen.

Es geht um **Körperbeschwerden ohne** erfassbaren organischen, d. h. somatischen, körperlichen Befund wie z. B. Herzrasen, Luftnot, Ohnmachtsegefühl, Durchfall u. a. Es geht also um **körperlich erfahrene**, empfundene und erlebte seelische und/oder soziale Beeinträchtigungen mit Schmerzausweitung, niedergedrückter Stimmungslage, Schlafstörungen u. a., mit unbestimmten und teilweise regionalen Muskelschmerzen, den Muskelkontraktionsknoten, genannt Trigger Punkte/Stränge – mit und ohne Ausstrahlungsphänomene.

Das heißt, dass es sich beim chronischen Schmerzzustand **nicht** um eine depressive oder eine Angststörung handelt. Psychische, psychiatrische Diagnosen sind unabhängig, parallel als Ko-Morbidität(en), statistisch überzufällig häufige Parallel-/Begleiterkrankungen, zu entwickeln.

Es handelt sich so NICHT um eine psychiatrische Erkrankung. Abgesehen davon, trennen wir körperlich und seelisch nicht mehr, d. h. psychisch : seelisch ist aufgegeben. Ein Schmerzzustand bedeutet Funktionsbeeinträchtigung mit Diagnosen, es geht

nicht mehr um eine Ideologie, um eine Umwelterkrankung wie z. B. das MCS (Minimal Chemical Sensitivity).

In den neuen Leitlinien der deutschsprachigen Länder wird seltsamerweise – man wartet wohl auf die neue ICD-11 – die Diagnose Fibromyalgie-Syndrom beibehalten. Nach unserem Wissen seit 10–15 Jahren bedeutet FMS aber keine Erkrankung des Muskel-Skelettsystems, auch keine der kleinen Nervenenden – Ausdünnung und auch keine psychiatrische Schmerzstörung, wie sie so gerne in der Neurologie, von Nervenärzten, in der Psychiatrie, Rheumatologie, Orthopädie, der Schmerzmedizin diagnostiziert wird. Es braucht ja kaum eine diagnostische Anstrengung.



„Schmerz“ ist KEIN erfassbarer körperlicher Befund, sondern ein Schmerzzustand mit Beeinträchtigungen sowie psychischen und sozialen Folgen. Schmerz ist zunächst das, was man fühlt.

Schmerz ist vorerst ein Bewußtseinsphänomen mit vielen Facetten, Dimensionen, falls chronifiziert, verliert chronischer Schmerz seine Verbindung/Beziehung zur Ursache.

Das Problem sind die häufigen Parallelerkrankungen, sodass man oft vor drei Problemkreisen steht

- Chronische Schmerzen – ein Schmerzzustand,
- dazu Angst- und
- depressive Problematik als eigene Diagnosen

So stehen wir heute vor der Frage der Klassifizierung, da Erkrankungen nach Erfassen von Funktionsbeeinträchtigungen unter Beachtung der Kriterien zur Diagnose zu entwickeln sind. Erforderlich für die Kontakte mit den Kassen, Versicherungen, Gerichten, mit Ziffern versehen.

Für das Fibromyalgie-Syndrom fehlt uns so nach den Erkenntnissen der vergangenen Jahre aktuell die Möglichkeit, diese zu kodieren, was eigentlich ein unhaltbarer Zustand ist. Die Beschreibung nach erfassten körperlichen Veränderungen geht so ins Leere, aber auch die psychiatrische Diagnose – anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sodass das FMS sich im freien Raum befindet, da es in der Systematik der Erkrankungen keinen Platz findet.

Wir nannten aber die Erkrankung weiterhin FMS, wie gehabt, obwohl die wissenschaftlichen Erkenntnisse der vergangenen 15–20 Jahre darüber hinweg gelaufen sind (der Neurobiologie, der Psychiatrie, der Psychosomatik). Abgesehen davon sind die Tender Points rein gedankliche Phänomene, die nie, in keiner Weise als anatomische Areale zu erfassen waren. Ich selbst habe sie als kleine, flache, schmerzhafte Areale umschrieben, ohne anatomische Wertigkeit, ohne Substanz und Strukturveränderung.



Fibromyalgie-Syndrom 2017

Warum ist die Diagnose FMS in den vergangenen Jahren bei Orthopäden, Neurologen und anderen Gebieten derart in Verruf geraten? Und nun gibt es sogar noch die 2. Aufarbeitung der gültigen Leitlinie von 2012, und das, obwohl FMS gar nicht mehr „passend“ nach den „neuen“ Erkenntnissen der vergangenen Jahre, nach den anerkannten Regeln der WHO zu erfassen, zu beschreiben ist., z. B. nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 zu klassifizieren/kodieren ist.

Die Gründe: Dauerschmerzen werden vorgetragen und der Behandler findet – nichts, keinen fehlerhaften, krankhaften körperlichen Befund. Verschleißveränderungen haben keine Verbindung/Beziehung zu chronischen Schmerzen. Bandscheibenvorfälle sind in der Hälfte der Fälle schmerz- und beschwerdefrei!

So wurde in den vergangenen 15–20 Jahren dieser Schmerzzustand in die Psychiatrie verschoben mit der Diagnose somatoforme Schmerzstörung, als anhaltende somatoforme Schmerzstörung, als chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Faktoren – als **Erkrankung ohne Krankheitswert, ohne Leistungsbeeinträchtigung** (in den Gutachten liest man: weiter Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten für mehr als 6 Stunden).

Auch die Klassifikation (Einordnung in ein System, d. h. die systematische Benennung der Erkrankungen mit Ziffern (für FMS z. B. M79.70 oder F45.40 bzw. F45.41 nach der gängigen Methode der Internationalen Einordnung von Erkrankungen der WHO) nach erfassbaren Funktionsbeeinträchtigungen, die in der Regel bei fehlenden peripheren Schädigungen eben als „fehlend“ beschrieben wurden, und so ohne Umwege als „psychiatrisch“ angesehen wurden. Diese Vorgehensweise verschaffte diesem Krank-

heitsbild einen zweifelhaften Ruf, obwohl die vielen vorgebrachten Beschwerden vom Betroffenen als real empfunden und erlebt wurden und zur Leistungsbeeinträchtigung führen können – das ist aber gutachtlich ohne Anwendung der neuen Erkenntnisse fachübergreifend nicht zu leisten – besonders die der Neurobiologie, der Psychosomatik, der Psychiatrie.

In den vergangenen mehr als 3 Jahren ist dieses Krankheitsbild mehrfach und deren neue Begründungen **in den Ausgaben der „Fibromyalgie-aktuell“** der FLD e.V. diskutiert worden.

Info „LEITLINIEN“

Leitlinien sind keine Richtlinien, deshalb nicht rechtlich bindend und so auch keine Vorgabe für Ärzte – sie werden aber zunehmend bei gerichtlichen Auseinandersetzungen, durch die Krankenversicherungen, durch die Politik zur Begründung von Einspareffekten u. a. als vorliegender Standard benutzt.

Sie werden als Orientierungshilfe eingesetzt, um wissenschaftliche Erkenntnisse mit dem Erfahrungswissen der Ärzte zu verknüpfen.

Wissenschaftlich erarbeitetes Wissen kann aber nicht die absolute Wahrheit liefern, da derartige Studien strengen Vorgaben unterworfen sind.

Ausschlusskriterien von Patienten erfolgen – sie spiegeln also in keiner Weise den normalen, realen Patienten wieder. Zudem geben Studienerkenntnisse nur Durchschnittswerte an – der Arzt muss jedoch individuelle Patienten behandeln.

Die meisten Leitlinien verlieren schnell ihren Wert, haben nichts mit den wirtschaftlichen Vorgaben in der Praxis zu tun: und sind so praktisch nicht umsetzbar, deshalb sie sich auch „wissenschaftlich“ nennen.

Die fachübergreifende (multimodale) Behandlung soll chronischen Schmerzpatienten zumindest eins zurückgeben – Lebensqualität.



Funktionelle Körperbeschwerden 06/2018

- Die neue Klassifikation der Erkrankungen (ICD-11) kam 06/2018 zunächst als Grundgerüst, das weltweit nun diskutiert, übersetzt und ca. 2020 oder später veröffentlicht wird.
- FMS wird bald abweichend von der bisherigen Bearbeitung der Beschwerden nach anderen Kriterien als Schmerzzustand diagnostiziert werden – auch der Name ändert sich dann, im Gespräch sind die unspezifischen (nicht-spezifischen), funktionellen Körperbeschwerden (NFKB) u. a.

Diese Diagnose ist aber (noch) nicht anzuwenden, da (noch) nicht zu klassifizieren.

Auch die neue DSM-5 tut sich als Diagnostisches und Statistisches Manual in der deutschen Übersetzung von 12/2014 schwer. Diese gelungene Übersetzung liegt der zukünftigen ICD-11 zum Teil zugrunde.

Dem FMS wurden außer Schmerzen und schmerzhaften Druckpunkten ohne erfassbare, anatomische Substanz im Verlauf der Jahre weitere Beeinträchtigungen hinzugefügt. Symptome, die anderswo besser untergebracht wären als in dieser „konstruierten“ Diagnose FMS.

So nennt die neue Leitlinie FMS ein „Funktionelles, körperliches Syndrom“ mit „Ko-Morbiditäten“ – dem ist voll zuzustimmen: **es ist aber nicht mehr** die FM (das FMS) mit Tender Points und schmerzhaften Muskel- und Sehnenansätzen – **das ist Geschichte.**



Lesen Sie mehr ...

Forschungsergebnisse gelangen praktisch nicht in verständlicher Form zu Patienten und Ärzten:

- nicht nur das lesen, was einem passt und seine eigene Meinung bestätigt
- Vergütungsprobleme bei Ärzten: 9 EURO für ein Gespräch, viel mehr für Apparate, Bildgebung, Labor u. a.
- deshalb unnötige Untersuchungen und Behandlungen, auch um sich vor Klagen zu schützen, so meinen viele, chronische Schmerzen sind nicht mit Schmerzmitteln, Spritzen und Operationen zu behandeln, Akutschmerzen bedeuten etwas gänzlich anderes
- die meisten Ärzte kennen/verstehen die wissenschaftliche Forschung in ihrem Fachgebiet nicht
- es fehlt statistisches Verständnis, ebenso Mangel an fundierter Erklärung von Untersuchungsergebnissen: ein positiver Down-Syndrom-Test hat ein Risiko von 1:20, d. h. 19x falscher Alarm; Sie sehen, „positiv“ allein ist falsch
- Info www....:
 - IQWiG Köln
 - AOK Gesundheitsnavigation
 - Faktenscheck-Gesundheit
- Vorsicht: IGEL-Leistungen sind in der Regel unnötig, sie schaden eher dem Portemonnaie.
- Kennen Sie den Unterschied von Vorsorge und Früherkennung?
 - Vorsorge soll die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit verringern (Krebs in der Familie? Frühe Pubertät? Frühzeitiges Ende der Regel? Rauchen? Starkes Übergewicht? Bewegung? Diabetes? Schlaganfall? Herzinfarkt? usw.). Rauchen ist der 1., Übergewicht der 2.-wichtigste Risikofaktor für Krebs. Vorsorge heißt nicht Vitamine füttern, diese sind auch in Höchstdosen unwirksam, wenn nicht gar schädlich.
 - bei der Früherkennung ist die Krankheit schon da, soll aber so früh wie möglich erkannt werden. Krebs-Früherkennung ist keine Vorsorge! Krebs benötigt 20–30 Jahre bis zum Erscheinen.

- Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Früherkennung von Krebs sind der Mehrzahl der Patienten und vielen Ärzten unbekannt, z. B. Lungenkrebs, Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs. Jeder Krebs hat seine eigene Geschichte.
- Krebs ist eine Erkrankung, bei der die schützenden Gene versagen und fehlerhafte Wachstumsgene entstehen. Darauf gründet sich die gesamte Behandlung. Die Unterschiede der Krebsarten liegen in den Genen.
- Sämtliche Vorbeugung und die Risikofaktoren können nur über diese Mechanismen wirken; jeder 3. Raucher stirbt an Krebs.
- Alternative Behandlung ersetzt gesicherte Behandlungsmaßnahmen, komplementäre werden zusätzlich angewendet. 70 % der Krebskranken lassen sich zusätzlich alternativ behandeln, bei Brustkrebs sind es 90 %.
- Schädlich sind diese Behandlungsmethoden bei der Krebs"vorbeugung", da sich diese Patienten besser vor Krebs geschützt meinen, als sie wirklich sind. Rauchen sie ruhig weiter, obwohl sie der Ansicht sind, dass Globuli vor Krebs schützen, sie schaden sich nur weiter.

Auf den (Lese)-geschmack gekommen? Lesen Sie weiter unter [www](#). (siehe die oben genannten).



Überempfindlichkeit

Organe/Organsysteme können als empfindlich erlebt werden, ebenso Körpersymptome organischer, psychischer und sozialer Begründung. Fragen nach Schmerzen quer durch den Körper, Fragen nach Schlaf, morgendlichem Erholtsein, nach Müdigkeit/Erschöpfung, Konzentrationsvermögen, Gedächtniseinschränkungen, Belastungen, Lebensereignissen, Bindungsverhalten ab dem Säuglingsalter – und schon haben wir die richtigen Fragen gestellt.

Jahrelang wurde nach 1987 versucht, die Druckausübung auf die Tender Points zu normieren – vergeblich, selbst ein sogenanntes Algesiometer ergab keinen Erkenntnisfortschritt; aber auch der zu untersuchende Betroffene gibt unangenehmen Druck bis zur Schmerzäußerung sehr unterschiedlich an, sodass aus dieser Angabe nichts Positives „ja, schmerzhaft“ oder Negatives („nein“) zu dokumentieren ist.

„Es gibt ca. 5000 verschiedene Leitlinien für alles und nichts in der Medizin.“

„Leitlinien“ hinsichtlich chronischer Schmerzen sind sehr abhängig vom Gebiet und der Absicht der Ersteller, sind es Rheumatologen, Psychosomatiker, Psychiater oder Gutachter; übrigens haben Leitlinien nur eine SEHR KURZE Lebensdauer, d. h. ca. 2–3 Jahre. Die meisten sind schon veraltet, wenn sie auf den Markt kommen.

Leitlinien haben mit Standards wenig zu tun, d. h. mit zwingend erforderlichen Beachtung und Anwendung.

Hierbei spielt auch eine mit beiden Händen auszuführende Untersuchung hinsichtlich Vorliegen von Schmerzen eine hinweisende Rolle, mehr aber nicht: der Finger 2–3–4 beidseitig, Untersuchung der mittleren Fingergelenke, der Fingerknochen, der seitlichen Gebiete der Ober- und Unterarme, der Ober- und Unterschenkel mit der jeweiligen Antwort auf Druckausübung. Wie gesagt, es kann sich nur um einen Hinweis handeln, ob überhaupt ein ausgeweitetes Schmerzproblem vorliegt, ebenso Prüfung von Allodynie und Hyperalgesie – Schmerzempfinden auf einen harmlosen Reiz, auf einen starken Reiz hin.

Der Patient gibt die Schmerzen an, d. h. nicht der Untersucher* – das „Schmerz-erleben“ wird so besser abgebildet – genau das soll bei der Aufnahme der Krankengeschichte zugleich erfolgen.

ERST nach 2020 soll dazu noch „Erschöpfungsgefühl“, „unerholtes Aufwachen“ „beeinträchtigte Konzentration“, „beeinträchtigt Gedächtnis“ eine Rolle spielen, plus u. a. auch Ohrgeräusche.

Das mag für einige „Neuigkeiten“ bedeuten.

Die klinische Medizin ist zudem keine Wissenschaft. Es gibt nur gute und schlechte Studien, bei Tieren und Menschen.

Auch die Statistik gibt nur Durchschnittsergebnisse an und sagt nichts über die Einzelperson in ihrem Umfeld.

Was die Behandlung betrifft, ist alles gut, was keine neuen Risiken schafft, also unschädlich ist, d. h. man kann dem Betroffenen vieles anbieten und hat auch Wirkung und kurzfristigen „Erfolg“. Natürlich macht das jeder Behandler auf seine Weise, er gibt an, was er kann; wer einen Hammer hat ... wer TCM-Jünger ist, etc.

Einzelne vorgeschlagene Behandlungsmethoden sind aber IMMER nur im Rahmen eines Gesamtplans anzuwenden.



UMDENKEN – nicht quer denken

Was geschieht mit dem Begriff „Fibromyalgie“ oder der Einheit „Fibromyalgie-Syndrom“, dem Symptomkomplex, nachdem die neue Klassifikation der Krankheiten der WHO, der Weltgesundheitsorganisation, die ICD-11 erscheint – in 2021 oder später, die Internationale Klassifizierung von Krankheiten?

Die deutsch-sprachigen Länder hatten 2009 die ICD-10 GM (German Modification) publiziert. Heißt das „weiter so“ oder mit der Anwendung warten, bis die deutsche Übersetzung der ICD-11 erscheint – 2021 oder später?

Fakt ist, dass die körperlich, organische Diagnose M79.70 – Fibromyalgie-Syndrom – als Erkrankung bei Schädigungen im Skelett-, Muskel- und Bindegewebesystem aus wissenschaftlichen Gründen seit Jahren nicht mehr zu halten war, da hier von Schädigungen die Rede war.

Sollte man hier nur dasselbe anders nennen?

- Somatoforme Schmerzstörung? Eine Somatisierungsstörung, deren theoretische Entwicklung nie konkret belegt wurde? Eine Krankheit ohne echten Krankheitswert.
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung? Eine Verlegenheitsdiagnose.
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung? Auf körperlich empfundene Schmerzen bezogen.

Auch wenn funktionelle Symptome, psychische Beschwerden körperbezogen gefühlt und empfunden werden, auch bei Stimmigkeit, schafft man es nicht, diese Beschwerden als „objektivierbar“ anzuerkennen (Klage von Prof. Phillip, Landshut).

Die neuen Vorschläge lauten:

- Chron. Primäre Schmerzen nach ICD-11
- Nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden? Die spätere deutsche Übersetzung?
- Körperliche Belastungsstörung? Nach DSM-5?
- Stress-induzierte Hypersensitivität/Hyperalgesie?
- Zentrales Sensibilisierungssyndrom?

Info:

- Entwickelt sich nach tiefgreifenden Stresszuständen,
- bedeutet die Ergebnisse organischer Begründung.

Eine andere neue Klassifikation – hier hat Fibromyalgie/FMS schon ausgedient, die DMS-5 von 05/2013 – deutsch 12/2014 ist im allgemeinen Gebrauch.

Der Begriff „Fibromyalgie“, nicht mehr die Diagnose, beschrieb nur die sogenannte zentrale Sensibilisierung, die erhöhte Empfindlichkeit von Beschwerden wie Schmerzen, diffuse Muskelschmerzen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Müdigkeit, regionalen Muskelschmerzen – die Trigger Punkte, die als sekundäres Phänomen auftreten können, sind erfassbar und schwierig zu behandeln. Von messbaren, erfassbaren Veränderungen, Schädigungen war nach 2000 nicht mehr die Rede. Man versuchte, Veränderungen zu finden, falls man keine fand, wurden die Schmerzen als somatoform, d. h. körperbezogen, deklariert.

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) als Krankheitsbezeichnung fällt in Zukunft weg und wird durch vorher genannten Bezeichnungen ersetzt werden: die weiteren Vorschläge sind der folgenden deutschen Übersetzung – nach 2022 – der ICD-11 vorbehalten.

Alle diese Anstrengungen führen jedenfalls weg von der Unterscheidung in körperlich oder seelisch, als Entweder/Oder hin zur Betonung psychosozialer u. a. Aspekte; diese beschreiben den Gesamtzusammenhang von aktuellen und lebensgeschichtlichen Ereignissen, Belastungen, Verhalten. Diese haben, sehr wichtig, die **gleiche Wertigkeit** wie organische und psychologische/psychiatrische Symptome.

Keiner findet etwas – und nichtsdestoweniger krank?

FMS eine körperliche Erkrankung? Ausschließlich? In jedem Fall? Es gibt halt **keine Befunde** im Sinne von Körperschäden – also sind die „Diagnosen“ des Orthopäden für die FMS mit Vorbehalt zu sehen, der Rheumatologe hat nur ein chronisch-entzündliches Geschehen ausgeschlossen.

Der Diagnosenhaufen der Orthopäden spielt gar keine Rolle, da es bei FMS in keinem Fall um Schädigungen geht, z. B. um auffällige Laborwerte. Ein MRT hilft uns auch nicht weiter.

Ein chronischer Schmerzzustand bedeutet einen Zustand von zentraler Schmerzüberempfindlichkeit, das Gehirn war durch Belastungen, Stress, einschneidende Ereignisse **andauernd von Stresshormonen überflutet worden**, Schmerzen als weitere Stressbelastung für das zentrale Netzwerk treten hinzu.

Grund genug, um erneut akute Schmerzen ohne weiteren Anlass zu produzieren, da das Gehirn in diesem Zustand von Überempfindlichkeit autonom, selbstständig arbeitet.

Parallel liegen oft Müdigkeit, Schlafstörungen, auf das Denken bezogene Auffälligkeiten und Stimmungsschwankungen vor; hierbei handelt es sich nicht um die Diagnose einer depressiven Störung, sondern um einen Teil der Hirnveränderungen und können stärker beeinträchtigend sein als Dauerschmerzen allein.



„Schmerzen“ überfallen das Gehirn nicht einfach so, sondern diese werden in der Zusammenarbeit vieler Gehirnareale „aktiv“ produziert. Hat sich diese Überempfindlichkeit erst einmal etabliert, sprechen wir von **Sensibilisierung, Sensitivität.**

Die **Diagnose** nennt sich chronischer Schmerzzustand; sie ist charakterisiert durch Schmerzen, die durch den ganzen Körper gehen, durch Muskelschmerzen und evtl. durch überempfindliche Organe; das zeigt sich in Kopfschmerzen, Kiefergelenksproblematik, Oberbauchschmerzen, einer Reizblase u. a.; falls akut auftretend, werden die andauernden Schmerzen verstärkt und ausgeweitet erlebt. Berührung kann schon schmerzhaft sein, zudem oft Kälteempfindlichkeit.

Für eine zentrale Sensibilisierung liegen **mehrere Begründungen** vor wie Vererbung, organische Ursachen, psychische Belastungen, Lebensereignisse, wobei erhöhte Empfindlichkeit für Körperfunktionen bestehen, dies also zunächst keine Diagnose bedeutet.

Ein andauernder Schmerzzustand zeigt immer erhebliche Beeinträchtigungen und immer psychosoziale Folgen, u. a. Stimmungsschwankungen, Antriebsmangel, Schlafstörung, Müdigkeit, Probleme mit dem Arbeitsplatz, Änderung der Rolle in der Familie, Rückzugsverhalten.

Nachdem nun auch die deutsche Übersetzung des Statistischen und Diagnostischen Handbuchs DSM-5 vorliegt, hier wurde der Begriff FM schon 05/2013 aufgegeben und wird in der ICD-11 (in Ausarbeitung bei der WHO) ebenso als Diagnose entfallen und wahrscheinlich durch die Diagnose „Chronischer Primärer Schmerzzustand“ „ersetzt“ werden.

In der nun vorliegenden Übersetzung des DSM-5 kann FMS u. a. als Körperliche Belastungsstörung mit Untereinheiten schon klassifiziert werden – mit vorwiegend Schmerzen, andauernd, mit Schweregraden, ohne dass Schmerzbeurteilung vorliegen muss. Durchsetzen werden sich wohl die **nicht-spezifischen, funktionellen Körperbeschwerden.**

Entscheidend ist die Stichhaltigkeit/Stimmigkeit der Beschwerden, Beeinträchtigungen und deren Deutung (Interpretation) und Leidensdruck des Betroffenen.

Stichworte zum vorherigen Kapitel

- Ein chronischer Schmerzzustand bedeutet einen erhöhten Empfindlichkeits- und einen andauernden chronischen Stresszustand. Die Begründungen werden beschrieben.

Die Verschiebung zu höherer Empfindlichkeit geschieht bei der Verarbeitung von Schädigungen der Organe, z. B. denen des Halte- und Stützsystems, von Nerven, chronischen Entzündungen und starker gefühlsbetonter und stark belastender Ereignisse; Belastungen mit erheblicher Beeinträchtigung führen zu psychischen und sozialen Folgen, wie bei der Arbeit, in der Familie, bei Kontakten, der Freizeit, Sexualität.

Vererbung durch Beteiligung vieler Genorte, mehr als 110 „Schmerzgene“ sind bekannt. Bei der Migräne z. B. sind Hunderte von Genen beteiligt (siehe dazu später).

Die Art und Weise, wie Schmerz Betroffene ihre Beeinträchtigungen, u. a. Schmerzen, interpretieren/deuten und präsentieren, beeinflusst den Gesamtkrankheitszustand, ihr Empfinden und Erleben.

Charakteristisch sind also nicht die körperlich empfundenen Symptome an sich.

Notwendig ist die Beschreibung des Lebensvollzugs (real life) durch Darstellung der erlebten Symptome, der Belastungen und Beeinträchtigungen, sowie der **Gedanken, Gefühle und Verhalten in Bezug auf diese**.

Schmerzen müssen nun positiv vom Betroffenen in 4 Körperregionen angegeben werden; die Symptome sind nun aus Patientensicht positiv definiert.

Die „Symptomzählerei“ der somatoformen Störung entfällt – ebenso wie die „Verlegenheitsdiagnose“ einer „undifferenzierte Somatisierungsstörung“.
Es handelt sich hier somit um einen radikalen Unterschied.

Auch der Begriff „Medizinisch nicht erklärbare Symptome“ entfällt – CFS (vermutlich eine Autoimmunerkrankung mit Organversagen u. a.), MCS u. a. Ein chronifizierter Schmerzzustand bedeutet Entwicklung überhöhter Empfindlichkeit hinsichtlich diffuser Schmerzen, diffuser Muskelschmerzen, erst die nachfolgende überschießende Schmerzempfindung lässt die Muskelkontraktionsknoten (Trigger Punkte) als spontan bei Bewegung oder bei tiefem Druck bei der Abtastung als schmerzhaft erleben – hierbei liegt wechselseitige Beeinflussung zwischen der Skelettmuskulatur und dem Mandelkern vor (dazu später).

Man liest z. B. bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch einen jungen habilitierten Neurologen/Chefarzt, dass eine körperlich erfassbare Grundlage für die Beschwerden nicht vorläge.

Der somatoformen Schmerzstörung sei „kein echter medizinischer Krankheitswert“ zuzusprechen. DAS sollte nun Vergangenheit sein. Für einen Neurologen sind psychische Beschwerden einfach nicht „objektivierbar“ – das liegt aber nicht an der „somatoformen Schmerzstörung“.

Es geht aber um Funktionsbeeinträchtigungen, die für den Betroffenen real erlebt werden und einschränkend sind, für den Betroffenen also bedeutsam sind und wie diese von ihm interpretiert werden.

Das Problem „somatisch nicht hinreichend erklärter Körperbeschwerden“ ist nach Erscheinen des DSM-5 ausdiskutiert. Diese müssen nicht mehr begründet, erklärt werden, nur konsistent (stimmig, objektivierbar) zu erfassen sein.

Schmerz ist das, was man fühlt.

Ca. ein Viertel der Patienten haben einen derartig starken Leidensdruck, dass sie nicht mehr arbeiten können, ihre Rolle in der Familie ändert sich, sie ziehen sich zurück und vernachlässigen Hobbys.

Es geht um Leidensdruck, psychosoziale Auffälligkeiten und Chronifizierung, d. h. um Schmerzen, Störungen der Organfunktion, Müdigkeit/Erschöpfung. Es geht um die Ausprägung der Beeinträchtigungen, nicht um 88-100-253 Symptome allein.

Auch „psychische Beschwerden“ sind objektivierbar und gleichwertig den körperlichen.

Die „totale“ körperliche Klärung erfolgt in der Realität ohne Berücksichtigung psychosozialer Aspekte.

Nur „echte“, sog. „harte“ Beschwerden werden als gültig erkannt.

Trotzdem werden hier die Beschwerden „real“ erlebt, sie korrelieren mit zentralen Veränderungen, zeigen aber auch periphere Bezüge („Herzrasen“, Luftnot, Durchfall, Angst u. a.).



Ob jemand gesund oder krank ist, richtet sich nicht nach den objektivierbaren Daten, sondern nach der Wahrnehmung, dem Leiden, der Bedeutung und Beeinträchtigungen des Betroffenen selbst.

Unsere Gehirngebiete unterscheiden sich, je nachdem wie dicht sie durch viel Lernen, harmonischem Aufwachsen, enge Kontakte (Eltern, Freunde, Bekannte) wachsen, sich vernetzen konnten. Und dies beginnt schon in der 24./25. Woche der Entwicklung, der Entwicklung des Bewusstseins durch Vernetzung des Thalamus, des Striatums mit dem vorderen Großhirn.

Mitgefühl entwickelt sich nur durch unmittelbare Kontakte, nicht durch soziale Medien. Smartphone, TV lässt zudem die Sprache verarmen. Kontakte im sozialen



Der Körperlichen Belastungsstörung, den nicht-spezifischen, funktionellen Körperbeschwerden stehen somit ein echter Krankheitswert zu; sie sollten aber auch nicht zu Krankheiten erklärt werden, solange es dem Betroffenen möglich ist, ohne wesentliche Beeinträchtigungen die Alltagsfunktionen zu erfüllen und Lebensqualität zu erleben.

Netzwerk sind letztlich bedeutungslose Aktivität und Zeitverschwendung, führen zur Stimmungsverschlechterung, zur Minderung des subjektiven Befindens, machen einsam (M. Spitzer, Neurobiologe) und können zu Angst und Depression führen. In Japan kann man sich einen digitalen Freund mieten.

Direkte Kontakte sind unersetzbar.

Zu suchen ist so nach:

- Stress und Empfindlichkeit
- der Symptomwahrnehmung
- der Symptomverarbeitung – Schmerz bedeutet immer einen Lernvorgang (Flor, Mannheim; Apkarian, Chicago)
- aversiven (widerwillige, abneigende, negative) Erfahrungen
- Denken und Verhalten ohne Anpassungsbemühungen

Psychische Erkrankungen äußern sich oft in Form unklarer Körperbeschwerden; bei den nicht-spezifischen, funktionellen Körperbeschwerden handelt es sich aber nicht um eine psychische Erkrankung; liegt aber eine solche zusätzlich vor, muss mit Verstärkungsfaktoren gerechnet werden (Verlauf mit schwereren Ausprägungen).

Diagnostik: Anzahl der Beschwerden, Erklärungsmodell des Betroffenen; Fragen nach Befinden, Schlaf, Sorgen; wichtige körperliche Erkrankungen; Schweregradeinschätzung (nach VASD, NRS); positiv formulierte Diagnose (also praktisch keine Berücksichtigung von Verschleißveränderungen, diese sind nicht mit chronischen Schmerzen korreliert).

„Schmerzen“ sind nicht irgendwie zu beseitigen, wegzumachen.

„Schmerzfreiheit“ darf deshalb nicht von Behandlern angeboten werden.

Die Betroffenen HABEN „körperliche“ Beschwerden, also keine passiven Behandlungsmaßnahmen, bei Physiotherapie nur Hausaufgaben zur eigenmotivierten Behandlung, keine Spritzen und evtl. Operationen, besonders keine „Versteifungen“.

Die „Schublade“ – „ohne echten Krankheitswert“ – ist wissenschaftlich nicht haltbar.

- **Ein wichtiger Grundsatz: Speicherung von Schmerzen und Verarbeitung** ganz allgemein findet in **den gleichen Hirngebieten** statt, und zwar unbewußt. Wir bemerken so nicht unseren eigenen Anteil an der Produktion dieser Wahrnehmungen. Als Zeugen bei einem Verkehrsunfall haben wir alle unsere eigenen Wahrnehmungen, Verarbeitungen und damit unterschiedliche Aussagen. „Objektiv“ geht nicht.

- Mit der **Chronifizierung** wird aus der Warnfunktion des Akutschmerzes ein **falscher Alarm**.

Die nun bewusste Schmerzempfindung gibt so keine genaue Auskunft mehr, ob und wo ein organischer (körperlicher) Schaden vorliegt.

Bei diesen Dauerschmerzen handelt es sich sozusagen um eine „schlechte Angewohnheit“ des Nervensystems; einmal entstanden, sind solche Fehleinstellungen des zentralen Nervensystems häufig hochgradig automatisiert.

Sie entziehen sich der bewussten Wahrnehmung und der Kontrolle.

Schließlich führt eine Chronifizierung der Vorgänge zu erheblichen Beeinträchtigungen und immer zu psychosozialen Folgen.

Um die Begründungen der Schmerzvorgänge aufzuspüren, bedarf es umfassender Aufarbeitung.

Schmerzmedizinische Grundlagen

- Chronische Schmerzzustände sind nur fachübergreifend zu bearbeiten, nie allein neurologisch/chirurgisch/orthopädisch, internistisch, d. h. nie allein gebietsbezogen.

Psychiatrische, psychosomatische Kenntnisse sind unbedingt erforderlich, wobei diese ohne schmerzmedizinisches Grundlagenwissen allein nicht zum Ziel führen.

Die Bildgebung allein zeigt keine Korrelation zu Schmerzen, besonders nicht nach einer Chronifizierung. „Ursachen“ sind dann nicht mehr zu beschreiben.

Schmerzbegründungen spielen nach Chronifizierung keine Rolle.

Schmerzbegründungen können nozizeptiv (auf Gewebeschädigungen bezogen – Knochen, Sehnen etc.), neuropathisch (periphere und zentrale Nervenschäden – Verletzungen, Diabetes mellitus u. a.) oder rheumatologisch-immunologisch (Polyarthritits, Psoriasis u. a.) zu finden sein.

Lebensereignisse, einschneidende Belastungen, die frühkindliche Bindungssituation und andere, sind **mit chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter als Risikofaktor verbunden**, auch ein Burn-out, der mit Schmerzsymptomen auftreten kann, die dann – selbstredend – nicht mit Schmerzmitteln zu behandeln sind; falls das doch geschieht, würde es sich um einen (fast) unverzeihlichen Behandlungsfehler handeln, der die Schmerzen chronifizieren würde als chronischer Stressvorgang.

Bei den Betroffenen werden sämtliche Empfindungen verstärkt, erhöht erlebt. Den Vorgang nennt man Zentrale Sensibilisierung oder Hypersensitivierung (durch Stress ausgelöste Überempfindlichkeit) für viele Körperbeschwerden, wobei körperliche und seelische (psychische) Beschwerden untrennbar sind.



WIEDERHOLUNG: Die Trennung körperlich/seelisch ist aufgegeben. Findet man keine peripheren Funktionsbeeinträchtigungen, handelt es sich nicht automatisch um einen psychiatrischen Prozess (die im DSM-5 fallengelassene anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die chronische Schmerzstörung mit körperlichen und seelischen Faktoren).

Die biologischen Prozesse sind hierbei bekannt. Diese Vorgänge finden leider nur in der spezialisierten Psychosomatik Aufmerksamkeit.

Zur Diagnose-Findung sind die Funktionsbeeinträchtigungen stimmig herauszuarbeiten; bei chronischen Schmerzen wird nicht mehr nach den Begründungen gefragt (DSM-5, deutsche Ausgabe, 12/2014, Hogrefe, Seiten 421 ff).

■ Testpsychologie

Psychologische Testverfahren sind eine ärztliche Aufgabe mit ständigem ärztlichen Beisein und Interpretation, falls Fragen auftauchen und damit bekannt ist, unter welchen Bedingungen die Antworten erfolgten. Am besten benutzt man die digitalen Tests aus dem Hogrefe Verlag in Göttingen.

Es sind so Informationen zu sammeln, um sich z. B. ein genaues Bild vom Betroffenen zu machen. Eine Aufstellung von Stimmigkeit ist aber schwierig, um zu erkennen, ob **mit der Wahrscheinlichkeit etwas definitiv so ist**, d. h. die Mitteilungen des Betroffenen sind zu prüfen.

Schlussfolgerungen der Testpsychologie sollten sich auf diagnostische Bewertungen von Funktions- und Aktivitätseinschränkungen beziehen (diese sollten abgesichert sein), d. h. keine inhaltliche Interpretation von Angaben, von Beschwerden bieten; generell können nur körperliche Beeinträchtigungen erfasst werden.

Üblicherweise wird der Betroffene mit den bekannten 565 Fragen 3 Stunden lang allein gelassen, ohne Info oder Austausch. Die Ergebnisse einer derartigen „Auswertung“ kann man vergessen (falls sie denn erfolgen).



Parallelerkrankungen

Parallel zum chronischen Schmerzzustand tritt oft eine **depressive Erkrankung** auf, mit niedergedrückter Stimmungslage, Interesse- und Freudlosigkeit, Gewichtsproblemen, Schlafstörungen vieler Art, Konzentrations- und Denkstörungen, Müdigkeit, Energiemangel, Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühlen, Gedanken an Tod und Sterben.

Man nennt dies auch Begleiterkrankung oder Parallelerkrankung, auch Ko-Morbidität zum chronifizierten Schmerzzustand.

Es handelt sich jedenfalls vom Schmerzzustand unabhängige Krankheit(en), mit körperbezogenen Symptomen, auch heute als Systemerkrankung (den gesamten Organismus umfassend, beeinträchtigend) verstanden.

Die Vielfalt an Symptomen ist **nicht** chronischen Schmerzen anzulasten (!), wie oft gemeint.

Angst (Furcht) als Erkrankung kann sich in vielen Schattierungen zeigen, als Angst vor etwas – dann Phobien genannt (z. B. einem Tier oder einer Situation), als Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Muskelspannung, Schlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf etc.; als Angst vor Menschenmengen, engen Räumen, offenen Plätzen; als Panikattacke, als anfallsartige Angst mit Luftnot, Gefühl des Erstickens, Herzrasen, Magenbeschwerden, Taubheitsgefühl, Ohnmachtsgefühl, Schwitzen, Beklemmungsgefühle, Stiche/Druck in der Herzgegend, Gefühl der Unwirklichkeit; Angst die Kontrolle zu verlieren, Angst vor Tod und Sterben.

Psychiater zeigen oft große Schwierigkeiten, bei Schmerzzuständen in ihrem Gebiet zu kodierbaren Gesundheitsstörungen (nach Kriterien erstellt) zu gelangen; viel geschieht hier „aus dem Bauch“ und aus der „Erfahrung“ heraus.

Schmerzen seien sowieso nur ein „Bewußtseinsphänomen“, ein „körperähnliches“ Empfinden und hinsichtlich einer Leistungsbeeinträchtigung zu vernachlässigen; diese Ansicht ist gerade aktuell (endlich) Veränderungen unterworfen. Schmerzempfinden ist nicht „körperähnlich“, sondern kann körperbezogen sein.

Eine Auseinandersetzung mit Schmerzzuständen wird üblicherweise nicht geführt und einfach in einer wenig bedeutenden „Diagnose“ untergebracht – zum Schrecken und zur Benachteiligung der Betroffenen.

Leider belasten immer noch Fragen der Simulation, der Aggravation, der Motivation die Diskussion, obwohl es eigentlich nur um die Frage der Motivation geht.

Anerkannt werden die Entwicklungen zur **Zentralen Sensibilisierung** (Colvin/Fallon, Handbuch der Neurologie, 2016, Kanada); diese erklären, warum alle Empfindungen überhöht, verstärkt und ausgeweitet erlebt werden, und zum **Hypersensitivitäts-Syndrom** führen (U. T. Egle), das frühkindliche, kindliche und jugendliche starke Belastungen mit Veränderungen in Hirnarealen (anatomische Vergrößerung und Schrumpfungsprozesse!) korreliert und Bindungsprobleme beschreibt (Vertrauen, Sicherheit, Wohlfühlen im Nest der Kindheit u. a. und deren Störungen oder Gegenteil).

- Die Diagnose stützt sich auf das bio-psychosoziale Krankheitsmodell, also gesamtheitlich (**Gesamtkrankheitsbild**) mit Veranlagung, Auslösern und Chronifizierung, d. h. mit organischen und psychosozialen Belastungen, die im Erwachsenenalter zu Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, niedergedrückter Stimmungslage, diffusen und regionalen Muskelschmerzen, Kraftminderung als **Endstrecke** der Vorgänge führen können, **ohne** dass daraus eine psychiatrische Diagnose zu stellen ist!

Das Schmerzproblem ist so nur ein Teil des Gesamtkrankheitszustands.

- Im Jahr 2013 wurde Veränderung, Ausdünnung der kleinen Nervenfasern mit FMS korreliert (Hornhaut-Mikroskopie als neues Verfahren CCM, und Optische Kohärenz-Tomografie OCT – also Verlassen der Hautstanze). Es zeigte sich aber jetzt, dass diese Veränderungen unabhängig von der Entwicklung zum FMS vorliegen können, nämlich als genetische Veränderung.
- Ebenso sind Infektionserkrankungen nicht ursächlich für FMS (ein Paradigma Anfang der 90er Jahre). Das chronische Fatigue-Syndrom ist ein anderes Problem; es wird als Krankheitszustand weiterhin heftig diskutiert (Problem der Energiebereitstellung in den Mitochondrien, Mastzellproblematik u. a.).
- Bei der Begutachtung von Schmerzzuständen sieht man sich regelmäßig mit einer Konstellation von Dauerschmerzen, Angst- und depressiver Störung, mit schwerwiegenden psychosozialen Belastungen konfrontiert.
- Notwendig wird so ein zeitaufwändiges Erarbeiten von Funktionsbelastungen/-einschränkungen (> 3–4 Stunden Dauer). Ergebnis ist so **häufigeres** Vorkommen von Behinderungen und Leistungseinschränkungen, die ohne diese Gesamtbetrachtung nicht zu erreichen gewesen wären (siehe auch M. Philipp, Med. Sach. 3/2016).
- Zur Begutachtung wird auch eine **aufwändigere Aktenanalyse** erforderlich sein. Nach den neuen Vorgaben zur Begutachtung der Bundesregierung von Mitte Oktober 2016 wird diese komplexer, zeitaufwändiger und erfordert so auch höhere Honorierung.

Auch viele Richter sperren sich hier; besonders problematisch sind hier die gutachtlichen Stellungnahmen der Beklagten (Rentenversicherung, Versorgungsrecht,

Berufsgenossenschaften u. a.), wenn es um die Begutachtung chronischer Schmerzzustände geht. Beim MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) findet man häufig ein besseres Verständnis (es soll Richter geben, die diese Stellungnahmen direkt dem MDK übergeben – solche mit Verständnis für Schmerzzustände und Psychosomatik).

- Allerdings sind die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen in der Leitlinie 2017 stimmig, wertvoll und sollten dringend angewendet werden.



Hinderlich sind wohl nur die Betroffenen selbst, da sie Hilfe erwarten, die ihnen aber das medizinische System von Behandlern nicht bieten kann – man muss sich schon selbst die Rosinen herauspicken, die zur eigenmotivierten Selbstbehandlung (nach Anleitung!) notwendig sind.

Ohne psychologische Methoden, Diagnostik durch Psychiater, Psychosomatiker läuft bei chronischen Schmerzen nichts. Für das dann vorliegende **Gesamtkrankheitsgeschehen** sind Organmediziner wie Neurologen, Internisten, Orthopäden, Chirurgen kaum gefragt (selbstredend nur nach Ausschluss von Erkrankungen). So läuft die Aufgabenstellung von Beweisfragen regelmäßig in die falschen Gebiete, verteuert alles und führt zu jahrelangen Verfahren.

Hilfreich könnten in Zukunft auch die neuen Krebs-Testverfahren sein (ich verweise hier auf U. Bahnsen „Das Leben lesen“ 2017, Droemer) und mehrere Artikel in DIE ZEIT (Autoren Bahnsen, Schmitt, 2017).

Vorsicht! Schwerwiegende andere (organische) Erkrankungen sind dringend auszuschließen; erst dann kann es zur Behandlung eines funktionellen Schmerzzustands kommen. Orthopäden haben dabei (fast) nichts zu suchen.

Leiden Sie als Betroffener unter einem solchen Zustand und man diagnostiziert einen Bandscheibenvorfall (ohne neurologische Symptomatik in den Armen und Beinen, nur mit Schmerzen), nur mit oval-förmigen tiefen Rückenschmerzen und Überreden/Überzeugen zur Operation – dann haben Sie schon verloren.

Die Hälfte aller Bandscheibenvorfälle sind beschwerde- und schmerzfrei!

Grundlegende Veröffentlichungen:

- Cervero, Pain, 1997
- C. Woolf auch im Supplement PAIN 03/2011, Nr. 3S; ebendort Apkarian
- U.T. Egle, in Med. Sach. 02/2016, Gentner; Egle, in Begutachtung 2014, Urban & Fischer
- Colvin et al., Schmerzmedizin, Blackwell 2012 und dt. Huber 2013, S. 31, 55
- Colvin/Fallon, Neurol. Handbuch, 2016, Hamilton,
- Diagnostisches und Statistisches Manual ... DSM-5, deutsch 12/2014, Hogrefe.

Zusammenfassung

- Psychiatrisch ist das sogenannte Somatisierungskonstrukt nicht mehr haltbar, d. h. es geschieht Umwandlung (Konversions-Vorgänge) von seelischen/psychischen „Konflikten“ zu körperlichen Beschwerden, die somatoforme (körperbezogene) Schmerzempfindung als Ergebnis.
Also einen konstruierten Vorgang, der nie schlüssig belegt werden konnte (Crombez, Merskey in PAIN 2008/2009).

Die neurobiologischen (der Lehre von den Lebensvorgängen im Nervensystem) Grundlagen zeigen aber, dass jede Beeinflussung des Körpers von außen und innen, unabhängig von den Symptomen, mit erkennbaren Veränderungen im Gehirn einhergeht.

Jede Beeinflussung von innen und außen, jede psychische Störung führt zu einer Veränderung/Störung der Hirnfunktion, auch Behandlungen von Gewebeschädigungen verändern die Struktur und Funktion des Gehirns; jeder interessante Vortrag verändert die Gehirnfunktion. Das wissen wir aber schon seit Beginn der 90er Jahre (Zieglgänsberger, Martinsried, Max-Planck-Institut).

Lernen und Gedächtnis geschieht infolge der Veränderbarkeit der Übergänge von einem zum anderen Nerven, den Synapsen. Erscheinen neuer Nervenzellen, Entstehen neuer Verbindungen zwischen den Nerven nennt man Plastizität – Veränderbarkeit, Neubildung.

Bei einer Somatisierungsstörung, der Diagnose nach der oben genannten „Umwandlung“, d. h. das, was hinten rauskommt, handelt es sich um eine psychiatrische Störung, die geistige Beeinträchtigungen beschreibt, die nach vorgegebenen Kriterien anzuwenden ist, nicht simpel, wie man es oft sieht, nach fehlenden „organischen“ Befunden, z. B. bei „fehlender peripherer, organischer Funktionsbeeinträchtigung“.



Der Grad der Sensitivierung (Überempfindlichkeit) von (elektrischen) Nervenschaltkreisen einerseits und die bewussten und unbewussten Wahrnehmungen andererseits ergeben das Ausmaß der Antworten. Ein Schmerzzustand ist halt nichts „Einfaches“, der sich auch nicht durch ein MRT erfassen lässt.

Nach zentraler Erfassung (Installation) ist eine Gewebeschädigung nicht mehr notwendig um Schmerzen zu erzeugen, es reicht dann leichtgradiger Einfluss von innen und außen aus; Folge ist hier Produktion von Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ohne erkennbaren Anlass, auch mehrmals täglich, wie gesagt, hier geht es nicht nur um Schmerzen.

Es handelt sich um einen fixierten Zustand mit mehreren möglichen Begründungen, auf den sich alles Weitere an körperbezogenen/psychischen Empfindungen **aufpropft**.

Schmerz wird so zu einer Empfindung mit der gleichen Qualität als ob durch starke Reize hervorgerufen.

Diese Schmerzen sind real, schwache Reize sind dann ausreichend, da das „Schmerzsystem“ in Richtung „Überempfindlichkeit“ „verschoben“ ist, zugleich wird die diffuse körpereigene Schmerzhemmung heruntergefahren (Hemmsysteme im Hirnstamm – u. a. das Nor-Adrenalin-Serotonin-System) zugunsten von Fazilitation (Bahnung) – es kommt zur Störung der Balance zwischen Hemmung und Bahnung, eine zum Schmerzverständnis notwendige Basis.

Deshalb ziehen es, auch heute noch, viele Ärzte und Gutachter vor, diese Dauerschmerzen als „psychosomatisch“ oder „somatoform“ zu etikettieren, um Schmerzsyndrome zu kennzeichnen, die sie nur unvollständig verstanden und auch nach > 30 Jahren nicht durch Studien belegt waren (Konfliktgenese und „Konversionsmechanismus“).



„Schmerzgedächtnis“ bedeutet **erfolgt**en und andauernden Lernvorgang nach dem Vorgang des Überempfindlich-Werdens (zentrale Sensibilisierung) des Netzwerks der u. a. zum Schmerzsystem gehörenden Strukturen des zentralen Nervensystems (ZNS) unter Einschluss des limbischen Systems (u. a. der Amygdala) und des Vorderhirns (ACC), d. h. unter Einschaltung und Verarbeitung von emotionalen, gedankenbezogenen (kognitiven) Anteilen und solchen vorhergehender Erfahrung – Ergebnis ist das Empfinden und Verhalten in allen Lebensbereichen.

Vor 1960, nach traditioneller Auffassung, erwachsen psychische Probleme aus unbewussten Konflikten – Depression als „nach innen gerichtete Wut“ nach Freud, Patienten verdrängen negative Gefühle und richten Sie unbewusst gegen sich selbst mit einem Mangel an Selbstwertgefühl. Das findet sich auch heute noch in vielen Gutachten wieder – dann als „psychodynamisch“ bezeichnet.

Seit mehreren Jahren wird eine Depression systemisch, den ganzen Körper beeinflussend, betrachtet (Schläpfer, Freiburg; Arbeiten der Psychiatrie der MH-Hannover, Kahl).

Es handelt sich also **nicht** um eine Schmerzverarbeitungsstörung, es handelt sich um einen Zustand von Überempfindlichkeit und autonomer Schmerzproduktion sowie reduzierter Schmerzhemmvorgänge aufgrund zentraler **plastischer Prozesse** = Neuroplastizität; auch **anatomisch-strukturelle Veränderungen liegen vor** –

nachgewiesen per fMRT (funktionelles MRT) für viele Schmerzzustände, z. B. für mehrere Hirnareale, die im Volumen vergrößert oder geschrumpft sein können.

Die durch Muskelkontraktionsknoten (Trigger Punkte/Stränge) veränderte Muskulatur, mit und ohne Ausstrahlungsphänomene, kann einen Schmerzzustand aufrechterhalten; es handelt sich hierbei um ein sekundäres Geschehen, d. h. „als Folge von“.

Leidensdruck ist nicht immer offen sichtbar, häufig nur schmerz-psychologisch indirekt zu erfassen und/oder durch Beschreibung psychosomatischer Faktoren. Das Chronifizierungsstadium ist primär nur behandlungsbezogen (kurativ) zu verwenden.

Schmerz an sich ist nicht das Problem, sondern die Chronifizierung mit erheblichen Beeinträchtigungen und IMMER mit psychosozialen Auswirkungen.

Zudem führen unterschwellige Reize aus der Tiefe der Rückenmuskulatur zu nozizeptivem Einstrom über spezialisierte Nervenzellen der oberflächlichen Schicht hinten in der grauen Rückenmarkssubstanz (Sandkühler, Wien).

Nicht zu vergessen sind bei chronischen Rückenschmerzen Trigger Punkte in Skelettmuskeln, deren Eingänge in das Rückenmark, in Höhe des 2. Lendenwirbels, zusammenfallen (Mense, Heidelberg/Mannheim). Teil der Rückenschmerzen ist neuropathisch, d. h. durch Schädigungen kleinster Nerven, bedingt – nach neuester Literatur zu 70–90 %; Freyhagen; Baron; Tölle; Finnerup; Maihöfner; Ch. Maier.

Angenommene Funktionsbeeinträchtigungen bei Verschleiß-Veränderungen spielen aktuell keine Rolle mehr zur Erklärung des Schmerzerlebens im Rücken, auch nicht die ominöse „Bandscheibe“, falls ohne neurologische Symptomatik.

Die Selbstauskunftsfragebögen sind wissenschaftlich anerkannt und geben wertvolle Hinweise bei der Analyse von Beeinträchtigungen.

Da die Schmerzerfahrung ausschließlich subjektiv ist, gilt die Selbsteinschätzung des Betroffenen als wichtiger HINWEIS auf dessen Erfahrung.

Fragebögen werden benutzt, um die **viel-dimensionale Natur der Schmerzerfahrung** einzuschätzen.

- Chronisch Primärer Schmerzzustand mit dysfunktionalen (fehl-funktionierenden körperlichen, psychischen, sozialen) Verhaltensweisen: diffusen und regionalen Muskel-/Faszienschmerzen, Schlafstörungen, Bewegungsangst/-vermeidung; Schonung/Ruhen, Niedergedrücktsein, körperliche Funktionsbeeinträchtigungen wie Reißen, Brennen, Taubheit, Kribbeln, Frieren, Schwitzen u. a.
Es können auch andere Beeinträchtigungen, Verhaltensweisen im Vordergrund stehen.

Paralleles Auftreten von Beschwerden wie Antriebsmangel, Morgentief, Verlust von Freude, Nervosität, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Herzrasen, Luftnot, Ohnmachtsgefühlen, Gedanken an Tod und Sterben u. a.

Diese Beeinträchtigungen sind parallel zu Symptomkomplexen zusammenzufassen, den Diagnosen, und getrennt darzustellen. „Diagnosen“ bedeuten eine Namensübereinkunft. Also paralleles Erscheinen von Angststörungen, depressiver Störungen u. a.



Neuropathie/Small-Fiber-Neuropathie SFN

Messungen der Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) kann man an den kleinsten Nervenfasern, den C-Fasern und am größten Teil der Delta-Fasern nicht vornehmen, d. h. so ist die Diagnose einer Nervenschädigung nicht zu stellen.

Die Diagnose kann vermutet werden aufgrund von Symptomen, kann wahrscheinlich oder sicher sein, je nach Untersuchungsaufwand; dazu zählen aktuell die Laser-Dopplermessung und die der Dichte der kleinen Nervenfasern evtl. deren Ausdünnung (unter dem Mikroskop) mittels einer Hautstanze und/oder einem konfokalem Laser-Scans der Hornhaut (CCM), evtl. kann auch ein chronisch-entzündlicher Prozess vorliegen (Labor: CRP, Il-6).

Eine neuropathisch-orientierte Untersuchung (Suche nach Schädigung von Nervenfasern) versucht Minussymptome zu erfassen (Ausfallsymptome, Defekte) wie Taubheit, Hypaesthesie (erniedrigte Schmerzempfindung), Reduktion der Pallaesthesie (des Vibrationsempfindens), Reduktion des Wärme- und Druckempfindens, Abschwächung der Muskeleigenreflexe; Plussymptome: Allodynie (spontane Schmerzhaftigkeit, Schmerz nach einem nicht-schädlichen Reiz), Hyperalgesie (Schmerzen nach einem starken Reiz), Hyperaesthesie (überhöhtes Schmerzempfinden), Kribbeln, dumpfe und brennende, stechende, anfallsartige, krampfartige Schmerzen.

Die orientierenden Prüfungen erfolgen mit dem Mikrofilament (z. B. mit dem 10 g-v. Frey-Haar oder definierten bis zu 256 g), mit der Stimmgabel, dem Reflexhämmerchen, dem Kalt-/Warmstick, einem bewegten Wattebausch.

2013 versuchte man, Fibromyalgie als Small-Fiber-Neuropathie zu erklären.

So ist ein Ausflug in die Neurologie zur Erfassung der evt. Schädigung der sensiblen, motorischen und autonomen Nervenfasern in der Peripherie notwendig.

Ausdünnung (Schädigung) der kleinen Nervenfasern ist nachgewiesen und veranlasste, über die Entstehung und Begründung eines spezifischen chronischen Schmerzzustands als Erkrankung des Nervensystems erneut nachzudenken (Brain, online 09.03.2013, Neurologie Univ. Würzburg, Üçeyler/Sommer; Caro u. a. neue Arbeiten in den USA danach).

Der Begriff Small-Fiber-Neuropathie sollte hier nach A. May, Neurologe, HH-Eppendorf; Bennet, Montreal, keine Anwendung finden, da er definierten Zuständen vorbehalten sein sollte.

Hier vorliegende periphere Nervenschädigung würde bedeuten, dass Impulse verzerrt weitergeleitet werden und auf dem Weg ins Gehirn nicht verändert werden könnten, zur Aktivierung der Glia-Zellen führten, die mit den Nervenzellen eng verzahnt/verdrahtet sind (9:1) und zur „entzündungs“-fördernden Ausschüttung von den Zytokinen und zusammen zur Schmerzerzeugung als Hyperreagibilität (stärkste Erregbarkeit) führten, im Gegensatz zur zentralen Empfindlichkeit (zentrale Sensibilisierung) im nozizeptiven System mit unterschiedlichen Prozessen.

Manche nahmen das zum Anlass, von „Hirnentzündung“ zu sprechen und FM als Hirnentzündungserkrankung anzusehen. Hauptsache man fand eine Begründung, FM organisch nennen zu können.

- Zentrale Sensibilisierung (C. Woolf)
- Stress-induzierte Hyperalgesie infolge Sensitivierungsprozessen (U. T. Egle)

Zytokine (pro-/anti-entzündliche) sowie die Neurohormone Serotonin und Nor-Adrenalin u. a. unterliegen vererbbaaren Einflüssen (Schmerzgene), ebenso aber auch die SFN.

Das individuelle Schmerzgeschehen wird durch die bio-psychoziale Gesamtverfassung (des Betroffenen) und nicht durch das Ausmaß der peripheren (z. B. der Wirbelsäule, der Gelenke) Schädigung bestimmt.

So können Leidenszustände bei „fehlenden organischen Funktionsbeeinträchtigungen“ nicht mehr in den psychischen Bereich – somatoforme Schmerzstörung – abgeschoben werden. Diese beruht ja auch auf der aufgegebenen Dichotomie (Zweiteilung, Trennung) in körperlich/seelisch als Entweder/Oder.

Schmerzen, vor allem chronische, sind etwas völlig anderes, diese haben mit Organveränderungen in der Regel keine Beziehung, auch eine psychische Begründung durch einschneidende Ereignisse und erhebliche Belastungen, unsicheren Bindungsverhaltens, sowie Erbfaktoren stehen nur auf Umwegen mit Schmerzen in Beziehung (Eisenberger; Spitzer, Ulm). Folgen nach erheblichen, überfordernden Traumata zeigen ausgeprägte organische (anatomische) Gehirnveränderungen. Auch eine Depression beeinträchtigt den gesamten Körper. Chronische Schmerzen bedeuten etwas gänzlich anderes als landläufig bekannt und begriffen.

- **Zunächst sind sie ein „komplexer Bewusstseinsinhalt“ (Maihöfner, Fürth; Apkarian, Chicago; Flor, Mannheim).**
- **Chronifizierung bedeutet nicht „Schwere“ der Beeinträchtigungen, sondern Ausmaß der Auswirkungen, mehrdimensional, nicht als „Mehr“ an Schmerzen, Müdigkeit, d. h. der Symptome.**
- **Entscheidend wird so der Gesamtkrankheitszustand mit seinen globalen Auswirkungen.**



- **Neuropathie (NeuP):** was ist das? Am häufigsten beim Diabetes mellitus, dann die mit Alkohol verbundene, die nach Medikamentengabe bei Krebsbehandlung, die Polyneuropathien genetischer Ursache, auch die bei Vitaminmangel und -überdosierung, anderen Giften, auch bei immunologischen Vorgängen.

Ca. ¼ der Neuropathien ist mit Schmerzen verbunden.

Die meisten Neuropathien treten generalisiert auf (als Erkrankung des peripheren Nervensystems), und zwar körperfern in Armen und Beinen; bei ca. 30 % bleibt die Ursache unklar. Hier handelt es sich meistens um solche mit guter Prognose.

Betroffen ist das sensible, das motorische und autonome Nervensystem (Sympathikus). Wir unterscheiden Minussymptome wie Gefühlstörungen, Lähmungen und Plusssymptome wie Schmerzen, Muskelkrämpfe, Schwäche, Muskelschwund, Beschwerden in Körperorganen, der Haut, u. a.w.

Es gibt auch die chronische-entzündliche NeuP, ebenso wie motorische Lähmungen, Muskelschrumpfung, Nachweis von Antikörpern.

Schmerzen entstehen durch spontane Aktivität und Übererregbarkeit von Nerven bei Schädigung (auch Entzündungstoffe und Wachstumsfaktoren spielen eine Rolle).

Nervenschädigungen entstehen auch durch laufenden Einstrom von Signalen von Gewebeschädigungen in das Rückenmark und Gehirn und führen zur bekannten zentralen Sensibilisierung (parallel zur körpereigenen Schmerzhemmung).

Beachte: die Mechanismen neuropathischer Schmerzen unterscheiden sich grundsätzlich von denen nozizeptiver Schmerzen.

Medikamente: Pregabalin, Duloxetin, Amitriptylin. Lidocain- oder Capsaicin-Pflaster bei lokalisierten Schmerzarealen, z. B. bei der Zoster-Neuropathie.

- Die **Small-Fiber-Neuropathie** ist eine solche der kleinen dünnen Nervenfasern (ist nicht messbar!), diagnostisch spielt hier die QST (semi-quantitative sensorische Testung, aber subjektive Messung!) und die Hautbiopsie (die durch die Zählung der kleinen Nervenendigungen in der Hornhaut ersetzt wurde) eine Rolle. Es geht auch um Schädigungen der kleinen Blutgefäße.
- **Vererbte Neuropathien** wurden jetzt mit next generation sequencing diagnostiziert, da Gendefekte als Ursache vorliegen. Hierbei wird eine Vielzahl von Genen parallel erfasst. **Hierzu zählt auch die Small-Fiber-Neuropathie (SFN).**

Die Small-Fiber-Neuropathie (SFN) ist nach genetischen Untersuchungen eine Variante der Neuropathien. Die Zukunft wird zeigen, inwieweit das komplexe Zusammenwirken genetischer Varianten zu verstehen ist, d. h. in welchem Ausmaß klinische Auswirkungen zu beschreiben sind, da ja auch die motorische Nervenzelle betroffen sein kann und nicht nur die Peripherie. Wahrscheinlich spielen mehrere Varianten einen zusammenwirkenden Einfluss.

Da wir zunehmend vor einer stetig steigenden Anzahl neuer Gene stehen, die mit Krankheiten im Zusammenhang zu bringen sind, sowie mit deren Überlappungen, ist es nur logisch, aus diagnostischen Erwägungen zunehmend zur Exom-Sequenzierung zu greifen, d. h. der parallelen Sequenzierung der 23 000 Gene des Menschen.

Bei dieser Untersuchung stößt man auch auf erbliche Krebsrisiken oder Hinweise auf andere Erkrankungen. Die Interpretation der Befunde muss verantwortungsbewusst einem versierten Fachmann überlassen werden. Allein das Gebiet der erblichen Neuropathien befindet sich in ständigem Fluss.



Krankengeschichte

Eine ausführliche Aufnahme der Krankengeschichte, Berücksichtigung der gewonnenen Daten ist sorgfältig zu dokumentieren.

Aktives Zuhören ergab guten Rapport, psychisch orientierte Befragung ergab erst spät, nach einer guten Stunde, Resonanzverhalten der Betroffenen, wenn auch zunächst von Unverständnis geprägt, mit notwendigen hartnäckigen Rückfragen.

Ähnlich wie bei den Akten wurde mit dem zuvor zugeschickten und vollständig ausgefülltem Fragebogen für Patienten und dem Fragebogen „Schmerz“ verfahren. Die im Fragebogen dokumentierten Hinweise zeigten sich als zielführende Hilfe bei der Gesamtbetrachtung. Die Betroffenen waren es gewohnt, dass ihre Beschwerden auf fassbare Veränderungen im Achsenskelett und den Gelenken zurückgeführt wurden.

Ursächlich für einen Schmerzzustand sind Vererbbarkeit, nozizeptive/neuropathische/rheumatologisch-immunologische Begründungen, frühjugendliche Stressbelastungen, gestörtes Beziehungsverhalten, Ereignisse mit Überforderungscharakter und/oder dissoziativen Elementen, chronische Belastungen, Lebensereignisse, weniger chronisch-rezidivierende Belastungsereignisse, wenn diese nicht Re-Aktivierung, Wiedererinnern einer PTBS bedeuten.

Eine Reihe weiterer Faktoren ist zu nennen, einer Vielzahl von Infekten in der Kindheit und Jugend, lange Ruhigstellungen (Gippschale), lange Krankenhausaufenthalte in der Kindheit, auch Allergien, lange Fehlzeiten im Kindergarten, in der Schule als Folge u. a.

- **Gegenseitige Beeinflussung des Limbischen Systems mit Vorgängen im Vorderhirn bestimmt chronische Schmerzen als Zustand andauernden Lernens, gekoppelt mit der reduzierten Möglichkeit zu vergessen** (siehe auch H. Flor, Seelische Gesundheit, Mannheim – Univ. Heidelberg).

- Es gibt somit keine „Schmerzverarbeitungsstörung“, das Gehirn kann nicht „fehlverarbeiten“, es verarbeitet und verwaltet nur den Input und die gespeicherte Software überwiegend im Kontext des Unbewussten. „Schmerzverarbeitung“ wird in der Regel als Vorurteil angewendet, d. h. im Sinne eines Vorwurfs, seine Schmerzen zur Erlangung von u. a. Geldleistungen zu benutzen, zu instrumentalisieren, ebenso bei fehlender Motivationslage.



Jede chronische Erkrankung zeigt unterschiedliche Schaltkreise der zentralen Verarbeitung, z. B. ein chron. Schmerzzustand als eigenständige Erkrankung mit Hirnstruktur-Veränderungen, d. h. mit plastischen Veränderungen des zentralen Nervensystems. (C. Woolf, Pain, Vol. 152, Nr. 3S, pp S. 3 – S. 10, 03/2011, s. auch Beitrag AV Apkarian S. 61 in der gleichen Ausgabe und die dortige Schmerzdefinition.)

Zusammenfassung von Untersuchungen

■ Krankengeschichte:

Ich betone den sehr hohen Leidensdruck der Betroffenen und ihre stärkste Berührungsempfindlichkeit, die eine Untersuchung kaum möglich machte. Diese **Empfindlichkeit ist real für die Betroffenen, sie ist nicht vorgetäuscht, übermäßig, simuliert oder überhöht dargestellt**. Nach Stevens, Tübingen, sind Aggravation und Simulation nur Spekulation über das Motiv.

Im Vordergrund steht die subjektiv „erschöpfte“ schmerzhafte Skelettmuskulatur (mit Rhizarthrosen, muskuläre Schulterbeeinträchtigungen u. a.), mit Schwäche, Kraft- und Leistungsminderung, Schmerzen, Furcht und Angst, obwohl ein gewisser **Stand an Funktionalität, Struktur und Leistung aufrechterhalten wird**.

Im Vordergrund des Vortrags des Patienten* stehen Schmerzangaben, die auf organische Veränderungen der regionalen Muskulatur und „Wirbelsäulenschmerzen“ zurückgeführt werden, sowie stark erhöhtes Schmerzempfinden quer den Körper hindurch, das selbst Berührungen als äußerst widerwillig-schmerzhaft empfinden lässt. Es geht so nicht um Schmerzen allein, wie oben schon dargestellt, sondern parallel und gleichwertig um Antrieb, Stimmung, Leidensdruck und um kognitive Fähigkeiten.

Es fällt der Probandin im Grunde sehr schwer, ihre Beeinträchtigungen herüberzubringen, sodass sie Dauerschmerzen und eine diffuse allgemeine Schwäche vorträgt; wohl auch deshalb, da sie immer auf Unverständnis gestoßen ist (Diskrepanz zwischen ...). Deshalb wurden eher unbewusst bis zu einer taktischen Komponente Schmerzen in den Vordergrund gestellt.

Beschwerden, Klagen, Symptome, Beeinträchtigungen werden zurückhaltend und vorsichtig vorgetragen, sodass das Ergebnis der Wirkungen der Beeinträchtigungen hinsichtlich der Reduktion des Leistungsvermögens nicht sofort sichtbar wird; erst bei der sehr vorsichtigen physikalischen und neurologischen Untersuchung wird das Ausmaß der körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen erkennbar.

Nach zentraler Sensibilisierung – Sensitivierungsprozessen, wird alles überhöht erfahren und erlebt; parallel ist an Agoraphobie, Panikstörung mit Panikattacken und Depression zu denken.

„Mit eigenen Worten“ (sehr kurz gefasst): „Sie habe dazu 20 Minuten gebraucht“.
„Beim Aufstehen fühle ich mich wie verhaun“.

„Beim Schreiben verkrampft sich der ganze Oberkörper“.

„Kann nicht schreiben, die Hände verkrampfen zunehmend, mit Ausbreitung über die Schulter, den Rücken und Bauch“.

Bei der Besprechung der 35-seitigen Fragebögen wird deutlich, dass Schmerzen quer durch den Körper erlebt werden, mit Müdigkeit, diffusen Muskelbeschwerden, auch krampfartig, Parästhesien (nicht-schmerzhaften Gefühlsstörungen), Verdauungsbeschwerden, Konzentrationsmängel, alles lief bei ihr verlangsamt ab, auch eine Reizblase läge vor (Mischinkontinenz mit Vorlagengebrauch).

Im validierten Gesundheitsfragebogen PHQ-D erfährt man von starker Beeinträchtigung (in den vergangenen 4 Wochen) durch Schmerzen in verschiedenen Körperregionen/Extremitäten, Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Verstopfung/Durchfall.

In den letzten 2 Wochen „beinahe jeden Tag“ Konzentrationsmängel; „an mehr als der Hälfte der Tage“ Schlafstörungen, Gefühl ohne Energie zu sein, Appetitstörung, Essstörung; „an einzelnen Tagen“ Desinteresse, Freudlosigkeit (Anhedonie), Minderwertigkeitsgefühl, Gefühl ein Versager zu sein, Gefühl von Unruhe, lieber tot oder suizidal (in Gedanken).

Erst bei der weiteren Durcharbeitung der Fragebögen kam es im Gespräch zu Mitteilungen über unerwartete Angstanfälle (in den vergangenen 4 Wochen).

Bei der weiteren Durchsicht der Fragebögen wurde bekannt, dass Angstattacken plötzlich und unerwartet auftreten, und zwar über ca. 1–2 Minuten Dauer, im Schnitt 1–2 mal tagsüber, nachts in Abständen von Wochen. Diese treten mit Angst vor erneutem Auftreten, ohne Luftnot und Herzrasen, aber mit Druckgefühl in der Brust, Schwitzen, mit Kälteschauern, Magenbeschwerden und Stuhlgangneigung, kein Schwindel oder Ohnmachtsgefühl, aber mit Taubheitsgefühlen in Körperteilen, mit Zittern/Beben, ohne Todesangst/Angst zu sterben, auf.

„An mehr als der Hälfte der Tage“ (in den vergangenen 4 Wochen) Nervosität, Ängstlichkeit, übermäßige Besorgnis; leichte Ermüdbarkeit, Muskelverspannungen/-schmerzen, Ein-/Durchschlafschwierigkeiten, Konzentrationsmängel; „an einzelnen Tagen“ Unruhe, leichte Reizbarkeit.

Diese Probleme hätten es „sehr stark erschwert“, den Haushalt zu regeln, mit anderen Menschen zurecht zu kommen.

Beeinträchtigungen in den vergangenen 4 Wochen: starke Sorgen um die Gesundheit, Schwierigkeiten mit dem Ehepartner (arbeitet seit Dezember 2016 kaum bis nicht), Diagnose einer Borreliose, psychische Auffälligkeiten, finanzielle Probleme, Gedanken

und Träume an schreckliche Ereignisse von früher – Sterben und Tod des 1. krebserkrankten Ehemanns, mit seinen Problemen allein zu sein. Am meisten belastete sie die neue Erkrankung ihres jetzigen Ehemanns und die psychosozialen Folgen, der fehlende Kontakt zur 1. Tochter (Drogen).

Schmerzen würden spontan und bei Bewegung erlebt als Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen (Arbeit, Haushalt, Freizeit, Sexualität, Verhalten).

Meistens fehlten der Betroffenen, nach ihren Angaben, Schwungkraft, „Energie“, sie empfindet sich selbst meistens als erschöpft und schwach; die Beeinträchtigungen gingen „ineinander über“.

Schmerzen seien nur vordergründig, nicht das Hauptproblem, sondern eher starke Müdigkeit, Energielosigkeit, Antriebsmangel, weniger Stimmungsschwankungen.

Mehrfach beschriebenes Ganzkörperschmerz erleben.

Darstellung von Überempfindlichkeit vieler Organe (zentrale Sensibilisierung).

Depressive Störung, evtl. chronifiziert, persistierend (neu nach DSM-5) – parallel ist u. U. eine (Major) Depression getrennt zu diagnostizieren und zu kodieren.

Panikstörung ist nach Kriterien zu erfassen, zudem Agoraphobie, spezifische Phobie.

Soziale Kontakte sind „beeinträchtigt“ bis inexistent.



Erhöhte Stress- und Schmerzanfälligkeit entsteht früh durch ungünstige Bedingungen in der Kindheit, während der Ausreifung des Stressverarbeitungssystems. Unsicheres Bindungsverhalten kann zu chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter führen mit bedrohlichem und intensiverem Erleben von Schmerzen mit ausgeprägter Angst, Depression, Katastrophisieren und Burn-out. Zudem werden viele weitere körperliche Beschwerden empfunden.

Leidensdruck, Interpretation der Mitteilungen ist zu diskutieren. Befunde, auch beobachtete, sind zusammenfassend darzustellen.

Das Gesamtkrankheitsgeschehen setzt sich aus Schmerzzustand, Ko-Morbiditäten, organischen Erkrankungen zusammen.

Das Beschwerdebild entwickelte sich seit der Kindheit mit gestörtem Bindungsverhalten, wiederholten tiefgreifenden Lebensbelastungen/Beeinträchtigungen.

■ Persönlichkeitsstruktur/psychische Beeinträchtigungen

Es geht um das Erfassen einer vielschichtigen Problematik mit Bewertung (hier in der Rechtsform Rentenrecht) des **Zusammenspiels körperlicher, seelischer und so-**

zialer Faktoren, die sich wechselseitig beeinflussen, z. B. sich gegenseitig verstärken oder aufrechterhalten.

Diese Faktoren spielen anteilig eine eigene Rolle am Schmerzgeschehen; Schmerzen sind also nicht einseitig als Folge von Gewebe-, Nerven- oder entzündlicher Schädigung anzusehen.

Somatisch orientierte Behandler wurden selektiv konsultiert wegen Zurückführung von chronischen Schmerzen (von Behandlern und Probandin) auf strukturelle Ursachen.

Degenerative und neurologische Veränderungen wurden als schmerzbezüglich mitgeteilt. Quälendes Erleben von Schmerzen wurde sichtbar.

Einschränkungen der Alltagsfunktionen ab 2008 mit Verstärkung und Ausweitung ab 2009 bis 2011 zum aktuellen Gesamtkrankheitsgeschehen, das subjektiv als quantitativ, zunächst etwas überzogen beeinträchtigt, hinsichtlich des Leistungsvermögens dargestellt wurde.

Deutlich wird, dass die Beschreibung des Lebensvollzugs (real life) notwendig ist, d. h. die Darstellung der erlebten Symptome, der Belastungen und Beeinträchtigungen, sowie der **Gedanken, Gefühle und Verhalten auf diese erlebten Symptome, d. h. deren Deutung.**

Charakteristisch sind also nicht die körperlich empfundenen Symptome an sich, sondern die Art und Weise, wie die/der Betroffene diese präsentiert und interpretiert. So wird vieles plötzlich klar und verständlich.

Bei der Aufarbeitung des Gesamtkrankheitsgeschehens war die Probandin hinsichtlich der Multidimensionalität chronischer Schmerzen sichtlich überrascht, insbesondere was die Wertigkeit einzelner Symptomkomplexe, Anteile und Faktoren angeht, der strukturellen degenerativen, der neuropathischen und psychosozialen, der psychischen/psychiatrischen und der persönlichkeitsbezogenen.

Kopfschmerzen wurden täglich mit 1000 mg ASS zu kupieren versucht. Wie sich herausstellen wird, ein bedenklicher Fehler.

Frau XY arbeitete von Anfang an gut mit, war wenig appellativ-demonstrativ, im Verlauf des Gesprächs aber mit erkennbarer Resignation im Verhalten und Ausdruck von Furchtkonditionierung und Angst hinsichtlich der Zukunft, gepaart mit Hoffnungslosigkeit und depressiver Symptomatik.

Kopfschmerzen stellten ein wichtiges Problem für sie dar.

Es erfolgte die Aufklärung hinsichtlich des Ziels des Gutachtens, nämlich das Gericht mit medizinisch aufbereitetem Material zu versorgen, dass es in der Lage sei, selbstständig und unabhängig ein Urteil über ihr Leistungsvermögen nicht nur qualitativ, sondern quantitativ, in der zeitlichen Dimension zu fällen, nicht mehr und nicht weniger.

Anmerkung: Es läge gutachtlich erhebliche Diskrepanz zwischen erlebtem subjektiven Leiden und erfassbaren Gewebeschädigungen vor; **Funktionsbeeinträchtigungen seien kaum** zu erkennen.

Man schloss so („zwingend“) auf vorliegende Somatisierungsstörung, ohne sie deskriptiv-operativ zu entwickeln (nach ICD-10 GM), d. h. auch ohne Darstellung von Konflikten – dies erschien angedeutet im Untersuchungsbericht der Psychosomatik der Universität XX (Kinderwunsch; migrationsbezogener, auch familiärer Konflikt nach der Übersiedlung).



Es fiel der Probandin zunächst schwer, Emotionen zu verbalisieren, da sie fassadenartig gewohnt war, diese auszublenden und nur „Schmerzen“ mitzuteilen, die für sie lediglich einen degenerativen Hintergrund haben konnten, so war sie es auch von ihren Behandlern und ihrer Sozialisierung gewohnt.

Sie berichtete zunächst etwas irritiert auf Fragen hinsichtlich Gefühlen, Belastungen, psychischen Beeinträchtigungen, versuchte diese zu verstecken, auch nach den Mitteilungen im Schmerzfragebogen bestand dazu Anlass; mitgeteilte Belastungen in der Anamnese wurden eher beiläufig mitgeteilt, bis es zu einem ausreichendem Rapport kam, wobei schließlich der

seelische Zustand in der Anamnese und aktuell aufgezeigt werden konnte.

„Ich erzähle gar nichts mehr, man hört mir doch noch nicht einmal zu“, „geschweige denn, es findet sich in einem Gutachten wieder“.

Psychologische Therapie erfolgte nicht. Nach einem Vorgespräch mit Untersuchungscharakter sollte eine psychologische Psychotherapie eingeleitet werden – wohl mit Betonung des Anlasses einer depressiven Störung (Antidepressivum war vorgeschlagen worden; soweit bekannt, erfolgte bisher keine Umsetzung der vorgeschlagenen psychologischen Psychotherapie).

Bis dato konnte deshalb keine psychische Stabilisierung erreicht werden, eigenmotivierte Behandlungsansätze fehlten bis auf Schonung und Ruhe. „Schmerzen“ wurden den Behandlern weitgehend „übergeben“, nicht als „eigene“ betrachtet.

Bei der gemeinsamen Durchsicht des Fragebogens für Patienten konnten einige Präzisionen erfolgen und der Gesamtzusammenhang synoptisch erfasst werden.

Auch in der Freizeit fehle ihr Antrieb, Tatkraft. Alles ginge ihr schwer von der Hand. Sie sei emotionell instabil geworden, ihr kämen unvermittelt „die Tränen“.

Die Impulskontrolle erscheint defizitär zu sein (Aggressivität, „Stress“ machen).

Sie könne sich zu allem nur noch schwer aufraffen, selbst dazu fehle ihr oft die Kraft, zunehmend seit mehreren Jahren, besonders nach 2005, dem Krebstod einer Verwandten (enges Verhältnis wie zu ihrer Mutter habe bestanden) und dem ihrer Freundin mit zunehmender Dekompensation seitdem wie Kraftlosigkeit, Verwundbarkeit.

Sie sei leicht reizbar, grübele viel. Zugleich sei ihre Konzentrationsfähigkeit zurückgegangen.

Deutliche Einschränkung der Alltagsfunktionen war festzustellen. Haushaltstätigkeiten nur vermindert, in Etappen, mit Erholungsphasen; selbst nur leichte hauswirtschaftliche Tätigkeiten erschöpften schnell, aber mit verzögerter Erholungsfähigkeit, Aufgabe vieler Freizeitaktivitäten, der Sexualität, eingeschränktes Sozialverhalten mit festzustellendem Rückzug.

■ **Reaktive, neurotische und endogene Formen der depressiven Störung sind Geschichte – ICD-9!**

Beachte: Anpassungsstörung besitzt subsyndromalen Charakter (subsyndromal: erfasst nicht exakt die geforderten Kriterien zur Diagnose, d. h. in leichter, unvollständiger Ausprägung); falls z. B. eine mittelgradige depressive Störung und Agoraphobie vorläge, würde die Diagnose einer Anpassungsstörung diese verniedlichen; auch eine Chronifizierung wäre daraus wegen des Zeitfaktors nicht abzuleiten (nur über maximal 1 ½ bis 2 Jahre zu kodieren), auch nicht Gesundheits- und folgend evtl. Leistungsbeeinträchtigungen.

Auch die **Akten-Diagnose F41.2**, Angst und Depression gemischt, bedeutet eine subsyndromale Diagnose, d. h. die Kriterien erreichen nicht die Ausprägung einer Angststörung, noch die einer depressiven Störung.

Die Kontrolle der erlebten Schmerzen und der Umgang mit den verschiedenen Problemen ist der Probandin kaum möglich, da überwiegend **willensfern**.

Seelisch bedingte Störungen sind wie körperliche Erkrankungen anzusehen, wenn sie durch Willensentschlüsse der Betroffenen nicht oder nicht mehr zu beheben sind.

Das Bewusstsein erscheint **fokussiert, eingengt auf Schmerzerleben – mit Befreiung davon, mit unzureichenden Mitteln. Die Probandin sollte in Zukunft erfahren, dass die Integration von chronifizierten Schmerzen in den Tagesablauf eher hilfreich ist als invasive und medikamentöse Maßnahmen. Die in der Folge beschriebenen Diagnosen erfordern zudem einen differenten therapeutischen Ansatz.**

■ Voraussetzungen für die Vergabe einer Diagnose

Voraussetzungen für die Vergabe einer Diagnose (bedeutet Namenskonvention, vereinbarte Namensgebung) sind das Dysfunktionale und Abnorme; sie beinhaltet keine Aussage zur Begründung, auch nicht bei der PTBS, ebenso keine über die damit verbundene Invalidität oder Funktionsbeeinträchtigung.

Diagnosevergabe nur im konkreten Fall, nicht im Allgemeinen, mit wesentlicher Funktionsbeeinträchtigung – diese ist Voraussetzung, nicht Konsequenz.

Cave Zirkelschlußlogik: Diagnose gestellt ohne Funktionsbeeinträchtigung, mit der Folgerung, aus der Diagnose ergäbe sich Funktionsminderung, so läge das geforderte Kriterium für die Diagnose vor.

■ Psychische Störung

Eine psychische Störung ist ein klinisches Syndrom mit Beeinträchtigung der Kognition, der Affektregulation oder des Verhaltens einer Person. Es handelt sich um eine Widerspiegelung einer Störung der den geistigen Funktionen zu Grunde liegenden psychologischen, biologischen oder Entwicklungsprozesse.

Keine psychische Störung ist eine erwartungsentsprechende oder kulturell gebilligte Reaktion auf einen Stressfaktor oder Verlust, Tod eines geliebten Menschen. Gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten (politisch, religiös oder sexuell und Konflikte zwischen Individuen, der Gesellschaft) bedeutet keine psychische Störung, solange die Verhaltensabweichung oder die Konflikte nicht Ergebnis einer Funktionsstörung sind.

Klinische Signifikanz: vollständige Unterscheidung zwischen normalen und krankhaften Symptomäußerungen ist nicht möglich.

Eine Symptompräsentation ist besonders bei milden Formen nicht von vornherein krankhaft, sie kann auch bei Personen angetroffen werden, für die die Diagnose einer psychischen Störung unangemessen wäre.

Kriterien sind daher Leiden und Beeinträchtigung – hier sind klare Anleitungen für die Benutzer des Diagnostischen Manuals.

Genauere Kriterien zur Diagnoseerarbeitung finden kaum Anwendung (leider auch gutachtlich), oft werden hier z. B. „Schmerzen“ schlicht mit einem Sack voll an Diagnosen belegt.

Man versucht überwiegend, durch eine Vielzahl von Behandlungsdiagnosen sich diesen „anzunähern“, um so nicht nur ökonomisch zu mehreren Behandlungsbegründungen zu gelangen – ein weit offenes Therapiefeld, wobei oft operative Eingriffe im Vordergrund stehen, z. B. einen Schulterschmerz einzukreisen, ohne zu einer nachvollziehbaren Diagnose zu gelangen, man verlässt sich auf Druckschmerzauslösung und/oder ausschließlich auf die Bildgebung.

Gibt der Patient Schmerzen an, wird das entsprechende Körperteil grob untersucht, auch die Bewegungsausmaße sind nicht mit Schmerzen assoziiert – man benötigt ja irgendeine halbwegs passende Begründung zur Behandlung, zur Operation und zur Abrechnung.

■ Was bedeutet eine seelische Störung?

Es geht nicht um das zu erwartende Verhalten, sondern um eine Verhaltensabweichung als Ausdruck einer Funktionsstörung der Person, es geht nicht um Leiden an seiner Umwelt, seinem Umfeld.

Es handelt sich dabei um ein Syndrom (eine Symptomzusammenfassung) mit erfassbarer Beeinträchtigung von Kognition (Denken), der Affektregulation (z. B. der Impulskontrolle) und des Verhaltens, die eine Störung der geistigen Funktion widerspiegeln (auf dem Boden psychologischer, biologischer und Vorgänge der Entwicklung).

Verstimmungen, Unlustgefühle durch Kränkungen, Mobbing, Verlustereignisse, SCHMERZEN sollen so nicht mehr als Depression aufgefasst werden können.

Gefordert werden nun **Leiden und Beeinträchtigung**, wobei die Vorgänge ausschließlich phänomenologisch-deskriptiv darzustellen sind (wie schon in der DSM-IV und der ICD-10), d. h. **Beschreibung der vorliegenden Symptome** (ohne theoretischen Ballast, ohne Konfliktsuche etc.).

Entscheidend ist dabei, welche Art, Intensität und Dauer einer psychischen Reaktion als „normal“ akzeptiert wird, da ja schon Krankheit, sozialer Abstieg eine psychische Reaktion hervorruft.

Die sog. bio-psychoziale Modellvorstellung führte dazu, dass vielfältige Belastungen durch Ereignisse unterschiedlicher Dauer und Intensität schon für eine psychische Störung gehalten werden („Verirrung“), d. h. mit Fixierung auf die Beschwerdenschilderung!

■ KRITERIEN der depressiven Störung (im DSM-5)

Psychomotorische Erregung und Ausdruck von Nervosität, fehlende Selbstwertgefühle, trübsinnige Laune, Gefühl von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Weinen (hier den Tränen nahe, auch mit fehlender Impulskontrolle), Interesse- und Freudlosigkeit, Antriebsmangel; ansonsten regressiver Tagesablauf mit Ruhe-/Schonverhalten, Gewichtszunahme, Ein-/Durchschlafstörungen, fast jeden Tag Gefühle von Müdigkeit und Energiemangel (gefühlte Verlangsamung im Denken und in den Bewegungen), Konzentrationsmangel, auch suizidale Gedanken.

Diese Symptome führen zu Belastungen und Beeinträchtigungen in wichtigen beruflichen, sozialen, familiären und arbeitsplatzbezogenen Funktionsgebieten.

Neu: **Abgrenzung** von Belastungen durch Stressoren (bio-psychozial) und von Trauer (seelischem Schmerz), von Stoffwechselstörungen, nach Hirnverletzungen, **von der depressiven Störung**.

- Depression mit Auswirkung auf das gesamte Wesen des Menschen, auf den gesamten Körper.
- Schon nur geringfügig ausgeprägte Schmerzen können deshalb den Leidensdruck überdurchschnittlich erhöhen. Schmerzen sind so auch ein Problem, relevant aber erst durch deren Leidensdruck und Deutung.

Andauernde Belastungen beeinträchtigen den Gesamtzustand (auch jahrelang). Seelisch bedingte Störungen sind wie körperliche Erkrankungen anzusehen, wenn sie durch Willensentschlüsse des Betroffenen nicht oder nicht mehr zu beheben sind.

Bei der Probandin sind vereinzelt auffällige Persönlichkeitszüge zu finden, die aber nicht die Wertigkeit zur Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung erreichen.

Ursachen der depressiven Störung: genetische Anlagen bis zu 40 %, prägende negative Kindheitsereignisse, nach schwerwiegenden Lebensereignissen bei Anlage (von begrenzter Dauer und innerhalb eines zeitlichen Fensters – zu unterscheiden von z. B. einer Anpassungsstörung).

Sammlung von Daten zur Übersicht:

Es geht um das Gesamtgeschehen, das Gesamtkrankheitsgeschehen, das sich aus vielen Faktoren, neben den körperlichen und seelischen, den psychosozialen Faktoren/Beeinträchtigungen zusammensetzt.

Ziel: umfassende Übersicht aus bio-psychosozialer Perspektive. Selbsteinschätzung als nützliches Hilfsmittel, komplementiert durch ausführliche Befragung/Interview.

Die Fragebögen geben Hinweise auf die Schmerzintensität, die Schmerzqualität, das Verhalten, die Art zu kommunizieren, das Ausmaß der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Erfragen des sozialen und emotionalen Zustands. Die Betonung liegt auf Hinweise.

Fehlen einer objektiven körperlichen Pathologie und der Wunsch nach Kompensation sind nicht ausreichend für die Annahme, dass die Probandin schwindelt.

Die Ausprägung chronischer Schmerzen, d. h. die Anzahl schmerzender Stellen bestimmt ihre Auswirkungen, NICHT die spezifische **Ursache oder Diagnose**.

Chronische Schmerzen wirken sich hinsichtlich folgender Faktoren negativ aus:

- die physische Funktionsfähigkeit
- die allgemeine Gesundheit
- die geistige Gesundheit
- die Vitalität
- die soziale Funktionsfähigkeit
- die emotionalen Rollen

■ Fragebogen

- Wie schwerwiegend ist die körperliche Beeinträchtigung?
- Wie stark leidet der Patient, ist er eingeschränkt oder unfähig, an sonst üblichen Aktivitäten teilzunehmen?
- Ist das Verhalten angemessen, Hinweise auf Verstärkung aus psychologischen, sozialen Gründen oder Zwecken.

- **Fragen zur Übersicht**

- Seit wann leiden Sie unter andauernden Schmerzen?
- Wann ca. Beginn? Mit was? Wo?
- Waren die Behandlungsmaßnahmen ausreichend?
- Was fehlte?
- Wie häufig gehen Sie zu Ärzten – zu wem? Wie oft?
- Bestehen Sie auf Untersuchungen oder Behandlungen, nachdem Ihnen mitgeteilt wurde, dass dies keinen (weiteren) Sinn macht?
- Nehmen Sie (zu viele?) Medikamente: ja/nein
- Alkohol, zu viel? Bitte Ihre ehrliche persönliche Meinung (morgens, mehrere Sorten, tagsüber, am Abend?) Ist es Ihnen lästig, falls jemand Sie darauf anspricht? Haben Sie unter Alkohol schon mal etwas getan, was Sie bereuen mussten?
- Hat man Ihnen starke Schmerzmittel vorenthalten?
- Welche möchten Sie haben?
- Wie sind Ihre Erwartungen an die Behandler?
- Sollen die Schmerzen und die damit zusammenhängenden Symptome vollständig verschwinden?
- Oder... Haben Sie schon einmal zu viele Schmerzmittel eingenommen oder nehmen Sie andere abhängig machende Substanzen/Medikamente ein?
- Haben Sie an sich oder haben andere Sie auf übertriebene Schmerz-Verhaltensweisen, Humpeln, Hinken, Bein-Nachziehen, Grimassieren, starre Haltung, Schonhaltung hingewiesen?
- Haben Sie Anträge gestellt (BG, Schwerbehinderung, Rente, nach Unfall oder Fehlbehandlung, private BU?) – was erwarten Sie? EURO Schadensersatz?
- Laufende oder geplante Gerichtsverfahren? Gegen Sie?

- **Aussagen hinsichtlich Ihrer Lebensqualität?**

- Kennen Sie Jemanden, Bekannte, Familienangehörige, die unter einem chronischen Schmerzzustand leidet?
- Sind Sie depressiv, haben Sie Angst; wie fühlen Sie sich? Schlecht? Beeinflussen Schmerzen Ihre Stimmung?
- Können Sie ein belastendes Ereignis oder ein Lebensereignis nennen, und zwar vor Schmerzbeginn und/oder das zur Verschlimmerung von Schmerzen führte?
- Ist Ihre Beziehung zum Ehepartner, zum Bekannten, Freund, Freundin, Partner stressig, konfliktreich?
- Was haben Sie wegen Schmerzen aufgeben müssen? Hobbys? Freizeitaktivitäten? Familiäre, berufliche, arbeitsbezogene Aktivitäten?

- Haben Sie Pläne für die Zukunft (nennen Sie diese), falls die Schmerzen nachlassen?
- Haben Sie vor Schmerzbeginn gearbeitet? Möchten Sie bei Schmerzlinderung an diesen Arbeitsplatz zurückkehren oder einen anderen Job annehmen?
- Glauben Sie, jemals wieder ein normales Leben führen zu können oder normal funktionieren zu können?

• Schmerzerfahrung und damit zusammenhängende Symptome

- Wo empfinden Sie Schmerzen?
- Wie fühlen sich diese an?
- Beginn und Fortschreiten
- Welche Ursache?
- Was hat man Ihnen hinsichtlich Verletzung, Operation(en), Stress, Ursache mitgeteilt?
- Was hat man Ihnen über die Symptome und Erkrankungen und Diagnosen gesagt?
- Was verstärkt Schmerzen? Was lindert?
- Wann empfinden Sie Verschlimmerung(en), Tageszeit, Stress?
- Schlafgewohnheiten: Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen?
- Was stört Sie?
- Welche Gedanken, Gefühle, welches Verhalten geht den Symptomen/Schmerzen voraus, begleitet sie oder folgt Ihnen?

• Frühere und aktuelle Behandlungen

- Welche verordneten oder freiverkäuflichen Medikamente nehmen Sie?
- Welche waren hilfreich? Abends Schlafmittel? Beruhigungsmittel?
- Bei Bedarf? Zeitabhängig? Dosierung(en)? Wechsel? Welche mit Nebenwirkungen? Warum abgesetzt?
- Wie hilfreich waren Operationen? Spritzen? Andere Eingriffe? Massagen? Physiotherapie?
- Bewegen Sie sich? Sport? Gymnastik, Schwimmen, Fahrradfahren?
- Vermeiden Sie Aktivitäten aus Angst vor Schmerzen?
- Könnten diese zur Verschlimmerung führen?
- Andere Behandlungen? Heilpraktiker, Homöopath, Osteopath, Naturheilkundler?
- Von welchen Behandlungen profitierten Sie am meisten?
- Folgen Sie in der Regel Empfehlungen?
- Was denken Sie über Ihre Vorbehandler?
- Führen Sie alle auf, ambulante, stationäre, REHAs? Evtl. Extrablatt. Schreiben Sie alle auf.

- **Medizinische Anamnese**

- Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerzen?
- Welche in der Vergangenheit?

- **Allgemein**

- Grad der Behinderung (GdB, MdE %, private Berufsunfähigkeit (BU))?
- Beziehen sie z. Z. Alg. I, Alg. II? Früheres Einkommen, zu erwartendes Einkommen? Eigentum? Mieten? Eigene Kosten? Einkommen Ehefrau/Ehemann?
- Wohnen mit Familienmitgliedern? Eltern/Schwiegereltern? Sohn/Tochter?

- **Reaktionen und Bezugspersonen**

- Typische tägliche Routine?
- Tagesablauf, Wochenablauf, wiederkehrende Aktivitäten? Urlaub?
- Veränderungen der Aktivitäten und Verantwortlichkeiten von Bezugspersonen aufgrund der Symptome/Beeinträchtigungen des Probanden?
- Was hat sich bei Ihnen verändert? Benötigen Sie Hilfe?
- Was machen Sie, wenn der Schmerz stärker wird?
- Anfallsartig auftritt? Wie lange dauert das an?
- Wie reagiert Ihr Partner, Ihre Bezugsperson?
- Was machen Sie, wenn Sie der Schmerz nicht stört?
- Wie reagiert Ihr Partner, Ihre Bezugsperson, wenn Sie aktiv sind?
- Wie wirken sich Ihre Beeinträchtigungen auf Ihre Beziehung aus?
- Zwischenmenschlich, familiär, partnerschaftlich, sexuell?
- Welche Aktivitäten vermeiden Sie wegen der Schmerzen?
- Welche führen Sie weiter aus (trotz Schmerzen)?

- **Eigene Maßnahmen**

- Was machen Sie, um mit den beeinträchtigenden Symptomen zurecht zu kommen?
- Welche Rolle spielen Sie nach Ihrer Ansicht bei der Schmerzbehandlung?
- Was stresst Sie aktuell?
- Welche angenehmen, erfreulichen Tätigkeiten führen Sie durch – wenn überhaupt?

- **Sozialanamnese**

- Welche Beziehung hatten Sie früher und/oder haben Sie jetzt zu Ihrer Familie oder Herkunft?
- Gibt es in Ihrer Familie eine Vorgeschichte von Schmerzen oder Beeinträchtigungen/Behinderungen oder Erkrankungen?
- Welchen früheren und jetzigen Familienstand hatten oder haben Sie?
- Welche Qualität (wie gut oder wie schlecht) haben die derzeitigen ehelichen und familiären Beziehungen?
- Welche Freundschaften (jetzt oder früher) oder welche Hilfe/Unterstützung außerhalb Ihrer Familie haben Sie?

- **Psychologische Funktionsstörungen**

- Welche aktuellen psychischen Symptome/Diagnosen liegen bei Ihnen vor? Depression, Angststörung oder andere?
- Suizidversuch/-gedanken in der Vergangenheit? In der Familie?
- Erfolgt psychologische, psychiatrische Behandlung? Wie hilfreich sind diese? Wie lange dauern sie schon? Für wie lange sind sie geplant?
- Persönliche oder familiäre Vorgeschichte psychischer Störungen und Behandlung? Familienberatung? Stationäre Behandlung aus psychischem Grund?
- Ist Ihnen Missbrauch bekannt, d. h. seelischer, körperlicher, sexueller? Wurde dieser angezeigt? Was geschah danach? Gibt es Zeugen?

- **Sorgen und Erwartungen**

- Glauben Sie, ein ernsthaftes körperliches Problem zu haben, das noch unbekannt ist? Oder dass sich Ihre Symptome zunehmend verschlechtern werden, Sie noch mehr Einschränkungen erleiden oder abhängig werden? Oder sorgen Sie sich, dass man Ihnen sagen könnte, Ihre Probleme seien nur psychischer Natur?
- Wie erklären Sie sich Ihre Schmerzen, Ihre weiteren Beeinträchtigungen, Ihre weiteren Symptome?
- Was erwarten Sie für die Zukunft? Von der Behandlung (wird es besser, schlechter, wird sich nie etwas ändern)?
- Wie stehen Sie zu REHA-Maßnahmen? Gibt es evtl. Heilung?
- Was wäre das Behandlungsziel? Wie lange wird es nach Ihrer Ansicht dauern, bis es erreicht sein könnte? Was müsste dazu geschehen?

Muskelschmerzen (diffuse und regionale)

Die willkürliche Skelettmuskulatur steht häufig bei Schmerzzuständen im Vordergrund der Beschwerden.

- Hinsichtlich der **Tender Points** hatte man sich fast 2 Jahrzehnte bemüht, diese anatomisch dingfest zu machen. Die Zahl gibt aber nur die Ausdehnung und Intensität von Schmerzen an.

Durch Druckanwendung mit dem Daumen werden diese lokal definierten Orte aufgesucht und als „positiv oder negativ“ diagnostiziert. Es handelt sich um lokale, etwas flächige Areale ohne Ausstrahlung (spontan oder auf Druck hin), im Gegensatz zu den **neuro-muskulären Trigger Punkten/Strängen**, die sich unter den Muskelendplatten bilden (Verbindungsstelle zwischen Nerv und Muskel) infolge Blutmangel in den kleinen Äderchen (Kapillaren), unter Mitbeteiligung des Sympathischen Nervensystems. Sie bilden tastbare und durch Ultraschall erfassbare Muskelkontraktionsknoten, die sich zu Gruppen anordnen können, den Muskelknoten, auch Muskelkontraktionsknoten genannt.

Diese Knoten sind der Kompression der Kapillaren infolge sauerstoffarm und beherbergend saure Andockstellen und Zytokine (Entzündungsstoffe).

Man spricht von sekundärer Hyperalgesie, was die Schmerzbeurteilung betrifft (Schmerzhaftigkeit als Folge von zentral bedingter Überempfindlichkeit).

Die örtlichen Schmerzbilder sind in der Überzahl neuro-muskulär bedingt, d. h. Trigger Punkte/Stränge als regionale Schmerzsyndrome. Angst-/Schon-/Vermeidensverhalten bei versuchten Bewegungen ist die Folge.

Die definierten Tender Points – Aufsuchen und Druckpalpation, klinisch seit **2002** verlassen (der Rheumatologe Cohen, Melbourne und F. Wolfe 2003 als Sprecher des ACR, des American College of Rheumatology), und die (inzwischen veralteten) ACR-Richtlinien von 2010 und 2012 – (Konsensus-„Richtlinien“), sind endlich als **unsinnige Diagnostik** aufzugeben. Die neue AWMF-Leitlinie von 04/2017 bleibt unverständlicherweise beim Aufsuchen dieser Tender Points.

Die genannten TPs (Tender Points, ohne anatomische Substanz und Histologie) waren nie für den klinischen Gebrauch konzipiert (ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke – von Anfang an – 1990, s. auch Petzke, jetzt Univ. Göttingen, in seiner Habilitationsschrift 2008, Univ. zu Köln).

- Bei den neuro-muskulären Trigger-Punkten/-Strängen (Muskelkontraktionsknoten, Myogelosen) handelt es sich um sauerstoffarme, zytokinreiche Muskelkontraktionsknoten (Shaw, Bethesda, 2005; Birklein, Mainz, Mikroperfusionsexperimente; Mense, Heidelberg; Teilnahme des Autors in Philadelphia 2005, Chronic Pain States).

Die beschriebene Skelettmuskulatur nimmt am Einstrom von Impulsen/Signalen aus der Peripherie teil (Berührung, Druck, Schmerz – auch aus den Faszien).

Oft sind alle großen Gelenke frei beweglich, aber infolge der Muskelveränderungen (Trigger Punkte, mit Ausstrahlung) schmerzhaft erlebt.

Das sog. Myofasziale Schmerzsyndrom ist begründet durch übertragene Muskelschmerzen (referred pain) und wird durch die gereizten Kontraktionsknoten/-stränge charakterisiert, diese Knoten sind übererregt und reagieren bei Druck, Dehnung, Belastung, mit sogenannten übertragenen Schmerzen (entfernt vom gereizten Knoten). Die Mitbeteiligung des sympathischen Nervensystems konnte von Mense, Heidelberg, auch sichtbar nachgewiesen werden.

Diese Schmerzen können Stunden, Tage, aber auch dauernd vorliegen.

Der Betroffene erfährt diese Schmerzen als tiefen, **diffusen Gewebeschmerz**, als brennend, beengend oder auch als drückend. Die Ausweitung kann in alle Richtungen erfolgen. Die Schmerzintensität und das Ausbreitungsgebiet sind positiv und reziprok (sich wechselseitig beeinflussend) mit der Übererregbarkeit, der Überempfindlichkeit im zentralen Nervensystem (der Amygdala z. B.) verbunden. So versteht sich auch die emotionale Mitbeteiligung.

Diese Trigger Punkte erzeugen Muskel-Fehlfunktionen: Muskelschwäche, Bewegungshemmung, Reizbarkeit (Krämpfe), Störungen der Muskelbeugung (Beugen, Strecken, bekannte Dysbalancen der Physiotherapeuten).



Diagnosen

- Vielleicht hat ihr Schmerzzustand mit einem Burn-out begonnen?

Einflussfaktoren wie Burn-out!? Was bedeutet das? Wie sind damalige Schmerzen behandelt worden?

Denken sie einmal nach ...

Man kann eigentlich nur „ausbrennen“, wenn man vorher (vermeintlich) viel geleistet hat. Man ist dann wer, und steht wie eine Eins da – und fordert Bewunderung ein. Burn-out kann auch in der Familie auftreten, durch Pflegeleistungen, ein krankes Kind, Überforderung, keine Pausen oder Urlaub u. a.

Dieser Zustand wird oft skeptisch betrachtet, kann oder will sie/er nicht mehr?

Aber immer und ausschließlich ernst nehmen! Nicht bagatellisieren und auf irgendwelche naheliegenden Gründe schieben.

Besonders daran denken, falls der Kardiologe mehrfach nichts findet, auch unter Einsatz von Geräten und mehrfachen Untersuchungen bei Luftnot, Herzrasen, Herzstolpern, gefühlten Herzrhythmusstörungen.

Erschöpfung ist zunächst kein Burn-out (neuerdings zudem als Diagnose zu begreifen) – es geht um etwas viel Heimtückischeres.

Begründungen:

- sozialer Rückzug
- Zynismus im Gespräch (Ausdruck der Weltsicht)
- Verlangen nach Ruhe
- Konzentrations- und Gedächtniseinbrüche
- Körperlich: Blutarmut, Muskelschwäche, Kraftminderung, Schmerzen, Nierenerkrankung u. ä.
- Angst, kein Erleben von Freude
- Motivationsmangel, keine Energie, Antriebsmangel, zu nichts aufrufen können.

Burn-out war als Risikofaktor zu verstehen, aktuell zur Diagnose aufgewertet, der zu verschiedenen Erkrankungen führen kann.

Das Umfeld des Betroffenen beeinflusst sich wechselseitig mit seiner „Verwundbarkeit“ (Verletzlichkeit mit verminderter eigener Möglichkeit entgegenzusteuern).

Burn-out-Beschwerden haben noch keinen sicheren Krankheitswert. Der Übergang zur Erkrankung ist oft fließend, z. B. zu einer Angststörung, einer depressiven Episode, auch als Risikofaktor für chronische Schmerzen, zu einem Herzinfarkt, zu einem Schlaganfall usw.

Medikamentengabe sollte nicht einfach so erfolgen. Diagnostik, Beobachtung, Abgleich mit anderen Symptomkomplexen sollte durch einen Profi erfolgen. Eine umfassende körperliche und psychische Untersuchung ist dringend erforderlich (bis zum MRT der Hirnanhangsdrüse, der Hypophyse).

Eine Depression kann aber auch die Grunderkrankung für eine Burn-out-Erschöpfung sein.

Auszuschließen sind:

- Anämie
- Schilddrüsenunterfunktion
- Nierenfunktionsschaden, Herzpumpschwäche, bösartige Erkrankungen
- „rheumatische“ Erkrankungen
- degenerative Erkrankungen des ZNS
- Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Chronische Lungenerkrankungen
- Medikamenten-Nebenwirkungen und andere, wie
- Schlafstörungen
- Angst und depressive Störungen
- Essstörungen
- Alkohol-/Beruhigungsmittelfehlgebrauch

Im Rahmen des Burn-out können auch Schmerzen auftreten. Alle Stressbelastungen sind ein Risikofaktor zur Auslösung oder Verstärkung von Schmerzen. Es bestehen Wechselwirkungen zwischen dem Burn-out-Prozess und den genannten Erkrankungen: möglich ist Verstärkung, aber auch Verlangsamung.

Einmal beschleunigen die Verstärker den Vorgang, bei Entwicklung hin zur depressiven Störung, andererseits wirken sie auch zunehmend bremsend (Verlangsamungspirale).

Im Vordergrund stehen häufig Erschöpfung und Leistungsabbau, eine Vielzahl weiterer Beschwerden kann vorliegen (2–4 Seiten an Aufzählung). Erleben und Verhalten zeigen Auffälligkeiten.

Auch bestimmte Persönlichkeitszüge sind als Risikofaktoren anzusehen: Verlangen nach Aufmerksamkeit und Anerkennung, Streben nach Perfektion, Inflexibilität, Helfersyndrom, Eindimensionalität in der Lebensführung.

Therapeutisch geht es um die Verstärkung der eigenen Widerstandskraft (Resilienz) durch Vertrauen in sich selbst, die eigene Lebenssituation als bewältigbar zu begreifen, das Leben als lebenswert anzusehen, mit einem Wort – die Stressanfälligkeit vermindern.

- Nicht jedes Symptom und organische („degenerative“) Veränderung der Bildung benötigt eine Diagnose.
Organische, psychische oder soziale Faktoren sollten als gleichwertig angesehen und erfasst werden.
Es geht so (auch) um funktionelle Körperbeschwerden, die diagnostisch beschrieben werden können als
 - Nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden (Psychosomatik, P. Henningsen, TU München, NFKB)
 - die Körperliche Belastungsstörung F45.1 nach DSM-5
 - zentrale Sensibilisierung (ZSS), (C. Woolf, Harvard), zentrales Sensibilisierungssyndrom (Colvin et al., Schmerzmedizin, Huber, 2013, S. 55)
 - Sensitivisierungsvorgänge (U.T. Egle, Psychosomatiker, Freiburg, Begutachtung chronischer Schmerzen, Elsevier 2014)
 - es existierte dazu noch das Fibromyalgie-Syndrom, das sich aus erhöhter zentraler Empfindlichkeit für Schmerzen u. a. und ebenso „überempfindlichen“ Organismen „zusammensetzen“ kann (im DSM-5 ist diese Entität aufgegeben, die neue ICD-11 wird dieser Betrachtung folgen)
 - **die genannten Diagnosen sind nur vordergründig synonym anzusehen. Beachte besonders: FM/FMS ist NICHT synonym den oben genannten Erkrankungen, es handelt sich so nicht um eine andere Bezeichnung unter dem gleichen Deckmantel! Dahinter versteckt sich nicht etwas Altes, Bekanntes.**

PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) (Lohr et al., Am. J. of Geriatric Psychiatry 2015) und die depressive Störung werden zunehmend als Erkrankung angesehen, die den gesamten Körper beeinträchtigt, da mit anderen organischen Gesundheitsstörungen statistisch überzufällig häufig verbunden. Diese Beziehungen sind über vielschichtige Aspekte miteinander verbunden (Schlöpfer, Freiburg; Psychiatrie, MH-Hannover, Veröffentlichungen 2016, Kahl).

Zu beachten sind zudem die überzufällig häufig vorliegenden Parallelerkrankungen (genannt Ko-Morbiditäten) der genannten Gesundheitsstörungen mit psychischen Erkrankungen – diese zeigen sich oft in Form unklarer Körperbeschwerden. Falls eine psychische Erkrankung vorliegt, ist mit besonders schwerem Verlauf zu rechnen.

Eine genaue Abgrenzung fällt schwer, da auch organische Erkrankungen einen funktionellen Anteil erkennen lassen, andererseits können die genannten Gesundheitsstörungen auch parallel zu körperlichen Erkrankungen auftreten:

Zusammengefasst als wichtige Info zum weiteren Verständnis:

- Körpersymptomstörungen mit psychischer Ko-Morbidität
- diese oft mit unklaren Körperbeschwerden
- organische Erkrankungen mit funktionellem Anteil
- Körpersymptomstörungen parallel mit organischen Gesundheitsstörungen
- organische und funktionelle Körperbeschwerden sind nur schwer zu unterscheiden, so wird im **DSM-5** deshalb auch „keine fehlende organische Erklärbarkeit“ mehr gefordert! **Das gilt auch für Schmerzen.**

Diese **Faktoren spielen anteilig eine eigene Rolle am Schmerzgeschehen**; Schmerzen sind also nicht einseitig als Folge von Gewebe-, Nerven- oder entzündlicher Schädigung anzusehen.

Praktisch jede Empfindung/Beschwerde kann als „schmerzhaft“, „leistungsbehindernd“ in den Vordergrund gestellt und mitgeteilt werden: Schaible, Neurophysiologe, Jena, sagte schon 1991, dass das Hirn jede Empfindung produzieren kann.



Definitionen (Somatisierungsstörung u. a.)

Die Begriffe **Schmerzstörung** und **somatoform** wurden in der Vergangenheit bevorzugt in den psychisch und organisch orientierten Gebieten einfach so benutzt, falls Schmerzen nicht aus der Bildgebung und den Funktionsprüfungen zu erklären waren, auch ohne Herausarbeiten eines/von Konflikt(en).

Zur Klärung der Definitionen:

Nach WHO **ICD-10** wird eine Somatisierungsstörung F45.0 in die abgespaltene Kategorie

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung **F45.40** und
- die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren **F45.41** diagnostiziert (seit 2009 als ICD-10 GM (German Modification))

Häufig reichte es in der Vergangenheit, die Diagnose einer „undifferenzierten Somatisierungsstörung“ F45.1 zu stellen, dabei handelte es sich eher um eine Verlegenheitsdiagnose, die aktuell nicht mehr zu stellen ist (nach Erscheinen der DSM-5)

- auch F45.3 (gastro-intestinale u. a. funktionelle Organ-Betonung einer Somatisierungsstörung)

Bei F45.40 handelt sich um die Erarbeitung von Konflikten und psychosozialen Belastungen (mit Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation, Aufrechterhaltung von Schmerzen).

F45.41 schreibt physiologischen (Körperlichen) und psychischen Faktoren eine wesentliche Rolle bei der „**Schmerzentstehung**“ zu (psychische Faktoren sind bedeutsam, aber **nicht ursächlich** – in Anlehnung an die **DSM-IV-TR**, Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders der Amerik. Psychiatr. Gesellsch. – APA).

Das **neue Manual DSM-5 von 05/2013** betont, dass der Begriff „somatoform“ wegen endgültiger Aufgabe der Dichotomie körperlich/seelisch wegen Undeutlichkeit und Fehlgebrauch verschwindet. Die deutsche Übersetzung, das Handbuch, erschien 12/2014.

Radikal neu ist die eindeutig definierte Diagnose, nämlich die der Körperlichen (Somatischen) Belastungsstörung **F45.1** – Subtyp persistierend, andauernd, mit vorwiegend Schmerzen, stratifiziert (die in Zukunft von der WHO in der ICD-11 übernommen wird).

Tendenz, auf psychosoziale Belastungen, Ereignisse, Sorgen, besonders Konflikten mit aversiven Körperempfindungen zu reagieren, wurde als Somatisierungsstörung bezeichnet: in der abgespalteten (Schmerz) Kategorie kann diese Schmerzstörung nicht stratifiziert (leicht- mittel-, schwergradig) werden, ebenso lässt sich aus der Diagnose allein keine Minderung der Teilhabe ableiten!

Extremschmerzen, unter ICD-10 **F62.80** zu beschreiben (mit Persönlichkeitsänderung, nicht -veränderung) bei der Diagnose chronischer Schmerzen mit Leiden (Suffering) und psychosozialen Folgen.

- **schmerzpsychologischen Auffälligkeiten:** Chronifizierung, starke somatische Fixierung (Kontrollattribution), außergewöhnliches Schmerzerleben, Schwäche, Erschöpfung und vorwiegend Muskelproblematik in Form von Trigger Punkten, dazu diffuses Muskelschmerzerleben quer den Körper hindurch.
- Weitere, mit **Beeinträchtigungen/Behinderungen assoziierte Faktoren**, sind die sogenannten **psychosomatischen Faktoren:** Diese betreffen die Beeinflussung von Schmerzerleben und Chronifizierung; hier zu beschreibende depressive Störung, Panikstörung u. a.; zudem aber dysfunktionale Kognitionen und Einstellungen; maladaptives Lösungsverhalten (oft im Wellnessbereich).

„Psychosomatik“ erfordert aber einerseits eine strukturelle, andererseits eine psychisch orientierte Diagnose oder Faktoren, ebenso wie Vorliegen gestörten Beziehungsverhaltens (unsicher, ambivalent), um das „Zusammenspiel“ zwischen diesen darstellen zu können – und eine **theorieferne beschreibende** Symptomdarstellung, nach Kriterien aufgestellt.

Anpassungsstörung wäre nach spätestens 2 Jahren über F62.0 fortzuführen; hier unter F62.80 als Extrembelastung bei chronifiziertem Schmerzzustand (Symptome bei Kaspar/Volz, Psychiatrie compact, 3. Auflage, Seite 246, Thieme) – gekennzeichnet durch hohe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Passivität, Interessenverlust, dysphorische Stimmungslage.



Psychiatrische Parallel-Diagnosen als Ko-Morbiditäten

Seelische Störungen sind wie körperliche Erkrankungen anzusehen, wenn sie durch Willensentschlüsse der Betroffenen nicht oder nicht mehr zu beheben sind: die **Gesamtproblematik erscheint aber oft noch behandelbar**.

Depressive Störung (ratlose niedergedrückte Stimmungslage, Desinteresse, Insuffizienzgefühle, nicht ausreichende Antriebslage, Früherwachen, morgendliches Stimmungstief, anamnestisch Suizidgedanken, Schlafstörungen u. a. ist nach Kriterien zu entwickeln; zu denken ist deshalb auch an eine Persistierende Depressive Störung F34.1 der DSM-5. Hier findet der Begriff der Chronifizierung einer depressiven Störung Anwendung (die Kriterien unterscheiden sich grundsätzlich von der Dysthymia in der ICD-10). Oft sind keine wiederholten Episoden feststellbar. Sozialer Rückzug liegt häufig vor.

Zur Diagnose einer Major Depression fehlen vier Symptome.

Subtyp: z. B. mit Angst, mittelschwerer Ausprägung.

Panikstörung F41.0 nach DSM-5 kann in belastender Ausprägung zu erfassen sein. Es handelt sich dabei um wiederholte, plötzliche, intensive Angst mit Auftreten kognitiver/psychischer und/oder körperlicher Symptome.

Agoraphobie F40.0 ist zu erfassen, situative Furcht oder Angst, Vermeiden dieser Situationen aus Furcht in Ohnmacht zu fallen, Magen-/Darmverstimmungen auszuhalten, der Situation nicht angemessen, von erheblicher klinischer Ausprägung, Vermeiden dieser:



- Angst vor Situationen:
 - benutzen des ÖPNV
 - auf offenen Plätzen
 - in geschlossenen Räumen
 - Abneigung vor Menschenmengen
 - allein das Haus verlassen
- Vermeiden dieser Situationen
- diese Situationen rufen Angst hervor
- Durchstehen allein oder nur in Begleitung
- Angst ist unverhältnismäßig
- dieses Verhalten liegt andauernd vor
- führt zu Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen
- kein Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors
- keine bessere Erklärung

Für eine generalisierte Angststörung F41.1 mit übermäßiger Angst und Sorge gegenüber Ereignissen und üblichen Tätigkeiten liegt kein Hinweis vor.

Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit sind zu bemerken, aber keine Konzentrationsstörungen, jedoch Reizbarkeit, Muskelspannung und/oder Schlafstörungen.

Eine **Körperliche Belastungsstörung F45.1** nach DSM-5 ist ebenso zu kodieren; sie basiert auf belastenden somatischen Symptomen (**ohne** dass eine medizinische Erklärung notwendig wäre), aber nicht körperliche Symptome als solche, sondern in der Art und Weise, wie sie dargeboten und interpretiert werden (Somatic Symptom Disorder, aber nicht als Körpersymptomstörung übersetzt (12/2014), sondern als Somatische Belastungsstörung – Falkai, München, et al.).

- Belastende körperliche Symptome wie chronische Schmerzen, psychische Symptome mit körperlichem Erleben, Funktionsbeeinträchtigungen im Halte- und Bewegungssystem.
- Stärkste Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen – Katastrophisieren – hinsichtlich der körperlich erfahrenen Symptome mit Gesundheitsorgen:
 - Gedanken zur Ernsthaftigkeit der Symptomatik
 - starke Ängste dazu
 - viel Zeit und Energie werden dafür benötigt
- Persistierender Zustand der Symptombelastung



Subtyp: mit überwiegendem Schmerz (für die körperlichen Symptome), andauernd, mittelgradig.

Anmerkung: Man hatte jahrelang mit allen möglichen Diagnosen versucht, sich einem chronischen Schmerzgeschehen anzunähern, einem chronifizierten Schmerzzustand – wie er verstanden wurde.

Im Vordergrund der Belastungen und Symptomatik standen allerdings die erheblichen Auswirkungen psychiatrischer Störungen.

Man war an der Aufgabe, die präsentierten Symptome zu konkreten Funktionsbeeinträchtigungen zu bündeln, gescheitert. So blieb es bei der Annäherung mittels der Diagnose einer Somatisierungsstörung mit dem Gedanken, dass so kein Krankheitswert zu belegen war, d. h. keine Beeinträchtigung der Teilhabe.

Haben Sie es gemerkt? Es geht immer nur um Schmerzen.

Persönlichkeitszüge/-störungen

Die Betroffene zeigte die Unfähigkeit, die eigenen Gefühle adäquat wahrzunehmen und sie auszudrücken. Alexithymie (Schwierigkeit eigene Gefühle wahrzunehmen) beschreibt dieses Unvermögen unzureichend.

Befunde: die Klägerin ist nicht impulsiv, ohne paranoide Leitsymptome, ohne narzisstische und/oder histrionische Symptome, aber selbstbezogen. Gewisse zwanghafte Züge, die aber nicht die Kategorie einer Zwangsstörung annehmen.

Extreme Persönlichkeitsänderung F62.80 ICD-10 GM ist als Folge eines chronischen Schmerzzustands zu diagnostizieren; parallel dazu sind deutliche Beeinträchtigungen zwischenmenschlicher, sozialer und beruflicher Fähigkeiten zu erfassen und beobachten.

Es kam zu sozialem Rückzug, andauernder Nervosität, auch zu passivem Verhalten, Interessenverlust und dysphorischer Stimmungslage: gereizt, missstimmig, missmutig.

Die Störung betrifft die Kognition (Art und Weise sich selbst zu erfahren und zu interpretieren), die Affekte (die emotionale Antwort) und das interpersonale Funktionieren, hier ungestörte Impulskontrolle.

Bei **Persönlichkeitszügen (traits)** geht es um andauernde Muster, das Umfeld und sich selbst im Rahmen sozialer und persönlicher Kontexte zu sehen.

Erst wenn sich die „Züge“ als inflexibel und gefühlt negativ für die eigene Persönlichkeit und störend erweisen und zu erheblicher funktioneller Beeinträchtigung oder subjektiver Belastung führen, nehmen sie die Bedeutung einer Persönlichkeitsstörung an.

Eine Persönlichkeitsstörung sollte nur diagnostiziert werden, wenn die definierten Charakteristika vor dem frühen Erwachsenenalter auftraten, typisch für die Langzeitfunktion sind und nicht nur während einer Episode einer anderen psychischen Störung auftreten.



Neue Kopfschmerzformen

■ MÜK – der Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz – eine neue Kopfschmerzform

Es erfolgt Mitteilung von beidseits „drückenden“ Kopfschmerzen schon seit der Kindheit. Medikamentenfehl- und -übergebrauch erfolgte bei täglichen Kopfschmerzen.

Es erhebt sich kein Widerspruch, als der Betroffenen angedeutet wurde, dass diese Angaben wahrscheinlich nur weniger als die Hälfte der wirklichen Kopfschmerzmitteldosis seien ... so ist eine „neue“ Kopfschmerzform zu diagnostizieren, nämlich chronische Kopfschmerzen mit Medikamenten-Übergebrauch – MÜK – ICD-10 G44.4 – Medication Overuse Headache – MOH. Charakteristisch sind Medikamenteneinnahme-Tage **an mehr als 10–30 Tagen/Monat**.

Zum Verständnis dazu die folgenden notwendigen Ausführungen: Es liegen fast unglaubliche Defizite hinsichtlich der häufigsten Kopfschmerzformen und den (generell nicht) erstellten Kopfschmerzdiagnosen vor. Das gilt nicht nur für Hausärzte, sondern besonders für Neurologen, die doch hier eine besondere Expertise zeigen könnten, obwohl auch hier deutliche Fortschritte zu verzeichnen sind. Kopfschmerzen sind leider apparativ nicht messbar – somit entfallen oft einfache Diagnose-Bemühungen.

Das Problem sind nicht Migräne mit und ohne Aura, sowie die Formen des Kopfschmerzes vom Spannungstyp: diese machen zusammen rund 92 % aller Kopfschmerzformen aus, plus einige andere seltene primäre Formen. Die restlichen sekundären 8 % sind der Knackpunkt.

Chronische Kopfschmerzen spielen aber in 1/3 der Gutachten eine Rolle mit dem Gutachtenanlass chronische Schmerzen (2/3 aller Gutachtenaufträge in NRW, Richter Freudenberg, LSG Essen).

Die wichtigste Behandlung hinsichtlich MÜK: Aufklärung! über die Bedeutung des Medikamenten-Übergebrauchs.

Hohes Vorliegen bei Funktionellen Körperbeschwerden (ca. 6 von 10 Betroffenen), obwohl die Angabe auch in der Literatur sich meistens auf „Kopfschmerzen“ beschränkt, ohne Mitteilung einer spezifischen Kopfschmerzdiagnose!

Mir liegen praktisch nur Erfahrungswerte vor – die Einnahme von Kopfschmerzmitteln wird in der Regel dissimuliert, wird in der Regel nicht mitgeteilt (ebenso die Einnahme

von Schlafmitteln und OTC-Präparaten), man erfährt davon meistens nur am Rande, zufällig oder es ergibt sich beiläufig im Gespräch, häufig scheint sich die/der Betroffene **der übermäßigen Einnahme von Schmerzmitteln, abgesehen von den „offiziell“ verordneten** (Opioide usw.) zu schämen, da es sich in der Regel um Selbstmedikation handelt (meistens Schmerzmittel-Mischpräparate). Den Betroffenen erwartet schon im Voraus der erhobene Zeigefinger des Arztes.

Seltsamerweise wird eine Kopfschmerzdiagnose, auch eine chronische Form, ebenso der MÜK, obwohl diese Gesundheitsstörung(en) zu erheblichen Beeinträchtigungen/Behinderungen im Tagesablauf führen und auf die beeinträchtigte Leistungsfähigkeit durchschlägt, fast nie in Gutachten erwähnt oder bewertet.

Es handelt sich bei erheblichen Kopfschmerzen um etwas total Vernachlässigtes, das keiner Erwähnung bedarf (es sind ja nur Kopfschmerzen, „die hat man und Ende“, oder „man nimmt sie sich“; ansonsten ist es immer die „Halswirbelsäule“, die an „vielen“ Schuld sein soll, auch am „Schwindel“).

Ähnliches gilt für die quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens (bei chronifizierten Kopfschmerzen, es gibt kaum Schlimmeres als eine chronische Migräne – 0,5 % der Migräneformen), einen Cluster-Kopfschmerz, ob akut oder chronisch.

Opioide haben bei der Kopfschmerzbehandlung keinen Sinn, da sie eher zur Chronifizierung führen und somit schädlich sind, abgesehen von der ausdrücklichen Warnung vor Oxycodone (und Fentanyl), auch Polamidon besitzt keine „heilende“ Wirkung (Fake news).

Übersicht:

Zur Prophylaxe bei vorliegender Kopfschmerzdiagnose ist die **sog. 10-20-Regel (kontrolliertes Einnahmeverhalten)** zu beachten, die besagt, dass **mindestens 20 Tage im Monat komplett frei von der Einnahme von Schmerzmitteln** (und Migränemittel) sein sollen. Es geht dabei **nicht um die Menge** der Schmerzmittel, sondern **um die Tage**, bei denen sie angewendet werden.

Ca. die Hälfte der chronisch Betroffenen mit mehr als 15 Kopfschmerztagen/Monat haben neben ihren ursprünglichen (primären) Kopfschmerzen eine zunehmende Häufigkeit der Kopfschmerztage, genannt **Medikamenten-Übergebrauch-Kopfschmerz (MÜK– siehe oben)**, nach Änderung der Klassifikation 2013, 3. Auflage (beta Version).

Zudem liegen Beziehungen zu den neuen Kriterien wie einer weiteren Kopfschmerzform vor, nämlich der chronischen Migräne. Die Diagnose chronische Migräne schließt die Diagnose eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp vollständig aus (Göbel, Silverstein).

Behandlung bei unkomplizierten Fällen durch den niedergelassenen Kopfschmerzspezialisten, der leider zu oft kein Neurologe ist; oft, bei komplizierten Verläufen teiler oder noch besser stationäre, spezialisierte Behandlung im multimodalen Behandlungsumfeld (ambulante Spezialisten im Kopfschmerzzentrum Essen; in Königsstein, Taunus; in Kiel zu erfragen).

Im Einzelnen: „Kopfschmerzmedikamente“ können bei Übergebrauch selbst Kopfschmerzen verursachen (Verstärkung der Kopfschmerzen und Chronifizierung), entscheidend dabei ist die Regelmäßigkeit der Einnahme, d. h. an mehreren Tagen in der Woche.

Wir sprechen dabei **von mehr als 15 Migränetagen und/oder Kopfschmerztagen vom Spannungstyp im Monat, bzw. von einem Mischbild von Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp mit z. B. 8 Migränetagen und 15 und mehr Kopfschmerztagen vom Spannungstyp/+Monat.**

Kopfschmerzen, die auf Medikamentenübergebrauch zurückzuführen sind, zeigen die **Eigenschaft, zwischen den Symptomen einer Migräne und des Kopfschmerzes vom Spannungstyp zu wechseln, auch am gleichen Tag**, d. h. es entsteht ein neuer Kopfschmerztyp (zu kodieren nach ICD-10 GM G44.4).

Es geht dabei um Schmerzmittelpräparate (Kombinations-Schmerzmittel), Einzel-schmerzmittel, Kopfschmerzmittel, aber auch um die Einnahme mehrerer Schmerzmittel, auch ohne Übergebrauch, aber mit regelmäßiger Einnahme – d. h. es geht um die Tage, nicht allein um die Menge und wie viele Mittel, d. h. die Einnahme verschiedener Mittel, wie Ergotamin, Einfachschmerzmitteln wie ASS (Aspirin), Paracetamol, Metamizol (Novalgin), Opioiden, NSARs – „Rheuma-Schmerzmittel“ – Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen; Triptane, Opioide.

Nimmt man z. B. ein Schmerzmittelpräparat z. B. mit ASS, Paracetamol und Coffein an 7 Tagen und an 6 Tagen ein Triptan, ist die Grenze von 10 Tagen bereits überschritten (s. o. die Einzelpräparate).

Wirksame Behandlung existiert:

Es handelt sich um eine Form der Abhängigkeit und um erhöhte Erregbarkeit von Nervenzellen (Hirnmantel und des 5. Hirnnervs).

Ziel der Behandlung ist die Erholung des erschöpften Schmerzabwehrsystems und die Normalisierung der Schmerzempfindlichkeit.

Zur Behandlung gibt es nur eine Lösung: Stopp der Medikamenteneinnahme und Medikamentenpause. Ohne diese gibt es keine nachhaltige Besserung, d. h. keine Unterbrechung des MÜK. Allein ist das in der Regel nicht zu schaffen.

Stationär ist nach 8–12 Tagen Kopfschmerzfreiheit zu erreichen. Dauer der Medikamentenpause bis zu 2–4 Wochen, danach Kopfschmerzmedikation nach der 10-20er Regel. Während der Pause Einsatz von (trizyklischen) Antidepressiva, Antiepileptika, schwachen Neuroleptika, gegen Übelkeit während der Pause MCP, Domperidon. Vorsicht mit Dimenhydrinat. Auch die Wirksamkeit einer prophylaktischen Gabe von Kortikoiden während der ersten Tage der Pause ist nachgewiesen.

Sehr hässlich dabei ist das Auftreten von erheblichen Absetzungskopfschmerzen und vielfältigen, teils schwergradigen Begleitsymptomen (Dauer 7–10 Tage). Die Zeit des Entzugs ist für viele Patienten sehr schwer.

Schmerzmittel während der Pause heben die Wirkung auf.

Die Rückfallquote wird mit 20 % angegeben. Deshalb sollten schwere Verläufe vollstationär in einer spezialisierten Klinik mit verhaltensmedizinischer und medikamentöser Kopfschmerzprophylaxe (Schmerzbewältigungstraining, Ruhe, körperliche Schonung, Medikamente gegen Übelkeit und zur Schmerzdistanzierung) behandelt werden.

Das vorherige Kopfschmerzleiden besteht natürlich weiterhin und muss jetzt intensiv behandelt werden. Ziel ist möglichst viele Kopfschmerzanfälle zu vermeiden, damit die Kopfschmerzmedikamente (alle!) nur an maximal 10 Tagen im Monat eingenommen werden müssen. Mischpräparate und Opioide sind grundsätzlich zu meiden.

Man erkennt, dass hier nur spezialisierte Behandlung erfolgreich sein kann. Eine Routine-Klinik ist dazu nicht in der Lage.

■ Kopfschmerzen nach Schädel-Hirn-Trauma (PTH)

Schmerzen sagen, dass am oder im Kopf etwas geschehen ist. Manchmal dauert der Schmerz an, wird chronisch. Ich meine, dass es sich hier etwa wie beim MÜK abspielt, nämlich dass sich das System aufschauelt und überempfindlich wird, mit zunehmenden Kopfschmerzen und Medikamentenfehlgebrauch.

In der neuen Kopfschmerz-Klassifikation wird diese Kopfschmerzform (PTH, posttraumatische Kopfschmerzen) an erster Stelle unter den SEKUNDÄREN Kopfschmerzen eingereiht – als Folge von einem TRAUMA oder einer Verletzung von KOPF oder HALS. Sie werden auch als sekundär (als Folge von) klassifiziert, wenn sie einer Migräne ähneln (ein primärer Kopfschmerz) oder einem Kopfschmerz vom Spannungstyp oder einem Cluster-Kopfschmerz. Zu beachten sind die häufigen Mischformen.

Zur Diagnose müssen sie sich 7 Tage nach dem Trauma oder 3 Tage nach Wiedererlangen des Bewusstseins entwickelt haben. Dauern sie mehr als 3 Monate an, werden sie als „andauernd“ (persistierend) bezeichnet.

Zu beachten ist hier, dass sich diese Kopfschmerzform (PTH) umso häufiger zeigt, je milder das Trauma war. Hierzu gibt es nur Hypothesen. „Mildes Trauma“ = Hirnfunktion intakt zur Schmerzwahrnehmung. Nach 3 Jahren Kopfschmerzen leiden immer noch 10–15 % daran.

Frauen sind häufiger betroffen, wahrscheinlich wegen ihrer Neigung zur Migräne, auch Jüngere sind mehr betroffen (erhöhte Empfindlichkeit auf Reize oder Traumata).

Bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma ist oft das Vorderhirn betroffen (Gefühle).

Ein derartiges Trauma kann auch zu Ängsten und Depression führen, bekannt ist die akute Belastungsreaktion, wobei das Ereignis für den Betroffenen „überfordernden“ Aspekt hat. Dies ist akut nicht verarbeitbar, kann danach zur posttraumatischen Belastungsreaktion führen, mit Veränderungen in Hirngebieten – als „verkrüppelnd“ beschrieben.

Besonders bei Schädigungen des Vorderhirns, das Gefühle reguliert, haben wir einen direkten Auslöser.

Die Behandlung unterscheidet sich nach dem vorliegenden Beschwerdebild, „wie eine Migräne“, „wie ein Kopfschmerz vom Spannungstyp“, „wie ein Cluster-Kopfschmerz“, mit Sumatriptan, Lidocain oder Sauerstoff, Analgetika (Schmerzmittel) an weniger als 10 Tagen/Monat. Immer.

Allgemein sind die Ergebnisse der Behandlung dieser Patientengruppe schlecht bis katastrophal.

OTC-Medikamente (über die Theke, frei erhältlich) stehen mit ihren Gefahren des Übergebrauchs im Vordergrund (MÜK).

Ansonsten können Entspannungsübungen, Physiotherapie, Bewegung und Akupunktur hilfreich sein.

Versuche mit Metoclopramid (MCP) oder Diphenylhydramin sind enttäuschend (Vivinox, Hervert-Dorm) und abhängigkeitsbildend.

Notwendig ist psychiatrische Klärung (Angst, Depression) – dann Gabe von Amitriptylin in geringer Dosierung (Vorsicht: ansonsten erhebliche Gewichtszunahme).

Bei akutem Hirntrauma kann es nach 2–3 Tagen zu einem Hirnödem durch Hochdruck im Gehirn führen (Kinder!). Erkennen ist hier entscheidend und das Einschalten eines Spezialisten.

Die genannten Kopfschmerzformen werden allgemein vernachlässigt, die Betroffenen somit allein gelassen. Gleichzeitiges Auftreten mit chronischen Stress- und Schmerzzuständen kann den Behandler zur Gleichgültigkeit und Vernachlässigung verführen.

Objektivierbarkeit, Stimmigkeit, Konsistenz, Abgleich der Parameter

Was muss ein Gutachter beachten?

Man hatte den Eindruck, dass die „Schmerzdiagnosen“ der Behandler in der Vergangenheit auf dem Fehlen „harter Befunde“ beruhen könnten, indem diese dann in die Psychiatrie verschoben wurden („somatoform“, „Schmerzstörung“, „chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Folgen“ (ICD-10 GM 2009, dem Vorläufer der ICD-11, in Anlehnung an DSM-IV TR, dem Vorgänger der DSM-5). Spanisch für Sie? Wiederholen Sie bitte die vorausgegangenen Anregungen zum Verständnis für Sie. Dazu ist es für Sie aufschlussreich zu sehen, wie ein Gutachter ticken muss.

Bei der Konsistenzprüfung (Stimmigkeit der Mitteilungen?) soll der Einbezug des Tagesablaufs erfolgen.

Während des Termins Beachtung von evtl. Beschwerdereduktion (fehlende Inkonsistenz), auch der Bewegungen.

In der Anamnese und Befundung/Beobachtung spielen folgende Faktoren eine Rolle, die zum Erfassen von Funktionsbeeinträchtigungen führen (Namenskonvention ergibt die Diagnosen):

Beachten von Beginn, Dauer, Merkmale, lindernde/verstärkende Faktoren, Begleitsymptome, Auswirkungen, aktuelle und frühere Behandlungen mit Reaktion und/oder Nebenwirkungen.

Selbsteinschätzung der körperlichen Funktion steht hier nicht klar beobachtbar in engem Zusammenhang mit der aktuellen körperlichen Funktionsfähigkeit.

Fehlen körperlicher Pathologie, der Wunsch nach Kompensation ist zunächst nicht ausreichend für die Bewertung, dass der Betroffene ein konkretes Ziel erreichen will.

Schmerzen sind ein komplexes vielschichtiges Problem, wie berichtet.

Zudem treten strukturelle Schäden und andauernde Schmerzbeschwerden/Beeinträchtigungen nicht unbedingt gemeinsam auf.

Deshalb ist der Versuch notwendig, zu einem umfassenden Überblick zu gelangen (Gesamtgeschehen) und zu bewerten.

Adäquate Schmerzeinschätzung als Teil des Gesamtkrankheitsgeschehens betrifft die Betrachtung/Einschätzung der gesamten Person (jeweils im Rahmen der Rechtsform).

Psychosoziale Folgen nach Chronifizierungsvorgängen, d. h. wie immer man das Kind auch benennt, die Auswirkungen und Folgen unterscheiden sich kaum – die Bewertungen ähneln sich so auffallend.



Es ist bekannt, dass chronifizierte Schmerzen mit ihren Folgen regelmäßig im Zusammenhang mit Ängsten, depressiver Störung auftreten (Prof. M. Phillip, Med. Sach. s. Literatur, „Schmerzen“).

Nach zentraler Sensibilisierung, mit welcher Begründung auch immer, wird ALLES überschießend empfunden und erlebt. Wichtig sind die konsistenten Beeinträchtigungen und deren Interpretation durch den Betroffenen.

Belastende körperliche Symptome, die die Alltagsfunktionen signifikant beeinträchtigen, wurden im beschriebenen Ausmaß berichtet.

Die Sicht der Herangehensweise ändert sich: **es geht um die Besorgnis, Ängstlichkeit**, den Zeit- und Energieaufwand **hinsichtlich der erlebten Beschwerden**, auch um Schmerzen, falls sie im Vordergrund stehen, um die Dauer und den Schweregrad erlebter Beeinträchtigungen und um deren Interpretation durch den Betroffenen. Der Betroffene gibt die Stärke, Ausweitung und Auswirkung von Schmerzen an, nicht der Untersucher.

„Beschwerden sind ausnahmslos subjektiv und für den Betroffenen real.“

Vorzeigen, Mitteilung und Interpretation empfundener und erlebter Beeinträchtigung/Funktionsbeeinträchtigungen zeigen **nicht der Erkrankung angepasste** Gedanken, Gefühle und Verhalten; diese waren, mit ihren dazugehörenden Beschränkungen nicht vollständig nachvollziehbar, objektivierbar, beobachtbar, überwiegend stimmig, von negativer Antwortverzerrung ist nicht zu sprechen.

Es liegt erheblicher Leidensdruck vor.

Subjektive Beschwerden wurden dargestellt und auf Konsistenz/Stimmigkeit hin geprüft.

Der Begriff „zentrale Überempfindlichkeit“ konnte entwickelt werden, sodass die untrennbaren körperlichen und psychischen Empfindungen als stark überhöht erfasst werden konnten.

Die affektive Verfassung, allgemein die Psychopathologie, konnte hier aber besser stimmig erfasst werden, da das Material zur Bearbeitung ausgiebig mitgeteilt und in den vorgelegten Berichten schon ausgebreitet worden war.

Konsistenz: Von Ratlosigkeit, von Affektverarmung der Klägerin ist im Großen und Ganzen nicht zu sprechen, auch nicht von teils willensferner Gefühlsverarmung, aber Affektverarmung mit Beeinträchtigung der Vitalgefühle.

Leiden und Beeinträchtigung waren so zu erfassen. Vordergründig geschieht Darbietung und Erleben von Schmerzen (die biografische Begründung überfordernder Ereignisse, Burn-out, chronische Belastungen wurde darüber fast vergessen).

Diskrepanz ist teils möglich, obwohl die **Betroffene keinen vollständigen Leistungsabfall** erlebt. Erhebliches Leiden auch ohne Befund liegt nicht vor, d. h. „**kein Befund und trotzdem krank**“. **Schmerzen und andere Körperbeschwerden sind immer subjektiv (wie Ängste und Depressivität).**

Nie objektive Messbarkeit, daher Beobachtung, Analogieschluss bei angenommener Ursache von Beschwerden, mehrere Symptomarten, Ko-Morbidität, auffällige Persönlichkeitszüge, Persönlichkeitsänderung, mehrdimensionale Ätiologie und Folgen (bio-psycho-sozial).

Übersicht ist notwendig hinsichtlich des psychosozialen Kontexts, Erklärungsmodelle, Krankheitsverhalten, Gesamtmuster an Körperbeschwerden, Frage nach dem körperlichen Leitsymptom.

Mitgeteilte Müdigkeit, Energiemangel u. a. führte zu erheblichen körperlichen und (weniger) psychischen Beeinträchtigungen, die Folgen waren stimmig zu erfassen wie die neue Kopfschmerzform als Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz mit Schmerzmittelauswirkungen (**Überempfindlichkeit im zentralen Nervensystem**).

Es handelt sich so um teilweise Inkonsistenz zwischen geklagten Beschwerden, Beobachtbarkeit und körperlichen Untersuchungsbefunden.

Beschwerdenuvalidierungstests (Testpsychologie) erfassen nur körperliche Beschwerden, d. h. dass das so oder so ist, mit dieser oder jener Wahrscheinlichkeit.

Abgleich der Parameter: Beschwerden waren nachvollziehbar und beobachtbar (das Problem „Schmerz“ wurde besprochen). Bei der Ausprägung der Beschwerden und den hieraus sich ergebenden Einschränkungen ergeben sich KEINE Zweifel.

Anamnese: diese Sichtweise entspricht seit vielen Jahren nicht mehr wissenschaftlichen Erkenntnissen; sie erleichterte Nicht-Psychischen-Gebieten die Abschiebung chronischer Schmerzen in die Psychiatrie mit der Bewertung „ohne Krankheitswert“, einfach so, ohne Anwendung von Kriterien.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich in der Gesamtheit die beschriebenen Auffälligkeiten, aber keine Neurologie.

Die Alltagskompetenzen/-funktionen sind insgesamt beeinträchtigt (Schonverhalten, Ruhe, Wellnessaktivitäten). Im Wesentlichen ist der Haushalt, wenn auch nur oberflächlich, noch zu führen.

Die geschilderte Symptomatik erscheint besonders anfällig für „Simulation“ und „Aggravation“. Hier wurden die Beschwerden sorgfältig überprüft (Validität).

Auf dem Boden dieser Befunde (Funktionsbeeinträchtigungen) wurden die Diagnosen gestellt (nach ICD-10 und/oder DSM-5).



Die Frage nach vermeintlicher Objektivierung stellt sich regelmäßig: Psychometrie, Testpsychologie, Bildgebung (eine Befundung ist hier sekundär, es geht nämlich um die Auswirkungen auf der Befundebene).

Thematik der Objektivierung ergibt sich eben wegen Aggravation, Simulation, Verdeutlichung. Im vorliegenden Fall musste sehr sorgfältig unterschieden werden: Simulation (bewusstes Vortäuschen zu erkennbaren Zwecken), Aggravation (verschlimmernde/überhöhende Darstellung von Gesundheitsstörungen zu diesen Zwe-

cken), Verdeutlichung (Versuch, den Untersucher vom Vorhandensein der geklagten Symptomatik zu überzeugen).

Es fragt sich auch, welchen Stellenwert die vorliegenden (angeblich) orthopädisch orientierten Beeinträchtigungen spielen. Auch hier sind von den degenerativen Veränderungen in der Bildgebung keine (chronischen) Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen abzuleiten.

Das Zusammenwirken ist untrennbar, da körperlich/seelisch nicht als Entweder/Oder zu betrachten sind.

Die sozialmedizinischen, quantitativen Leistungsbeeinträchtigungen unterliegen nicht nur gefühlten und endgradigen Bewegungseinschränkungen, sondern zudem dem chronischen Schmerzempfinden/-erleben; erhöhtes Schmerzempfinden infolge zentraler Sensibilisierung, verstärkt durch depressive Symptomatik einer chronisch depressiven Störung und anderen psychosomatisch begründbaren Beeinträchtigungen als nicht-spezifische, funktionelle Körperbeschwerden.

Bei chronischen Schmerzen und Auftreten/Mitteilungen, objektive Tastbarkeit von Myogelosen/Trigger Punkten/Strängen, geht es nicht mehr um die Diagnose(n) und den Schmerz „Ursprung“, der „Ursache“: d. h. hinsichtlich von Schmerzempfinden treten die degenerativen Veränderungen in den Hintergrund, da Veränderungen der Bildgebung nicht mit Schmerzen zu assoziieren sind, wie schon gesagt.

Neuroanatomie/Neurophysiologie (Hirnstruktur und Funktion)

■ Kapitel – A

Jetzt wird es ernst, falls Sie sich hier zum tieferen Verständnis der Grundlagen durchackern wollen, haben sie schon jetzt ein ausgezeichnetes Polster.

„Nichts geschieht aus heiterem Himmel.“

Auch wenn Organmediziner „nichts“ finden, liegen Funktionsbeeinträchtigungen vor, auch wenn sie das nicht hören oder wissen wollen, oder gar unvernünftiger Weise strikt ablehnen.

Im Vordergrund steht hier das Gehirn mit seinen Funktionen, d. h. die Zusammenarbeit der Hirnareale als Netzwerk. Es erklärt Schmerzen und Verhalten. Die Schmerzen „kommen“ nicht vom Rücken oder dem rechten Knie, sondern das Gehirn sagt Ihnen, wo eine fassbare Ursache liegen könnte.

Sie werden merken, dass es sich hier nicht um Schädigungen der Knochen, Sehnen, Bänder, dem Bindegewebe handelt, auch nicht um den ganzen Körper beeinflussende Entzündungen, immunologisch-rheumatische. Beispielhaft seien hier die Autoimmunerkrankungen genannt, z. B. das entzündliche Gelenkrheuma, das aber auch andere Körperorgane betreffen kann – das Herz, den Dickdarm, die Bänder, die Wirbelsäule u. a., die Weichteile, die Haut.

Es geht auch nicht um Nervenschäden in der Peripherie, an Körperteilen, Armen und Beinen, ebenso nicht um (zentrale) Schmerzsymptomatik beim M. Parkinson, bei MS, unter anderem.

Hier geht es darum, wie das Hirn die von außen und innen ankommenden Reize, Empfindungen bearbeitet, verwaltet und darauf reagiert, mit entsprechenden Auswirkungen auf das Verhalten eines Menschen.

Kommt eine große Krake in ein Aquarium, wo ein Barsch bisher der dominante Hausherr war, wird es zu Spannungen, Konflikten und Kampf kommen – so läuft das. Nicht darum, dass die Krake an Rückenschmerzen leidet.

Schon seit Anfang der 90er Jahre ist mir bekannt, dass das Gehirn sämtliche Beschwerden, Beeinträchtigungen entwickeln, produzieren und erleben lassen kann, also auch andauernde und plötzlich einschießende Schmerzen auf dem Boden vorbestehender Veränderungen und erhöhter, ausgeweiteter Empfindlichkeit.

Um „Schmerzen“ zu verstehen, es sind hier ausschließlich andauernde Schmerzen gemeint, sind besonders die verschiedenen Funktionen zu betrachten, z. B. das Vorderhirn mit der Verarbeitung von Gedanken, Denken und Gefühlen und der Aufgabe, Entscheidungen zu treffen. Hier findet man Unterabteilungen mit jeweils Trillionen von Nervenzellen und deren Verknüpfungen, nicht Milliarden.

Das Vorderhirn steht in gegenseitigem Kontakt mit dem Limbischen System, dem Hippocampus und der Amygdala (dem Mandelkern).

Jedes starke Empfinden, das sie produzieren, wenn Ihnen Gefahr droht, z. B. die unmittelbare Gefahr überfahren zu werden, läuft zunächst in den Mandelkern, von hier aus geschehen die weiteren Vorgänge, wie Cortisol-/Adrenalinausschüttung, Herzasen, Angst, Muskelanspannung und Aktivierung zum Weglaufen.

Stellen Sie sich das Gehirn in 3 Schichten aufgebaut vor:

- eine entwicklungsgeschichtliche alte Schicht des zentralen Nervensystems (Rückenmark und Gehirn), der Hirnstamm: diese vermittelt automatische Regelfunktionen wie Kreislauf, Atmung, Temperaturregelung, Herzschlag
- eine neuere Schicht verarbeitet Gefühle, Emotionen
- die neueste Schicht, der Großhirnmantel, sitzt von oben und unten vorn bis zur Mittellinie; hier geht es um Denken, abstraktem Denken („in der Luft“), Gedächtnisspeicherung, Verarbeiten von Empfindungen (Sensibilität), um Philosophieren, die sogenannte Nabelschau

Lesen Sie einen Thriller mit viel furchterregender Handlung („Action“), melden sich Schicht 3 und 2, dass sie sich fürchten, 3 meldet an 1 und bittet um „Schüttelfrost“.

Die Arbeit zwischen 1, automatisches Verhalten, und Emotion 2, sowie Gedanken 3, ist nicht zu trennen. Es gibt so kein Zentrum für etwas, wie Empfinden und Verhalten. Es handelt sich zusammengenommen um **Automatismen, Emotionen und Denken**.

Schicht 2, das Riechhirn (ganz vorn), dahinter das Limbische System (bearbeitet Gefühle), dann die Amygdala, der Hippocampus, das Septum u. a. Die Schaltkreise, die diese Areale verbinden, sind **extrem komplex** (Limbisches System).

Der Hippocampus verbindet 1 und 2. Der Hirnmantel 3 vermittelt zwischen 2 und 3. Die Amygdala sitzt unter dem Hirnmantel (im Schläfenlappen) und verarbeitet Aggression, Wut und Verhaltensweisen wie Furcht, Angst und soziale Verhaltensweisen.



Die Amygdala rechts und links ist wichtig für die schreckliche Erkrankung posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): sie wird in diesem Fall übererregt, überfordert, sie reagiert, wenn chronifiziert, auch auf leichte furchterregende Reize und beruhigt sich nur langsam von Übererregungen, nicht bei chronischem Stress – dann bleibt sie andauernd aktiv und verändert sich.

Zudem hat sie sich bei langjährigem Verlauf der PTBS **vergrößert**; **Stress** spielt hierbei eine entscheidende Rolle: parallel dazu ist der Hippocampus **geschrumpft** mit entsetzlichen Folgen für den Betroffenen.

Alle Informationen aus dem Körper von innen (Wärme, Frieren, Schwitzen) und von außen (der Umwelt, Wind, u. a.) bestimmen zusammen unsere Gefühle; ebenso die einlaufenden Signale der Sinnesorgane (Lärm, die blendende Sonne, Riechen mit Ekel-erzeugung).

Schmerzen aktivieren zudem folgende Hirnteile: den PFC (primär vorderer Hirnmantel – hinten seitlich, vorne mittig), die Insula (Insel), den ACC (vorderer gürtelförmiger Hirnmantel, vor dem Balken), die Amygdala (Mandelkern, vor dem Hippocampus, dieser gehört zum Limbischen System, fasst Empfindungen zusammen).

Alles von außen und innen das Gehirn beeinflussende wird verarbeitet, teils gespeichert oder in das Langzeitgedächtnis verschoben.

Ein spannender Vortrag greift auf das Gehirn zu, danach ist es funktionell und strukturell verändert (das erzählte uns der Psychiater und Schmerzforscher Prof. Ziegglänsberger vom Max Planck-Institut in Martinsried schon 1983).

Eine Unterabteilung des Mandelkerns vermittelt die Bedeutung eines Reizes, nicht dessen besonderen Charakter.

Den Mandelkern erreichen auch Schmerzreize. Dies erfolgt durch Verbindungen zum PAG (dem alten Höhlengrau im Stammhirn). Reizt man diese Strukturen, führt das zu Panikattacken.

Die Amygdala ist bei Betroffenen mit chronischen Schmerzzuständen vergrößert.

Denkt man an die Leistungen des Mandelkerns, z. B. Wachsamkeit, Ungewissheit, Angst und Furcht, so geht es um unvorhersehbaren Schmerz, nicht um den Schmerz selbst, der die Amygdala reizt.

Es handelt sich, wie immer im Gehirn, um den Zusammenhang, den Kontext.

Was macht das Vorderhirn? Schauen Sie sich bei Wikipedia eine Skizze an. Es kümmert sich im Netzwerk der Funktionen um das Gedächtnis, um die Entscheidung etwas zu tun, Verschieben von Belohnung auf später, um Langzeitplanung. Es registriert Emotionen und dämpft impulsive Vorgänge.

Das Vorderhirn erhält Signale von außen und innen, wie beschrieben.

Es steuert viele Nervenleitungen in anderen Hirnregionen, z. B. das Hirnareal, das Empfindungen verarbeitet und zu Muskelbewegungen führt: Sie empfinden Mitgefühl mit einem gefallenem älteren Menschen, trösten ihn und fassen ihn an.

Schmerz ist ein Hinweis auf Info von innen aus dem Körper, das die Aufmerksamkeit des Vorderhirns erregt. Es kümmert sich nicht darum, dass es schmerzt, sondern vielmehr um die Bedeutung des Schmerzes – wie lähmend, unerträglich, wie ein Messer, d. h. wenn man sich sticht, wird das Vorderhirn aktiviert, parallel zu anderen Regionen, die Ihnen sagen, welcher Finger verletzt ist und wie der Schmerz zu charakterisieren ist, als stechend, brennend, reißend.

Zusammengefasst lässt das Vorderhirn (PFC) schwierige Entscheidungen treffen, wenn es die richtigen sind. Es besteht aus einem besonderen Zelltyp, der aus Trillionen von Zellen besteht und noch mehr Verbindungen. Es wählt zwischen Cola oder Pepsi aus. Unterdrückt wird hier auch, was du wirklich denkst. Konflikte zwischen Denken und Fühlen werden hier gelöst.

Nach einer Entscheidung wird das zu anderen Abschnitten des Gehirns gemeldet (hinter dem vorderen Teil); deren Nervenzellen sprechen zum sog. vormotorischen und motorischen Hirnteil, der nun die Muskeln aktiviert mit dem entsprechenden Verhalten, z. B. jemandem die Hand zu drücken.

Es dauert nun 700 Millisekunden (0,7 Sekunden) bis diese Entscheidung **bewusst** wird, obwohl diese schon „lange“ vorher gelaufen ist (200 m/sec.).

Das Vorderhirn denkt auch in Schubladen, organisiert und denkt unter unterschiedlichen Voraussetzungen, d. h. unterscheidet zwischen Äpfeln und Birnen.

Die andere wichtige Funktion betrifft Erkennen und Erfassen von sozialen Situationen. Ein Kind lernt z. B. nicht sofort und überall hinzupinkeln, wenn es den Drang verspürt: es lernt Regeln, diese werden über den Hirnmantel vermittelt mit zunehmendem Einfluss auf Schaltkreise, die die Blasenfunktion regulieren.



Dies alles verbraucht **viel an Energie**, es werden Gene aktiviert, die diese Energieproduktion regeln (in der Entwicklungsgeschichte des Menschen, kam es erst zur Hirnvergrößerung, als genügend Energie dazu vorhanden war (Eisen, Eiweiße – um 200 000 war das Gehirn doppelt so groß wie vor 3,2 Millionen Jahren bei Lucy in Ostafrika).

Die vorderen Hirnteile kämpfen andauernd um die Vorherrschaft von Denken und Fühlen. Wenn sich Kinder in einem Spiel ausgeschlossen fühlen (bekommen den Ball nicht, selbst in aussichtsreicher Schussposition), wird der Mandelkern eingeschaltet, das Höhlengrau – diese alte Hirnregion, hilft empfundenen Schmerz durch Ausgrenzung mit Ausschüttung von körpereigenen Morphinen zu verarbeiten, den Endorphinen.

Die Insel (Insula) vermittelt Geschmack und soziale Abneigung. Ob etwas ekelhaft ist wird hier vermittelt.

Alle genannten Areale zeichnen sich durch Unterabteilungen, durch unterschiedliche Zelltypen, jeweils Trillionen aus.

Der vordere gürtelförmige Hirnmantel (ACC) verwaltet Mitgefühl (Empathie). In Zusammenarbeit mit der Insel kann ein Bild von Ärger, Angst, Schmerz, Ekel und Traurigkeit entstehen.

Der ACC erfasst nicht nur körperlichen Schmerz, sondern auch sozialen und emotionalen Schmerz.

Beispiel: die vorausgehende Entscheidung, ob ein Stich in den Finger Schmerzen auslöst, ist die Grundlage für die sog. kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Ihnen sicher schon mal als Schmerzbewältigungsmaßnahme angeboten wurde.

Es funktioniert so: der Stich aktiviert den Mandelkern und andere schmerz betroffene Hirnregionen, die den Finger repräsentieren, verwalten – beim Phantomschmerz fehlt diesem Hirngebiet die Entsprechung in der Peripherie, d. h. er fehlt: das Fingerareal verschiebt sich und produziert „Schmerz“, der Stich tut weh.

Wird man nun vor dem Stich darüber informiert, dass eine schmerzlindernde Salbe auf den Finger geschmiert wird, denkst du, dass gleich in deinen Finger gestochen wird und es weh tun wird: die Salbe blockiert aber die Schmerzempfindung. Nun: das Vorderhirn wurde zum Empfinden eines bestimmten Gefühls eingeschaltet, es dämpfte die Aktivität im Mandelkern und damit die Schmerzempfindung in den Schmerzschaltkreisen.

Ein weiteres Beispiel: denken Sie an Ängste, die durch Wiedererkennen, Wiedererinnern nach einem Sie überfordernden Ereignis immer wieder auftreten, auch wenn nur Hinweise an das Ereignis (Fühlen, Hören, Sehen, Riechen) auftreten. Diese nennen wir Schlüsselreize: diese können das ganze Erlebnis, das Ereignis wiederhervorholen, meistens nur Teile davon – und das auch Jahre danach.

Die KVT-Methode lässt Sie die Umstände des Ereignisses wieder aufleben, Sie erinnern sich daran, dass sich das Ereignis in der Vergangenheit abspielte – und nicht jetzt, hier und heute. Ein guter Neuropsychologe entdeckt, erfasst mehr von dem, was in Ihnen bei erheblichen Denkproblemen vorgeht, als ein millionen-teures MRT.

Die sogenannte Mindful Meditation (Methode der Achtsamkeit) lenkt die Aufmerksamkeit auf Aspekte Ihrer Erfahrungen, z. B. auf Schmerzen, ohne nach ihrer Bedeutung zu fragen und ohne diese zu bewerten, sozusagen neutral in den Tagesablauf einzubauen, ohne das Warum und den Sinn zu begründen.

■ Kapitel – B

Das Gehirn ist keine einsame Insel

In Ihrem Netzwerk toben viele elektrische, hormonelle Schaltkreise und Neurotransmitter, z. B. bis zum Kommando zu den Muskeln, den Arm zu bewegen und jemanden zu berühren oder zu schlagen, anzuschreien, zu lieben, sich wegen Erschöpfung hinzulegen oder schmerzverzerrt zu weinen.

Was veranlasst das Gehirn das zu tun?

Zum Beispiel veranlasste etwas von außen diesen Vorgang. Welcher Reiz (Hitze, Stich, Kälte u. a.) vermittelte das über die Nervenbahnen zum Hirn und veranlasste eine Reaktion? Oder das Hirn antwortete direkt durch Erschrecken, Träume, Zwang wegzulaufen, Situationen zu vermeiden, eine andere Straße zur Arbeit zu wählen, da hier Hinweisreize erscheinen könnten.

War Ihnen der Reiz bewusst? Welcher Reiz hat einen Teil des Gehirns so empfindlich gemacht? **Ohne** über die Nervenbahnen im Rückenmark geleitet zu werden?

Also: Viele Empfindungen können das Hirn zur Reaktion, zur Handlung veranlassen, zur Freude, Entsetzen, Weglaufen etc.

Die Empfindungen können über das Gehör, das Sehen, das Riechen, eine Berührung, Vibration, Verletzung, Entzündung, Stress, Schmerz, Wärme, Kälte, Ausgrenzung, Vernachlässigung u. a. in die spezialisierten Anteile des Gehirns gelangen.

Die Ansicht eines großen Messers, ein Ruf „Hallo Käthe“, Töne, verändern schnell die Hirnaktivität.

Die meisten beeinflussenden Empfindungen, Reize, aber auch die unbewussten, flüchtigen, minimalen Einflüsse werden registriert.

Laufend erreichen das Hirn die unbewussten Informationen aus dem Körper.

Kartoffel-Chips schmecken besser, wenn sie ein knuspriges Geräusch beim Essen von sich geben. Wir bevorzugen etwas eher, wenn ein lächelndes Gesicht 1/20 Sekunden vor der eigentlichen Botschaft über den Bildschirm huscht. Je teurer ein Schmerzmittel ist, desto wirksamer ist der Placebo-Anteil an der Wirksamkeit.

Stellen Sie sich vor, vor der Werbung eines Waschmittels läuft ein Bild eines blauen Ozeans durch ihr Gesichtsfeld mit schäumenden Wellen und evtl. auch Ebbe und Flut vorbei – die Hausfrau erklärt Ihnen dann, warum das beworbene Mittel besser wäscht als andere.

Also: ein 100 Millisekunden dauernder Hinweisreiz kann Ihr Verhalten unbewusst verändern. Selbst unbewusste Reize von 0,1 Sekunden lassen die Hautfarbe, besonders leicht ein schwarzes Gesicht, erkennen – zuerst wird der Mandelkern aktiviert.

Erstens: Sie müssen wissen, dass Stress, d. h. zeitlicher und psychischer Druck, der Komplize des Unbewussten ist. Deshalb nehmen Sie sich mehr Zeit und Ruhe zum Denken, zum Entscheiden und Kaufen. Also misstrauen Sie dem ersten Eindruck; keine Impulskäufe. Haben Sie schon einmal bemerkt, wo diese platziert sind?

Neu sind auch die „Influencer“; diese machen ihren Alltag öffentlich und zeigen Ihnen ihre Einkaufstrophäen oder andere Produkte, z. B. Schminktipp.

Machen Sie eine Pause und Denken nach. Brauche ich den Gegenstand? Wo soll ich ihn hinstellen? Wie steht es um meine Vorurteile, die ich angeblich nicht habe? Wie steht es mit meiner Selbstgewissheit? Mit meinem Ellenbogen? Vielleicht werden Sie ein angenehmerer Mensch.

Passen Sie gut auf, viele wollen Sie manipulieren. Ich stoppe hier, um nicht zu endloser Aufzählung zu gelangen. Wer hat die Aktivitäten von Rheinmetall zugelassen? Die Griechen haben viel gerettet, nur nicht sich selbst. Facebook macht alles, um Profile aus vielen, zunächst harmlosen Infos maschinell, automatisiert herzustellen – es geht NUR um Werbung, Verkauf, Geld raffen; für jede App konnte man diese Daten kaufen, millionenfach, und konnte damit schaffen, wie die Betreiber es wollten – ohne weitere Kontrolle. Es handelt sich nicht um „soziale“ Medien – es ist genau das Gegenteil.



Zeigt man ein Gesicht länger, das nun bewusst erkannt wird, wird ein Teil des Vorderhirns aktiviert, dass jetzt den Mandelkern hemmt, d. h. nun kontrolliert das Vorderhirn. So lassen Sie sich nicht vom Unbewussten führen, sie können das bewusst beeinflussen, z. B. indem Sie mehr darüber wissen.

Zusätzlich erhält das Hirn ständig Information von innen, dem Zustand im Innern des Körpers, wie Hunger, Herzschlag, Gas, Blähungen, Rückenschmerz, die linke Zehe zwackt, sowie von außen: ein Luftzug, ein Schneeball, Regen, die Sonneneinstrahlung u. a. Auch die Wortwahl beeinflusst Ihr Denken und Verhalten: Terrorist oder Freiheitskämpfer, Familienwerte, Höflichkeit, Loyalität. Auch das Smartphone u. a. beballert das Gehirn ständig. Alle Vorgänge, alle Daten werden „abgegriffen“, immer.

Ein depressiv Betroffener sollte lächeln, dann fühlt er sich besser. Nimm eine überlegene Haltung ein, das führt zu besserem Gefühl von sich selbst; Muskelentspannung vermindert Ängstlichkeit.

Die Info vom Körper bestimmt unsere Gefühle, die durch das Vorderhirn, die Insel, dem ACC, die Amygdala verarbeitet werden: diese erhalten die überwiegende Information. Das sog. limbische System ist wesentlich zur Verarbeitung von Empfindungen aus dem Sehorgan zuständig, hier werden Muskelbewegungen, die Atmung und die Körpertemperatur reguliert und zwar in Zusammenarbeit mit dem Hypothalamus: dieses komplexe Gebiet stellt die Verbindung zwischen Schicht 1 und 2 her (siehe Kapitel A), hier wird u. a. der **emotionelle Anteil von Schmerzen zusammengerührt**, reguliert.

Besonders bei Stress schüttet der Hypothalamus ein Hormon aus, das über die Hirnanhangsdrüse (der Hypophyse – Produktion von 6 lebenswichtigen Hormonen) die Nebennieren erreicht. Auch „Stressachse“ genannt.

Während Dauerstress (langanhaltende Belastungen, Ausgrenzung, Mobbing, Dauerschmerzen, wiederholte beeinträchtigende Ereignisse, Dauerstreit in der Ehe mit Gewalt und Alkohol, chronische Schmerzen, Erleben eines die Verarbeitung überfordernden Ereignisses) wird das ganze System für die Verarbeitung von Gefühleindrücken **empfindlicher, schneller reizbar**: das gilt für sämtliche einlaufende Reize, auch für die unbewussten.

Chronischer Schmerz bedeutet Dauerstress.

Der Hippocampus ist eine Gehirnregion, die sehr empfindlich auf schädigende Wirkungen bei Dauerüberflutung mit Cortisol reagiert, was ja bei Dauerstress der Fall ist.

■ Kapitel – C

Wenn wir etwas entscheiden müssen, sind wir weniger rational-denkend und autonom-selbständiger, als wir meinen.

Zudem hat das Gehirn schon 200 Millisekunden vorher entschieden, bevor wir es „endlich“ bewusst tun.



Neurotransmitter (Nervenbotenstoffe) – werden von den Endverzweigungen der Nervenzellen als Antwort auf elektrische Reize ausgeschüttet; danach wandern sie durch den Nervenspalt zur nächsten Nervenendigung. Das System heißt „Synapse“.

Ein **Hormon** ist ein chemischer Botenstoff, der von Drüsen, aber auch von Nervenzellen, von Organen (Vorhof im Herzen, dem Dünndarm, der Niere u. a.) produziert und in das Blut ausgeschüttet wird.

Diese können jede andere Zelle im Körper beeinflussen, die die passenden Andockstellen für dieses oder jenes Hormon besitzt.

Ein **Neurotransmitter** wirkt nur direkt auf die Verzweigungen der nächsten Nervenzelle, während ein **Hormon** die Trillionen von Körperzellen beeinflusst. Neurotransmitter reizen die nächste Nervenzelle in Millisekunden, während ein Hormon für seine Wirkung Stunden oder Tage benötigt – die Wirkung kann aber auch lange anhalten. Hormone sind äußerst vielfältig.

Stellen Sie sich vor, sie stoßen sich nachts am Bettpfosten die rechte Kleinzeh. Die Schmerzfühler senden Botschaften (elektrische Impulse) zum Rückenmark und dann zum Gehirn, wo mehrere Areale blitzschnell anspringen.

Einige sagen Ihnen, wo, mit welchem Körperteil, wie intensiv der Schmerz ist, wie er sich anfühlt.

Der vordere Hirnrindenanteil (ACC) erklärt ihnen die **Bedeutung**, die der Schmerz für Sie haben könnte. Ist er harmlos? Könnte eine schlimme Krankheit dahinter stecken? Soll ich den Arzt aufsuchen? Mich als Notfall in die Klinik fahren lassen? Kann ich morgen arbeiten?

Schmerzen aus dem Nichts bedeuten sicher einen Unterschied zwischen schmerzfrei gegenüber der schmerzhaften Wirklichkeit.



Ein akuter Schmerz ist auf jeden Fall etwas anderes als ein andauernder, chronischer Schmerz, mit Verstärkungsepisoden zwischendurch.

■ Kapitel – D

- Auch Ausgrenzung, Nichtbeachtung, Mobbing schmerzen.
- Für die Nervenzellen in der Hirnregion ACC ist SOZIALER, PSYCHISCHER und KÖRPERLICHER Schmerz EIN und DASSELBE!

Das Gehirn kann aber auch körperliche und psychische/soziale Widrigkeiten/Schmerzen vermischen: hier spielt der Nervenbotenstoff SP (substance pain) eine zentrale Rolle: SP leitet Signale von den Schmerzfühlern in Haut, Muskeln, Faszien und Gelenken zum Hirn.

- Ob schmerzhafte Zehe oder beeinträchtigte Psyche, soziale Ausgrenzung, chronische Belastung, psychisch tiefgreifendes Trauma, die Reaktion ist dieselbe. Alle Anteile des Schmerz-Netzwerks sind daran beteiligt. Besonders, wenn wir niedergedrückt sind, Angst haben.

Es ist nicht schmerzhaft, wenn wir einen ungeliebten Menschen, einen Gegner, einen Feind beim Wettkampf verlieren sehen, dann werden sogar Belohnungssubstanzen ausgeschüttet, wir freuen uns.

Andererseits schmerzt es gewaltig, wenn es ein geachtetes Familienmitglied, ein Freund ist.

Dein Schmerz ist meine Freude.

Dein Schmerz ist mein Schmerz.

- **Es gibt halt viel mehr als Gewebeschäden, chronische Entzündung, Nervenschäden. Schmerz hat nur sehr entfernt etwas mit Verschleißschädigungen zu tun.** Knapp daneben ist auch vorbei.

■ Kapitel – E

Alle Wege vom Limbischen System führen zum Hypothalamus, der das unwillkürliche Nervensystem (Sympathikus und Parasympathikus) und die Hormone regelt.

Der Hypothalamus ist uns schon bei der Besprechung der Funktionen des Limbischen Systems begegnet.

Ein Hormon, dass unter Stress (hier) ausgeschüttet wird, erreicht die Hypophyse (Hirnanhangsdrüse unter der Schädelbasis), die ein weiteres Hormon, eins von 6, ausschüttet, dass die Nebennieren erreicht und so Cortisol in den Kreislauf bringt, praktisch die Zellen im Körper überflutet **und zwar andauernd bei Dauerstress, wie es z. B. der chronische Schmerz ist.**

Andere **Hormone** wie Östrogen, Progesteron, Testosteron, das Schilddrüsenhormon und Insulin werden in anderen Drüsen gebildet und abgegeben.

Andere Hypophysenhormone beeinflussen den ganzen Körper, z. B. das Wachstumshormon. Andererseits verbindet sich das Gehirn mit der Bauchspeicheldrüse, um



Insulin zu bilden und in den Kreislauf freizugeben, auch das Herz und der Darm schützen eigene Hormone aus.

Hormone haben entscheidende Aufgaben in der Kindheit, in der Pubertät, im frühen Erwachsenenalter, auch beim heranwachsenden Fötus/Embryo in der Schwangerschaft. Hier spielen spezifische Hormone bei der Entwicklung des Gehirns eine bedeutende Rolle.

■ Kapitel – F

Proteine („Eiweiße“) sind die alles überragenden Moleküle.

Viele Hormone, Neurotransmitter, Botenstoffe des Immunsystems sind Proteine, auch die Andockstellen (Rezeptoren) für diese spezifischen Proteine, ebenso die speziellen Enzyme, die chemische Reaktionen beschleunigen, hemmen oder verstärken.

Die folgenden Zeilen können Sie ruhig überlesen:

Eine Haupteigenschaft der Proteine ist ihre räumliche Gestalt, da diese die Funktion bestimmt, aber auch das Gerüst einer Zelle.

Ein typisches Protein ist 300 Aminosäuren – AS – lang. Sie sind die Bausteine der Proteine, es gibt 20 unterschiedliche davon.

Die Abfolge, die Hintereinanderreihung, bestimmt die einzigartige Gestalt des Proteins, diese kann auch durch äußere Einflüsse verändert werden, z. B. durch Temperatur, den Säuregrad (pH 7,36 – 7.44) des Blutes.

Die Abfolge der Aminosäuren wird durch die **Gene** bestimmt.
Jeweils 4 AS bilden ein Nukleotid (von Nucleus: Kern).

Eine Abfolge von 3 Nukleotiden nennt man Kodon; vier davon kodieren für ein AS. Eine bestimmte Anzahl von Nukleotiden, die ein Protein bilden, nennt man GEN, zusammengesetzt aus Nukleinsäuren.

Der Aufbau der DNA ist die Grundlage des riesigen Speichervermögens; sie ist angewiesen auf die Mitarbeit der RNA (Ribonukleinsäure). Hier wird die Info der Gene zum Aufbau von Proteinen ermöglicht. DNS meint Desoxyribonukleinsäure, das Molekül der Vererbung ist zu 2 Strängen zusammengesetzt mit 4 Verbindungen. Viren bestehen nur aus einer Nukleinsäure mit einer Proteinhülle drum herum.

Die ganze Sammlung von DNA heißt GENOM (beim Menschen sind es ca. 20 000 Gene, beim Fadenwurm ca. 20 000. Wir teilen 98–99 % unserer Gene mit unseren Nachbarn, den Affen (besonders den Bonobos und den Schimpansen). Wir stammen aber **nicht von den heutigen Affen** ab, diese haben sich selbstständig entwickelt, wir sind also nicht mit ihnen verwandt.

Die Trennung von den gemeinsamen Vorfahren geschah in der Vorzeit vor 6,1 bis 7,1 Millionen Jahren (Funde im heutigen Tschad, neuerdings auch in Marokko).

1,6 % des menschlichen Erbguts ist näher an den Bonobos, 1,7 % näher an den Schimpansen, wir sind also weder Bonobos noch Schimpansen.

Unter „Sequenzieren“ versteht man die Entschlüsselung der einzigartigen Folge von 3,2 Milliarden von Nukleotiden, die das Genom ausmachen (es gibt inzwischen Geräte, die das in 20! Minuten schaffen). Tausende von Nukleotiden bilden ein DNA-Molekül (plus 4 Substanzen, plus etwas Zucker und Phosphat).

Alle Gene werden in einzelnen Abteilungen aufbewahrt, den Chromosomen. Die gesamte Bücherei der DNA ist im Zellkern zusammengebündelt.

Wie schafft es die Zelle nun, die DNA-Information zur Bildung von Proteinen zu veranlassen?

Es gibt einen Vermittler. Die Abfolge der Nukleotide in der DNA wird zu einem Strang gleicher Nukleotid-Buchstaben kopiert, genannt RNA (dieser Strang ist nur so lang wie ein Gen). Die RNA kann in den Zellen an jeden Ort gebracht werden, wo sie dann die überall sich befindenden Aminosäuren zusammenbindet, um dann in einer bestimmten Abfolge Proteine zu bilden.



Gene haben viel mit unserem Verhalten zu tun. Alle Verhaltensweisen werden auf irgendeine Art von der Veränderbarkeit (Variabilität, Mutationen) der Gene beeinflusst, das ist zwingend so, da sie für jede Eiweißstruktur (Proteine) verantwortlich sind, für die Botenstoffe, Hormone, die Andockstellen usw.

Bedenken Sie, dass die RNA die Fotokopie nur einer Seite in einer 20.000-seitenlangen Bibliothek ist.

Nun zum Weiterlesen:

Oft sind Tausende von Kopien notwendig, denken Sie an die notwendige, extrem schnelle, hohe Notwendigkeit der Verfügbarkeit von Neurotransmittern an den Übergangsstellen, den Synapsen, der ungeheuren Anzahl von Verzweigungen von einer **Nervenzelle zur anderen**.

Man kann aber nicht sagen, was ein einzelnes Gen hier bewirkt. Es gibt aber Erkrankungen, die auf den Defekt eines einzelnen Gens zurückzuführen sind, meistens bedingen aber viele Gene eine Erkrankung. Also frage ich mich, in welcher Umgebung, in welchem Zusammenhang es mit anderen Genen zusammenwirkt.

■ Kapitel – G

Schmerzen erschrecken, man wird mit Traurigkeit und Angst überflutet und zerdrückt. Familienmitglieder, gute Bekannte fühlen etwas Eigentümliches, nämlich Mitgefühl (Empathie), Sympathie, Mitleid, Sorge, Mitbeteiligung.

Sympathie bedeutet, sich um des anderen Schmerzen Sorgen zu machen, ohne sie zu verstehen.

Mitgefühl umfasst auch Mit-Verstehen, den Grund der Schmerzen zu verstehen, als ob man der andere wäre. Mitleid führt zur Hilfeanstrengung.

Schmerzen haben etwas mit Gefühlen, Bewegungsunruhe, Grübelei, Gedankenkreisen zu tun. Man wird sehr wachsam oder stumpft ab, wird hoffnungslos.

Information aus dem Innern des Körpers meint schmerzende Muskeln, Muskelkater, trockener Mund, Blähungen, wenn Ihr Herz „rast“, wenn Sie es fühlen und klopfen hören. Wenn Ihnen das Angst und Sorgen bereitet, dann ist es das vordere Hirnteil (der ACC) vor dem Balken, der beide Hirnhälften verbindet. Auch „Bauchgefühle“ beeinflussen die Hirnfunktion: es gibt ein eigenes Nervengeflecht, das sogenannte Darmnervensystem, das u. a. über den 10. Hirnnerv mit dem zentralen Nervensystem verbunden ist.

Schmerz ist der Prototyp von Information aus dem Körper, dass die Aufmerksamkeit des ACC erregt.

Die Insel (Insula) verändert Darmsymptome. Man fühlt sich sofort krank bei ranzigem Essen (Butter), fühlt Ekel (verdorbenes Essen), fühlt sich „krank“ im Magen, Übelkeit. Die Verbindung zwischen darmbezogenem Ekel und dem moralischen ist reziprok (d. h. beeinflusst sich gegenseitig).

Auch das, was sozial „falsch“ ist („das macht man, darf man aber nicht“, früher die homosoziale Beziehung, „den heiratest du aber nicht – der ist evangelisch“) bedeutet(e) Bedrohung für Ehe und Familienwerte, Untergang des Abendlands, Verhöhnung der Werte des Christentums, auch der „Leitkultur“. Keine weiteren Bemerkungen!

■ Kapitel – H

Die Biologie (also etwas Handfestes) des Verhaltens ist immer vielschichtig, umfasst eine Vielzahl von Aspekten, Faktoren.

Was bedeutet das?

Falls Sie depressiv sind (Desinteresse, Müdigkeit, Antriebsmangel, alles fällt schwer, Freudlosigkeit, Nervosität, Schlafstörungen, Früherwachen, Niedergeschlagenheit, hoffnungslos u. a.), welche Art des Serotonin-Transporter-Gens besitzen Sie? Dieses Gen sagt aber nur zu **10 %** Wahrscheinlichkeit, dass sie an Depression leiden. (Serotonin wird zu **90 % im Darm** produziert).

Die Wahrscheinlichkeit, depressiv zu sein, ergibt sich bei gewissen Konstellationen: Falls Ihre Eltern in der Kindheit starben – ca. 25 % Wahrscheinlichkeit, erhebliche/schlimme Widrigkeiten im Säuglingsalter, in der frühen Kindheit, 25 % Wahrscheinlichkeit (incl. aller Parallelerkrankungen), falls Sie allein leben in Armut: ca. 40 %. Falls der Cortisol-Spiegel im Blut bekannt ist: etwas höher als normal: haben Sie keine Freunde zum Aussprechen? Haben Sie sich sozial zurückgezogen? Regelprobleme? – Jetzt sind Sie bei mehr als 50 % Wahrscheinlichkeit angekommen, depressiv zu sein.

Aber es geht nicht um die Menge der Gene, sondern um weitere, unterschiedliche Faktoren der Begründung.

**Weder die Wissenschaften,
noch die meisten schlauen Leute wissen
fast nichts über die Bedeutung dieser
„inneren“ Faktoren, „Kräfte“.**

Knochenbruch mit folgender Entzündung und Bewegungsunfähigkeit? Kein Problem. Aber Nervenbotenstoffe plus Hormone, plus Kindheit, plus widrige Ereignisse, plus andauernder Stress, überfordernde Ereignisse, chronischer Schmerz = %???

■ Kapitel – I

Auch im Erwachsenenalter kann die Anzahl der Nerv-zu-Nerv-Verbindungen und seiner Verzweigungen zu anderen Nervenverzweigungen sich verändern/erhöhen; die Schaltkreise können so verändert werden, selbst neue Nervenzellen erscheinen; das nennt man Plastizität des Nervensystems (Umbildungsmöglichkeit, Veränderbarkeit, Bildung neuer Schaltkreise, Verstärkung der Verbindungen).

Borreliose

- Eine Borreliose verläuft oft vielfältig und nicht nach Lehrbuch.

Der Hauptfehler heute ist, dass uncharakteristische Beschwerden, Beeinträchtigungen mit einem labormäßig erfassten Antikörper-Befund zur Diagnose Borreliose gemixt werden.

Es geht aber nicht um Behandlung von Laborwerten, sondern um eine Erkrankung, die eigentlich sicher und eindeutig zu erfassen ist. Andererseits wird neurologischerseits gewohnheitsmäßig eine Erkrankung mit komplett davon unabhängigen, oft psychischen Beschwerden, unzulässiger Weise in Zusammenhang gebracht.

Falls Sie beim Neurologen mit den Symptomen „Müdigkeit und Schmerzen“ erscheinen, leiden Sie aus dem Bauch heraus an einer Borreliose. Diese wird durch IgM-Bestimmung (unspez. Antikörper) „diagnostisch gesichert“. Üblicherweise denkt man auch sofort an eine Hirnmitbeteiligung, der Neuroborreliose, die nun flugs auch „ausgeschlossen“ wird.

Die Diagnose „Borreliose“ wird gewöhnlich nur mittels spezifischer Antikörper- bestimmung gestellt, aber nicht routinemäßig bei den genannten Symptomen.

Leider werden sehr häufig uncharakteristische unangenehme Befindlichkeiten mit positiven Anti-Körper-Befunden in Verbindung gebracht, ohne dass schädigungsunabhängige und seelische und soziale Faktoren untersucht werden.



Die Überzahl der Patienten, die sich mit der „Diagnose“ Borreliose bei mir seit 1993 vorstellten, und das sind Hunderte, hatten alles Mögliche an Schmerzproblematiken, aber bei weniger als 2–3 Betroffenen konnte eine Borreliose bestätigt werden; eine einzige Neuroborreliose.

- In einem Gutachten liest man: „Hinsichtlich einer Borreliose wurden 3mal die Antikörper mit Antibiotika behandelt“ (2006, 2008, Ende 2012 bis Januar 2013 – also nicht die Erkrankung); die „Diagnose“ wurde also allein durch Bestimmung der Antikörper gestellt, ohne andere weitere Symptome.

Bei der *Borrelia burgdorferi* (3 Arten) sollte die Diagnose aus der Gelenkflüssigkeit (z. B. des Knies) mittels PCR (Polymerase-Kettenreaktion) gestellt werden.

10 % der Betroffenen sind nach einer Infektion positiv (im Blut), eine Untersuchung wird nur bei Patienten mit entsprechenden Symptomen empfohlen – z. B. bei Gelenkbefall.

Screening sollte bei Patienten unterbleiben, die nur über Müdigkeit und unspezifische Schmerzen klagen.

Falsche positive Ergebnisse sind bei diesen wahrscheinlicher als richtig positive (Harrison, 18. Auflage, 2012, Bd. 2, S. 1507).

Solange keine Symptome auf eine Borreliose hinweisen, hat ein positiver Titer keine therapeutischen Konsequenzen, da in weniger als 30 % der Fälle eine Infektion überhaupt zu irgendwelchen Symptomen führt.

Bei 90 % bleibt das „Wanderekzem“ das einzige Symptom. Auch nach Antibiotika-Behandlung bleibt der Antikörper-Titer weiterhin jahrelang positiv bestehen.



CRPS (Komplexes Regionales Schmerz-Syndrom)

Dieses schwierige, aber notwendige Kapitel unter den chronischen Schmerzzuständen kommt nun wirklich nicht ohne „etwas“ Fachchinesisch aus, es ist aber trotzdem leserlich zubereitet, Wiederholungen erleichtern hoffentlich zudem das Verständnis.

Picken Sie sich erst einmal einige Absätze heraus und schauen dann...

Versuchen Sie es mit einem medizinischen Lexikon, aber nicht den Pschyrembel von 1981, besser mit Wikipedia.

Würde dieses Kapitel zu sehr „eingedeutscht“, verlöre es an Präzision und Verständnis: so ist es nicht nur für die/den Betroffene(n), sondern auch für die Fachfrau/-mann in sozialmedizinischen Bereichen ausgelegt; zu guter Letzt für ärztliche Stellungnahmen der Versicherungen (DRV, GUV-BG u. a.).

Wir kennen mehrere chronische Schmerzzustände, hier finden Sie jetzt einen sehr „komplexen“, vielschichtigen, unter versuchter exakter Anwendung von notwendigen, anerkannten Kriterien.

- Typ 1 der CRPS mit Verletzung kleinster und meistens OHNE Nervenverletzung (wird nicht mehr zu den „Neuropathien“ gezählt, R. Treede, Neurophysiologe, Mannheim)
- Typ 2 mit Verletzung auch größerer Nerven

Validierte Entwicklung der Diagnose CRPS Typ 1 (Komplexes Regionales Schmerz-Syndrom):

So muss der **Weg zur Diagnose** aufgezeigt werden, da die Grundvoraussetzung zur Diagnose – (zunächst) ein unerklärbarer Dauerschmerz, Muskelschwäche und Bewegungsveränderungen u. a. mit Betonung der körperfernen Anteile des Beins – hier feststeht.

Bildgebung (MRT) ist nicht mit chronischen Schmerzen korreliert.

Apparative Diagnostik ist unspezifisch, abgesehen vom Skelettszintigramm, hier sind aber nur Aktivitäten (einseitig) im Verlauf von bis zu 8–10 Monaten Dauer als hinweisend zu werten, sind aber unspezifisch (Mailhöfner, Fürth; Stanton-Hicks, Cleveland; Baron, Kiel; Hanson, Stockholm; Jensen, Aarhus). Hier verfehlte man diesen Teil der Diagnostik.

QST (semi-quantitative sensorische Testung) ist hinweisend mit Allodynie und mechanischer Hyperalgesie, bedeutet aber eine subjektive Methode.

Die 4 Diagnose-Komponenten der Kriterien:

- **zum ersten Teil der Diagnosefindung unterliegen** 3 von 4 der Dokumentation in Berichten, Befundmitteilungen oder werden durch Selbstmitteilung dokumentiert (Aufnahme der Krankengeschichte)
- bei der Untersuchungsbefundung reichen 2 von 4 Komponenten zur Diagnosesicherung

Objektive Kriterien sind (evtl.) asymmetrische Temperaturmessung mittig in der Fußsohle (berührungslos, mehrere Messungen) von rund 2 Grad Unterschied im Seitenvergleich mittels Infrarotthermometer, sowie positive Befundung von (asymmetrischer, links, nicht auf der anderen Seite, also rechts) Schwellung des körperfernen linken Beins, mit Farbveränderungen und trophischen (ernährungsbezogenen) Störungen an der Haut, Veränderungen an den Nägeln (schnelleres Wachstum) und Behaarung (fehlend oder überschießend vorhanden).

Schwitzen ist unterschiedlich ausgeprägt, eher ist von Auftreten von Feuchtigkeit am linken Fuß zu sprechen (nach Provokation durch den mit Tesa verschlossenen Plastikbeutel).

Die bekanntesten Kriterien sind diejenigen der IASP (der internationalen Schmerzgesellschaft zum Studium des Schmerzes von 1994), hier sind aber motorische und trophische Auffälligkeiten nicht eingeschlossen.

Die IASP-Kriterien beruhen ausschließlich auf Selbstmitteilungen und sehr freien cut-off Entscheidungen (Entscheidungskriterien), z. B. waren nur Ödem und Schmerz notwendig, die nicht auf eine Verletzung/Ruhigstellung zurückzuführen waren, um die Diagnose CRPS zu stellen. Motorische und trophische Veränderungen waren zudem zur Diagnose nicht eingeschlossen.

Die endlich gültigen Entscheidungskriterien (**Budapest-Kriterien**) werden unten beschrieben; diese sind gegenüber den IASP-Kriterien **validiert**.

Diese Kriterien reduzieren (validiert) die Zahl falsch positiver CRPS-Diagnosen, indem 4 gut definierte CRPS-Komponenten eingeschlossen und zwischen anamnestisch gewonnenen Symptomen und denen bei der **Untersuchung** unterschieden werden.

Die Bruehl-Kriterien (**1999**) und besonders die Budapest-Kriterien (**2003, 2007 endgültig**) ersetzen die IASP-Kriterien.

Die Leitlinienkommission der DGN legte einen Band „Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie“ vor: (Thieme, 4. Auflage 2008; CRPS Seite 640ff., siehe

S. 642 für Diagnostik), die sich an die genannten Kriterien anlehnt bzw. übernimmt (bearbeitet in einer Konsensuskonferenz 2007 von den Kennern der Materie, u. a. Baron, Kiel (Wasner, Binder); Maier, Bochum; Birklein, Mainz; Sommer, Würzburg; Tölle, München).

Aktuell sind folgende pathophysiologische Mechanismen bei CRPS in der Diskussion bzw. belegt:

- Mitbeteiligung peripherer und zentraler Sensibilisierung, Entzündung – (proinflammatorische Zytokine), neuroplastische Veränderungen im ZNS
- veränderte sympathische und catecholaminerge Funktion, veränderte Repräsentation der Extremitäten!! im somato-sensorischen Hirnmantel
- genetische Faktoren (HLA-Allele, CRPS-assoziiert, aber nur bei fixierter Dystonie), aber auch bei Tremor bei Wechsel von Pronation in die Supination – Umwundbewegungen der Hand oder des Fußes (eigene Beobachtungen)
- psycho-physiologische Interaktionen, d. h. als mögliches **Zusammenspiel psychischer und körperlicher Faktoren** (hier als chronische depressive Störung nach DSM-5 erkennbar)

Bei längerer Dauer zeigen sich Spontanallodynie und Hyperaesthesie besonders oft. Die Budapest-Kriterien ergeben die höchste Wahrscheinlichkeit einer genauen Diagnose (es geht dabei um sensorische, vasomotorische, um Anschwellungen/Sudomotorik, sowie um motorische und trophische Veränderungen) als die **4 Hauptkomponenten der Diagnostik**.

Genau Diagnostik führt zu besserer, passender Medikation und somit zur Verbesserung der Lebensqualität. Da die Pathophysiologie weitgehend unbekannt ist und nur wenige objektive Kriterien zur Verfügung stehen, ist **man gezwungen, mit diesen genannten Kriterien zu arbeiten**.

Das oft beschriebene neglect-ähnliche Verhalten des Betroffenen zur befallenen Extremität wurde nicht in die Kriterien aufgenommen (das betroffene Bein als „Ding“, nicht zum ‚Selbst‘ gehörend), konnte hier erkannt werden (s. o.). **Neglect ist nicht Teil der Kriterien. Aber: hier „Neglect“ vorhanden:** der Fuß „ist halt da“, „gehört aber nicht zu mir“, „ich könnte den Fuß in die Ecke stellen“.

■ 4 Diagnose-Komponenten der Kriterien

- Auftreten von Dauer- und Spontanschmerz nach Gipsruhigstellung nach 1. operativen Eingriff
- Selbstmitteilung und/oder anamnestische Dokumentation: 3 von 4 der folgenden Komponenten (siehe die obigen Beschreibungen):
 - **Sensibel:** Hinweise auf Hyperalgesie auf Stechen und/oder Allodynie auf leichte Berührung und/oder tief somatischen Druck und/oder Gelenkbewegung; gesichert; brennendes Schmerzerleben, unangenehmes Kribbeln am linken Fuß
 - **Vasomotorisch:** Hinweise auf asymmetrische Temperatur; gesichert, Rötung seit 01/2010, „Überwärmung“ in den Akten
 - **Sudomotorisch/Ödembildung:** asymmetrische Ödembildung gesichert; Hochlagerung über viele Stunden am Tag notwendig
 - **Motorisch/trophisch:** eingeschränkte ROM und/oder motorische Dysfunktion (Muskelschwäche, Tremor); positiv festzustellen und beschrieben bei Pronation-/Supination, Extension/Flexion des linken Fußes, anamnestisch Ausdünnen von Haaren am linken medialen Unterschenkel, erhöhtes Nagelwachstum ab ca. 2013 (Fußpflege seitdem 4-wöchentlich)

Hier cut-off 4 von 4 Veränderungen.

- Keine andere Diagnose erklärt Symptome und Befunde besser.
Prozess: Akutphase mit periph. entzündlichen Vorgängen, dann (zunehmend) neuroplastische Veränderungen im ZNS. Schmerzen übergreifen die Versorgungsgebiete der sensiblen Hautnervenäste.

Typisch distale Generalisierung, nach OPs, Gipsruhigstellung mit Ödemneigung, Schmerzen, Rötung

Typ I keine Nervenläsion

Typ II mit Läsion GRÖßERER Nerven (meistens)

Unterscheidung in „warmes“, „kaltes“ CRPS, hier „warmes“: das warme zeigt die typischen Entzündungszeichen, das kalte eher eine blasse Hautfarbe und kältere Temperatur.

■ Prinzipien der Behandlung:

- Schmerzkontrolle
- Wiederherstellung der Funktion
- Spiegeltherapie: das gesunde rechte Bein wird hier gespiegelt: ein Spiegel wird zwischen die Beine und dem Gehirn „angeboten“: das Gehirn des Betroffenen sieht das gespiegelte Bild als sein gesundes an (das Gehirn wird so überlistet)
- Behandlung dysfunktionaler Verhaltensweisen (bekannt bei chronischen Schmerzzuständen): Katastrophisieren, Schonung, Minderung von Bewegungs-Aktivitäten
- Der Physiotherapeut führt das Bein (den Arm) bis an die Schmerzgrenze und darüber hinaus (im Gegensatz der Methode vergangener Jahre) – der Betroffene lernt selbst, die Bewegungen auszuführen
- Medikamente: nur anfangs Cortison, Bisphosphonat (oral), hochdosiertes Pregabalin, Ketamin-Infusionen, Ambroxol/DMSO auf die Haut
- Sympathikus-Blockaden, SCS, Baclofen (Indikation durch den Spezialisten), leider oft ohne vorherige leitliniengerechte Behandlung! Kein Plexus Katheter
- Beachte psychische Ko-Morbidität

**CRPS wird oft mit einem
chronischen Schmerzzustand verwechselt,
falls Rückenschmerzen und andere
Beeinträchtigungen hinzugetreten sind.**



Stress I

Was verstehen wir unter „Stress“?

„Stress“ bedeutet allgemein eine vom Hirn ausgehende Antwort auf jede Art von Reiz, Einfluss von außen und innen, die die regelrechte Funktion verändern will.

Gibt es eine Beziehung „Stress“ : „Schmerz“? Es gibt keine direkte Beziehung, aber: viele Stressereignisse (andauernde Belastungen, Faktoren aus der Vergangenheit, bestehende Dauerschmerzen u. v. a. m.) führen zum Dauerstress mit vielen Dauerinflüssen zu den vielen Hirnteilen, die vernetzt eine Antwort vorbereiten.

Dies führt allgemein zur erhöhten Empfindlichkeit gegenüber jeder Art von Einflüssen, wie Licht-/Lärmempfindlichkeit, schnelle Ermüdung, Erschöpfung, verzögerte Erholung, andauernde Stressbelastung, auch akute Schmerzproduktion ohne Anlass, alle einlaufenden Reize werden zusammengewürfelt und u. a. als Schmerz ausgegeben (Output).

Im funktionellen MRT sieht man die erhöhte Aktivität der einzelnen Abteilungen im Gehirn.

Dies alles auf irgendwelche veränderte zentrale Verarbeitung zurückzuführen, konnte nie belegt werden. Inzwischen ist das Somatisierungskonstrukt auch erledigt. Die neurobiologische Basis dieser Vorgänge wurde vernachlässigt bis ignoriert zugunsten von „Konflikten“ plus irgendeine Art von „Verwandlung“ zu Schmerzen; nun ist sie neurobiologisch (als Netzwerk) für die stark empfindliche Symptombildung etabliert.

Die Erbanlagen sind zusammen mit Umwelteinflüssen und der ertragenen Last von Einflüssen im Verlauf des Lebens zusätzlich verantwortlich für die großen Unterschiede der Schmerzempfindungen. Inzwischen hat man > 110 „Schmerzgene“ gefunden, die für die Mitbeteiligung am Schmerzerleben kodiert werden: Nor-Adrenalin, Serotonine, Dopamin, Opioide, Cortisol u. a. Hier liegt zum Teil auch die Ursache für Schmerzempfindungen und Ausweitung/Verstärkung zur Überempfindlichkeit, einer Unzahl von gefühlten Funktionsbeeinträchtigungen.

Unter Leiden/Leidensdruck versteht man die Kombination von Depression und Angst.

Wir fassen viele dieser Beeinträchtigungen als Symptome zu Syndromen zusammen (Symptomkomplexe) = Diagnosen, z. B. Funktionelle Körperbeschwerden, Somatische

Belastungsstörung, Persistierende Depressive Störung, Panikstörung, Kopfschmerz vom Spannungstyp, der Migräne, dem chronischen Fatigue-Syndrom, der Cranio-Mandibulären Dysfunktion, chronischer Rückenschmerz u. a.

So ist ein chronischer Schmerzzustand mit Parallelerkrankungen (Ko-Morbiditäten) wie Depression und Angststörung zu entwickeln. Man sieht sofort, dass es hier besonderer Anstrengungen und erhöhten Zeitaufwand bedarf hinsichtlich Krankengeschichte, Diagnostik, Behandlung – auch bei Begutachtungen, die nur fachübergreifend zu bearbeiten sind.

STRESS II

Ein Stressfaktor (auch Stressor genannt) verändert zunächst das Gleichgewicht von Körperfunktionen; bei der sog. Stressantwort handelt es sich um eine Ansammlung von Nerven- und Hormonveränderungen, um den Betroffenen durch eine Krise, eine Belastung, ein Ereignis zu führen und um dieses Gleichgewicht wiederherzustellen.

Das gelingt nicht immer, besonders wenn die Belastungen andauern oder tiefe Spuren im Gehirn hinterlassen haben, es also zur Chronifizierung kam. Das heißt, Stress kann andauern! Ebenso wie die Cortisol-Überflutung!

Falls ein Auto Sie zu überfahren droht, wird zuerst der Mandelkern (die Amygdala) aktiviert, deren Nervenzellen reizen die Hirnstammzellen, die das parasympathische Nervensystem hemmen und den „Gegenspieler“, den Sympathikus mobilisieren, der das (Nor-Adrenalin und) Adrenalin in den gesamten Körper verteilt.

Die Amygdala bringt auch einen Nervenkern im Hypothalamus ins Spiel, der ein Hormon bildet, um ein weiteres auszuschütten, das nun Cortisol in den Nebennieren produzieren lässt. Das alles geschieht superschnell.

Also dieses Hormon und das Sympathikus-System lassen Sie durch eine Rolle rückwärts oder Weglaufen überleben.

Man benötigt dafür natürlich Energie für diese Muskelaktivität: Die Stressantwort stellt schnell Energie bereit, der Puls beschleunigt sich, der Blutdruck steigt (bei Dauerstress, z. B. chronischen Schmerzen, man sieht oft, wie der Blutdruck nun jahrelang „behandelt“ wird) und lässt mit der bereitgestellten Energie die Muskeln schneller und kräftiger arbeiten, d. h. sie können ungeahnte Kräfte entwickeln, wuchtiger und schneller laufen.

Während der Stressvorgänge (auch falls länger andauernd) werden Wachstum, Reparaturvorgänge u. a. aufgeschoben (die Kinder bleiben schwächling, blass und wachsen verzögert).

Man kann auch psychisch andauernd gestresst werden, dann haben Sie z. B. das Risiko zur Zuckerkrankheit, zur Fettsucht erworben, ebenso wie das heranwachsende Kind im Mutterleib! Vom Rauchen – mit folgender Genschädigung und Alkohol will ich gar nicht sprechen. Weiterhin Bluthochdruck, Regelstörungen (erhöhte Blutungsneigung, Blutverklumpung), das „gute“ HDL ist zu niedrig, man ist häufiger krank, auch verzögerte Wundheilung ist zu beobachten; beim Mann kann es zum Testosteron-Mangel führen.

Chronischer Stress schadet dem Immunsystem, erhöht die Infektanfälligkeit (wird überzufällig häufig bei chronischen Schmerzzuständen mitgeteilt, auch bei Kindern mit Bindungsstörung, Ausgrenzung!) und beeinträchtigt ihre Gesundheit.

Wir werden krank von dieser andauernden Aktivierung der Stressantwort, zu oft, zu häufig aus diesen beschriebenen Gründen.

Stress von 3 Minuten auf der Achterbahn – das lieben wir.

Andererseits werden beim chronischen Stress andere Andockstellen im Gehirn benutzt, falls der Stress hoch und andauernd ist.

**Dauer-Stress kann auch eine Krankheit
verschlimmern oder kann den Betroffenen durch
andere Risikofaktoren verletzlicher machen.
Wie gesagt, das Immunsystem kann angegriffen
werden, Ihre Haare können grau werden.**

Stress an sich kann man nicht beseitigen, man sollte es auch nicht, ein gewisser Grad an Stimulation, Reize muss immer gegeben sein, sonst stehen Sie morgens nicht auf!

Ruhe und Schonung verschlimmern Schmerzen, Bewegung ist viel besser; das Schlimmste ist, im Bett oder auf der Couch für 3 Wochen liegen zu bleiben. Schmerz-erleben ist ungefährlich, es verkürzt ihr Leben nicht, Sie kommen nicht in den Rollstuhl. CFS kann bis zum Tod führen.

Stress verursacht in der Amygdala Furchtgefühle für die einlaufenden Empfindungen, ihr Gedächtnis verschlechtert sich, sie haben Lernprobleme, auch wichtige Dinge können nicht in den Speicher des Langzeitgedächtnisses verschoben werden: die Stressfolgen sind so schwieriger zu behandeln und zu „verlernen“ – praktisch können sie nur durch positive Erfahrungen „überschrieben“ werden, einfach „verlernen“ geht nicht. Schmerz „wegmachen“, verschwinden lassen, geht nicht.

Auch die hemmenden Effekte des Vorderhirns auf die Amygdala werden geschwächt. Stress beeinträchtigt das Denken, die Impulskontrolle (wütend werden, ohne sich

bremsten zu können), seine Gefühle im Griff zu behalten, die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen (Gefahr bei einer akuten depressiven Episode), Beeinträchtigung von Mitgefühl und sozialem Denken.

Es ist schlimm, dass ein überforderndes Ereignis, ein Trauma, die Amygdala vergrößert und den Hippocampus schrumpfen lässt – diese Vorgänge können in unterschiedlichen Graden und Ausprägungen Betroffene mit PTBS permanent schädigen, verkrüppeln. Wenn der Hippocampus schrumpft, entstehen veränderte Denkweisen, z. B. bei längerer depressiver Störung als Ausdruck von andauerndem Stress und des erhöhten Cortisol-Spiegel. Das Gleiche passiert bei chronischen Schmerzzuständen mit der Vergrößerung der Amygdala, hier folgt Übererregbarkeit.

Bei der Vergrößerung kann es sich um eine zunehmende Anzahl von Nervenzellen oder um die Zunahme der Verzweigungen zwischen den Nervenzellen handeln. Praktisch alles im Gehirn kann sich als Antwort auf dauernde, chronifizierte Reize, Einflüsse verändern.

Auch andere chronische Zustände bedeuten für den Betroffenen eine schlimme Erkrankung.

Bei der Stress-Antwort des Gehirns sind die Normwerte für Cortisol immer etwas erhöht, die Erholung ist so ebenso verzögert.

Stress im Säuglings-/Kleinkindsalter, in der frühen Jugend, beeinträchtigt auf Dauer die Fähigkeit des Gehirns, die Cortisol-Produktion herunterzufahren: Denken, verminderte Bremsfähigkeit für aggressives Verhalten, fehlendes Mitgefühl können auf Dauer beeinträchtigt sein. Siehe auch den unschuldbaren Jungen, auch den aggressiven Kriminellen mit unsozialisierbarem Verhalten.

Ständige Cortisol-Überflutung vermindert zudem die Produktion von Wachstumsfaktoren. So wird Lernen und das Gedächtnis beeinträchtigt, ebenso die Reifung des Großhirns, die Funktion des Vorderhirns (primäres Vorderhirn, das Areal vor dem Balken – ACC). CFS kann bis zum Tod führen.

Beide Hirnhälften sind durch den Balken, dem Corpus callosum, ein Faserbündel, verbunden, dass so die Funktion beider vereint/harmonisiert wird. Beeinträchtigungen in der Kindheit mit Veränderungen der Hirnfunktion, erhöhen das Risiko für chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter, z. B. für chronische Schmerzen, depressive Störungen (u. a. Freudlosigkeit infolge Dopaminmangel durch Cortisol-Überhöhung).

Stress kann schlechter gehandhabt werden, der Betroffene ist diesem oft hilflos ausgeliefert, depressive Episoden erscheinen häufiger und wiederholen sich in wechselnden Abständen und Dauer. Hoffnungslosigkeit u. a. erscheint und wird zur erlernten Hilflosigkeit.

Die „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS)

- Jede psychische Störung ist eine Störung der Gehirnfunktion, zudem können zugleich körperbezogene Beschwerden/Beeinträchtigungen auftreten.
- Der Grad der Sensitivierung neuronaler Schaltkreise einerseits und die bewussten und unbewussten Wahrnehmungen von innen und außen ergeben das Ausmaß der Antworten.

Zitat: „Das waren schlimme Umstände, die ich nicht kontrollieren konnte“; beim Trauma in der Kindheit mit folgender Depression ging es um die verzerrte Verallgemeinerung, dass „das Leben für mich immer unkontrollierbar, schrecklich sein wird“.

PTBS: krankhafte Furcht, etwas Schlimmes wird in der Zukunft geschehen; die Amygdala ist vergrößert, reagiert auf alles überempfindlich, mit dem Gefühl, nie sicher zu sein.

Aber Piloten, die Drohnen ferngesteuert dirigieren, haben ebenso hohe PTBS-Fälle wie Soldaten im Kampf, da die Bilder auf ihrem Bildschirm extrem detailgenau sind – das Ziel wird oft wochenlang beobachtet, bis das Kommando kommt, die Rakete mit Überschallgeschwindigkeit zu feuern.

Die Getöteten sind den Piloten – tausende Kilometer entfernt – bekannt, das Ergebnis des Schusses ist bis ins Detail bekannt und dokumentiert.

Das tiefste Trauma ist nicht, getötet zu werden, sondern die Bedeutung und Beobachtung des Vorgangs.

Die Amygdala antwortet auf furchtauslösende Reize, sogar auf solche unterhalb der bewussten Wahrnehmung.

Sie überreagiert auch auf leichte Reize und benötigt viel Zeit wieder herunterzufahren. Dauert eine PTBS länger an, vergrößert sie sich, zeigt Wiedererkennung, Wiedererinnern u. a., lässt schlimme Gefühle, Furcht und Angst erleben.

Die Amygdala ist besonders empfindlich hinsichtlich sozialer Problematiken.

Dies alles bedeutet laufenden, andauernden Stress, der Hippocampus (Seepferdchen-ähnliche Form) wird geschädigt, die PTBS ist also auch eine organische Schädigung. Was geht in einem Betroffenen mit solchen Gedächtnisproblemen vor? Eine

Frage für den Neuropsychologen, aber nicht für seine Testbögen! Oder für den Neurologen/Psychiater mit seinen 565 Testbogen-Fragen.

Behandlungsprinzipien: EMDR – Dirigieren der Augenbewegungen; 1 Jahr psychische „Stabilisierung“, 2–3 Jahre spezielle Trauma-Therapie beim ausgebildeten Therapeuten – ein solcher ist aber schwierig zu finden.

■ 1. Beispiel (Konfrontation mit dem Tod)

- Überfordernde Belastungsfaktoren seit dem Säuglingsalter vor Vollendung des 1. Lebensjahres: mehrfache stationäre Krankenhausaufenthalte von 3–4 Wochen und mehrere Aufenthalte wegen „Durchfalls“, „Erbrechens“, „Essenverweigerung“.
- Mitteilung „fehlender Geborgenheit“ in der frühen Kindheit.
- Notfalleinweisung wegen links-thorakaler Schmerzen und „Stichen“ bei diagnostizierter Panikstörung (1999).
- Ängste ab 2000 nach Erfahren des Todes durch Ertrinken eines bekannten kleinen Kindes in einem sonst harmlosen Flüsschen. Seitdem Angst um Kinder allgemein, auch Ausübung ständiger Kontrolle und Überwachung der eigenen Kinder, will sie immer im Blick haben. Seitdem Auftreten von Panikattacken, mindestens 1-mal am Tag von 10 Minuten Dauer.
- Erneute akute Belastungsreaktion vor 2 Jahren.
- Mutter der Cousine wegen malignem Hirn-Tumor im Hospiz, erneute akute Belastungsreaktion.
- Traumatisches Ereignis mit einem kranken und bekannt aggressivem und streitsüchtigem, mehrfach inhaftierten Nachbarn (Alkohol, Drogen u. a.), der immer wieder auffällig und Personen verletzend in Erscheinung trete, deshalb traumatisch wegen unvermitteltem körperlichen Angriff auf ihre Person und Bedrängungen; er war als Nachbar dafür bekannt und mehrfach verurteilt. 2-malige Wiederholung der Konfrontation in weniger starkem Ausmaß.
- Eine schwere Panikattacke bei der Notlandung eines Fliegers.
- Drohender Kindstod bei ihrer Tochter mit Notfalleinweisung und folgender 1-jähriger Überwachung. Das sei „schrecklich“ gewesen.

■ 2. Beispiel (Todesfall, Sohn)

Die Diagnose einer **posttraumatischen** Belastungsstörung (PTBS) mit der Trias Schmerzen, Angst und Depression sei seit 1979 nicht festgestellt worden und ist inzwischen unbeeinflussbar chronifiziert. Bemerkenswert ist die Symptomverstärkung nach dem 70. Lebensjahr infolge weiterer Gesundheitsstörungen.

Konfrontation mit dem tatsächlichen Tod eines 9-jährigen Sohnes 1979 im Schwimmbad mit monatelanger akuter Belastungsreaktion (auch der Ehemann ist schwergradig traumatisiert, versteckt sich komplett, lebt getrennt von seiner Ehefrau im gleichen Haus).

Aktuell mit wiederkehrenden, belastenden Erinnerungen, aversiven Träumen/Alpträumen; mit dissoziativen Reaktionen; Belastung durch Hinweisreize, auch mit körperlichen Reaktionen und Vermeidensverhalten, negativen Veränderungen der Kognition und der Stimmungslage, Misstrauen, Schuldzuschreibungen, „ruiniertes Nervensystem“, negativer emotionaler Zustand, Unfähigkeit positive Gefühle zu entwickeln, nur gegenüber Tieren (Hunden), Verschlimmerung durch einen ebenso betroffenen Familienangehörigen.

3-mal stationärer Aufenthalt in psychosomatisch orientierten Kliniken, stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Abteilungen, ohne Diagnose.

Bei älteren Menschen ist es möglich, dass die Traumafolgen durch Gesundheitsstörungen verschärft werden (Beckenbodendeszensus, gynäkologische/proktologische Vorfälle).

■ 3. Beispiel (2-mal die Konfrontation mit dem Tod, Todesdrohungen, 1. Pistole (selbst bedroht), 2. Pistole auf Angestellten mit drohendem Erschießen).

Seit **2007** drei erlebte Banküberfälle, zuletzt im Dezember 2011, verarbeitete den 1. **2007**, der 2. **2008** mit akuter Belastungsreaktion und Traumafolgen, ohne dass eine spezifische Diagnose gestellt wurde; Symptome einer PTBS waren aber erkennbar (Anmerkung: es muss auch nicht immer das „Vollbild“ sein); dem 3. **2011** stand sie überfordert und ohnmächtig gegenüber. Dieser akuten Belastungsreaktion folgte eine bis heute andauernde PTBS.

Im DSM-5 finden sich gegenüber den DSM-IV-TR-Kriterien zwei wesentliche Änderungen; neben der Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod ist nun noch die Konfrontation mit ernstlicher Verletzung die Rede, u. a. direkt erlebte traumatische Ereignisse. Die Wahrscheinlichkeit psychischer Ko-Morbidität ist auf 80 % erhöht.



Das A 2-Kriterium der ICD-10 GM fällt weg. **Das Bild der PTBS ist vielfältig.** Zudem können einzelne Symptome bereits am Anfang bestehen, andere erst im Verlauf (!).

Neu:

B – Kriterium Wiedererleben

C – anhaltende Vermeidung von traumatischen Reizen (Schlüsselreizen)

D – negative kognitive Veränderungen

E – Änderung des Erregungsniveaus und der Reaktivität

Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma können durch neue schwere Belastungen oder neue traumatisierende Ereignisse aus- oder abgelöst werden (2. und 3. Unfallereignis).

■ 4. Beispiel (überfordernde Ereignisse)

Entwicklung ohne feste Bezugspersonen. Die Grübelei hinsichtlich ihrer Vergangenheit in der Kindheit usw. Sie habe sich nie wohl und geborgen gefühlt. Man habe vielleicht alles mit ihr falsch gemacht. Das Leben sei einfach Scheiße. Sie sei jahrelang völlig ohne Halt gewesen.

Organische Kontrollattribution der Schmerzen und des Leistungsverlustes.

Vor fast nun 5 Jahren (um 2013) habe sie plötzlich nicht mehr sicher Fahrrad fahren können. Auch Probleme beim Treppensteigen. Entwicklung rechtsseitiger Oberschenkel Schmerzen. Im Sportstudio sei es ihr plötzlich schwergefallen, Übungen zu leisten wegen Kraftminderung und Schmerzen in beiden Oberschenkeln, > linksseitig.

Schmerzen seit der Kindheit, Agoraphobie seit Ereignissen, wobei die Mutter die Kinder in der Wohnung häufig eingeschlossen hat; auch danach in den Heimen seien die Türen immer verschlossen gewesen; sie erinnere sich, dass sie die Mutter früh am nächsten Tag vom Bahnhof abholen wollte, deshalb habe sie die Nacht auf der Treppe vor dem Heim verbracht, um sie abholen zu können. Anstatt sich zu freuen, habe die Mutter sie verprügelt.

Eine PTBS habe wahrscheinlich schon immer vorgelegen, „früher“, sei aber verschwunden gewesen bis 2012/2013, danach sei alles wieder aufgetaucht und bedeutend schlimmer geworden.

Der Schwiegervater (Vater ihres Mannes) versuchte sich ihr sexuell zu nähern (sie war mit ihm allein in seiner Wohnung); sie sei in Panik geraten und wie von Furien gehetzt kilometerweit im Regen nach Hause gelaufen: die ganze Palette von früher sei urplötzlich wieder erschienen: die Vergewaltigungen, das Leben in Heimen (mit den Brüdern), kein Zuhause haben (die Mutter konnte sie nicht versorgen), das Leben auf der Straße, Anschaffen mit Schlägen, von Disco zu Disco, gewollter und zwangsweiser Sex – das Leben bis 16/17 Jahren; Heirat und Scheidung; ruhiger ab 1981 (Kennenlernen ihres jetzigen Ehemanns – keine Alpträume mehr, aber Flash-backs).

Ab Ende 2012/2013 Wiedererinnern, Wiedererkennen, Vermeidungsverhalten, Hinweisreize etc.

Mitteilung von Ängsten, phobischen Reaktionen, Sorgen um ihren Ehemann. Dieser habe sie in der Vergangenheit komplett versorgt.

Der Zusammenhang der PTBS mit chronischen Schmerzen ergibt sich zwangsläufig, da bis zu 4/5 der Betroffenen Ko-Morbiditäten zeigen, die mit Schmerzen assoziiert sind.

Dieses Krankheitsbild wird bis auf Ausnahmen immer wieder mit chronischen primären Schmerzzuständen verwechselt, da viele Beeinträchtigungen als körperbezogene Schmerzen/Beeinträchtigungen erlebt werden.



Chronischer Rückenschmerz – im Rahmen eines Gesamtzusammenhangs

Abschied von der „Bandscheibe“ – diese ist in der Regel unschuldig am Rückenschmerz. Liegt zufällig ein Vorfall vor, sind die Schmerzen in den Beinen oft schlimmer. Rutschen Teile des evtl. „vorgefallenen“ Bandscheibengewebes weiter nach unten, kann die Blasen- und Mastdarmfunktion akut beeinträchtigt werden. Dies aber nur als Pflicht zur Mitteilung aus juristischen Gründen.

Der chronische Rückenschmerz ist einer der häufigsten Schmerzen, meistens harmlos, aber sehr beeinträchtigend, psychosozial und arbeitsplatzbezogen und bedeutet eine schwere Last für die Sozial-Versicherungssysteme wegen der Häufigkeit der Arztbesuche, der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit (an 1. Stelle!) und der notwendigen REHA-Maßnahmen nach operativen Eingriffen.

Merke: Persönliche und berufliche Belastungen/Probleme sind häufig verbunden mit andauernden Rückenschmerzen. Bewegung ist die erste und wichtigste Art, diese Schmerzen zu lindern. Wenn nicht möglich, ein Schmerzmittel – in ausreichender Dosierung – einnehmen und nach Linderung mit den Bewegungen beginnen. Auffälligkeiten an der Wirbelsäule (im Röntgenbild) sind allgemein nicht die Ursache für Rückenschmerzen. **Auch ein MRT erfasst diese nicht.**

Ich begrüße hier ausdrücklich die Umscheidungen der Muskeln – die **Muskelfaszien**, mit ihren Verschaltungen vom Hirn (über den Sympathikus, der Adrenalin verteilt: Dr. Mense in Heidelberg hat hierzu wunderschöne Aufnahmen) und zum Hirn hin zu unserem Bekannten, der Amygdala, dem Mandelkern. Die Faszien sind mit vielen Schmerzfühlern ausgestattet. Die Zellen der Faszien, die Fibroblasten und das Faszien-gewebe selbst sind getränkt mit Hyaluronsäure und Wasser (Schleip, Ulm), sie haben also eine Schwammfunktion.

Info: zu chronischen Rückenschmerzen

In 70–90 % neuropathische Mitbeteiligung (Freynhagen, Tutzing; Baron, Kiel; Tölle, TU München; Leimkühler, Wien). Neue Erkenntnisse 2014.

Ein derartiger Schmerz neuropathischer Begründung ist als solcher eine eigene Entität. Ein Teil der tiefen Rückenschmerzen kann von den ISGs (Iliosakralgelenke) ausgehen.

„Isch hab’ Rücken“ – „Doktor, mir tut der Rücken heute so weh, ich kann sicher nicht arbeiten“, „Ich brauche jetzt dringend eine Spritze“, „Ich kann es mit meinem Rücken nicht mehr aushalten“ ...

„Meine Bandscheibe!“, der Orthopäde habe kopfschüttelnd gesagt, die sei so verschlissen, er wundere sich, „dass ich überhaupt noch stehen könne“.

Die meisten tiefen Rückenschmerzen, auch Kreuzschmerzen genannt, sind sogenannte „NICHT-SPEZIFISCHE“ Rückenschmerzen, d. h. organisch finden wir keine Ursache, auch Röntgen, CT, MRT lassen uns im Stich, nur bei weniger als 10 % der Betroffenen von andauerndem, chronischem Rückenschmerz finden wir diese. Die „Bandscheibe“ spielt dabei eine nur sehr untergeordnete Rolle.

Ergebnisse der Bildgebung wie Röntgen usw. haben keine Beziehung zu den erlebten Schmerzen, sagen uns nichts über die Begründung dieses häufigen, empfundenen Schmerzes.

Es handelt sich hier überwiegend um einen andauernden Schmerzzustand, der wiederholt von akuten Phasen abgelöst werden kann.

Die sog. red flags, die hinweisend für andere schwerwiegende Erkrankungen sein können, sind dringend zu beachten.

Zunächst ist es wohl ausreichend, allein die yellow flags hinsichtlich psychosozialer Problematik zu beachten; nach einigen Wochen ist aber eine psychosomatische Vorstellung unvermeidlich, um weitgehende andere organisch orientierte Untersuchungen zu vermeiden.



Falls bei der Untersuchung kein Verdacht auf eine schlimme Erkrankung festzustellen ist, sollten eigentlich keine weitergehenden Untersuchungen erfolgen; wenn eine Behandlung notwendig ist, dann nicht passiv durch den Therapeuten.

Ein einfaches Schmerzmittel, nicht mit anderen kombiniert, sollte für einige Tage reichen. An erster Stelle: Bewegung, kein Ruhen und Schonung, keine Spritzen, keine passive Physiotherapie, vielmehr Anleitung zu eigenen Bewegungsaktivitäten.

Im Vordergrund steht die sog. psychosoziale Begründbarkeit, d. h. durch psychisch begründbare Beeinträchtigung/Angst, depressive Symptomatik u. a., durch soziale wie Mobbing in der Schule, nach Beginn als Azubi, Belastungen in der Familie, Probleme nach der Heirat, am Arbeitsplatz usw. Besonders die arbeitsplatzbezogenen Anteile sind sorgfältig herauszuarbeiten.

Ein Arzt sollte alle Maßnahmen koordinieren. Vor allen Dingen ist ausufernde Bildgebung zu vermeiden. Erst nach 4–6 Wochen Krankheitsverlauf ist weitere Diagnostik erforderlich.

Hat sich das Beschwerdebild nicht geändert, ist sehr zurückhaltend weiter vorzugehen, es sei denn, es haben sich eindeutige Veränderungen ergeben.

Sie sagen, ich hab's doch im Rücken, nicht im Kopf ...

Anfangs Tabletten, nur um die Machbarkeit einer Physiotherapie zu unterstützen. KEINE Langzeitanwendung. NSARs nur nach Ausschluss von bestimmten Erkrankungen unter Beachtung der Nebenwirkungen und des Alters. Alternativ COX-2-Hemmer (Coxibe), aber auch nur kurzfristig. Bei Anwendung von Metamizol Aufklärung dringend notwendig, evtl. Laborkontrollen. Paracetamol (1000 mg) kurzfristig. Flupirtin ist wegen Nebenwirkungen vom Markt genommen worden.

Alternativ möglich sind schwache Opioide, auch starke, spätestens nach 4 Wochen Überwachung/Kontrolle, Überprüfung und Ausschleichen nach 3 Monaten.

Falls andauernd, z. B. bei weiterer Attestierung von Arbeitsunfähigkeit verlängert, sollten bei den nun folgenden Untersuchungen alle Aspekte fachübergreifend in Augenschein genommen werden, internistische, urologische/gynäkologische und prokologische Komponenten.

Eine psychosomatisch orientierte Aufnahme der psychischen Aspekte, der psychosomatischen/psychiatrischen, sollte dann im Vordergrund stehen; am besten sollten sie parallel, nicht hintereinander erfolgen.

Physiotherapie ist der Tagesform, dem körperlichen Zustand anzupassen – wichtig ist die Anleitung des Therapeuten, das Zeigen von Übungen als Hausaufgabe. Beim Funktionstraining und dem beliebten REHA-Sport fehlen die spezifischen Anleitungen. „Eigenmotiviert“ ist das Zauberwort.

In der neuen Leitlinie der NVL, der Nationalen Versorgungs-Leitlinie, vom 27.12.2017 (Dt. Ärzteblatt) werden die folgenden Maßnahmen nicht befürwortet: Wärmetherapie, Progressive Muskelrelaxation, Manuelle Therapie (Manipulation und Mobilisation), Massagen, Ergotherapie, Rückenschule, Akupunktur; wenn angewendet, dann nur mit selbst-aktivierenden Anstrengungen.

Injektionen, chirurgische Eingriffe und Versteifungen schaden nur. Andere Therapien wie Lasertherapien, Magnetfeldbehandlung, Traktion mit Gerät, Kältetherapie sind ineffektiv. Alles was teuer angeboten wird, ist in der Regel unnötig für den Betroffenen (IGEL).

Akutschmerz bei chronischen Schmerzzuständen (Funktionelle Körperbeschwerden) benötigt in der Regel keinen Behandler, da diese Episoden dem Betroffenen meisten bekannt sind, insbesondere keinen für die 46. Schmerzspritze, Infiltration eines örtlichen Betäubungsmittels, Quaddeln, Einrenkung oder Überweisung zum „Spezialisten“.

Grundsätzliche Bedingung ist die angemessene Untersuchung – an der fehlt es in der Regel – der Hausarzt hat keine Zeit – obwohl er es kann, der Orthopäde gibt Voltaren und röntgt: Schmerzen werden als Schmerzen behandelt, egal welcher Begründung

oder Ursache; eine einzige existiert meistens nicht, bei Vorliegen mehrerer Schmerzregionen spielt zudem die „Ursache“ **keine Rolle** mehr.

Periphere Schmerzen sind zu behandeln, falls sie ansprechen.

Je nach Ausprägung und komplizierenden Faktoren können diese Schmerzzustände auch hausärztlich behandelt werden, falls er sich mit chronischen Schmerzen beschäftigt hat – die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ ist leider dazu wenig hilfreich – hier werden doch nur periphere organische Veränderungen behandelt – nach Ausfüllen eines seitenlangen Fragebogens. Überweisung sollte nur bei unsicherer Diagnose erfolgen, zum Rheumatologen, zum Neurologen zum Ausschluss von Erkrankungen dieser Gebiete, orthopädisch nur einmal mit einem Röntgenbild.

Sog. Red flags kann der Hausarzt selbst ausschließen, d. h. erfassbare schwerwiegende Symptome.

Rückenschmerz ohne erfassbare Ursache (> 90 % aller Rückenschmerzen) sollte nur nach Überprüfung der psychosozialen Situation interdisziplinär der Behandlung zugeführt werden; die Bildgebung spielt bei der Diagnose nur eine sehr untergeordnete Rolle; ein Bandscheibenvorfall ist nur nach Zweitmeinung und der Versorgungsleitlinie (NVL) zu behandeln, in ca. 50 % der Fälle macht dieser keine Beschwerden – obwohl bei einer Protrusion (Vorwölbung), einem Vorfall OHNE neurologische Symptome im Bein, den Beinen, generell aber alle Beschwerden darauf zurückgeführt werden: ihr MRT-Bild soll wohl nicht behandelt werden...

Falls schädigungs-ähnliche Symptome hinzutreten, passieren diese auf der erhöht empfindlichen Ebene – und das ist zu beachten: der Betroffene „übertreibt“ nicht – nur sollte man von einem Bandscheibenvorfall ohne Neurologie die Finger lassen – NUR Schmerzen können nicht operiert, d. h. verbessert werden – allenfalls für 3–6 Monate, der Placebo-Effekt ist nach Operation besonders wirksam. Danach liegt das gleiche Schmerzbild wie vorher vor – oft mit Verschlimmerung.

Es ist darauf zu bestehen, dass Schlafstörungen, Stressbelastungen, andere Erkrankungen in jedem Fall und andauernd zu beachten sind. Bewegung und eigene Übungen sind laufend anzuwenden, mindestens 1–2 Jahre lang. DAS ist ja das Problem, die sichere, andauernde Eigeninitiative, die eigene Verantwortung.

Medikamente können in begrenzter Weise hilfreich sein, sind aber ohne Selbstbehandlungsstrategien wertlos. Akute Rückenschmerzen, wenn sie bei Ihnen immer wieder auftreten, können Sie selbst behandeln – sie benötigen keine Spritze beim Orthopäden nach 2–3 Stunden Wartezeit, nehmen sie selbst ein Schmerzmittel oder zwei – die Wirkung tritt auch nach 20–30 Minuten ein. 500 mg Aspirin (ASS) sind wirkungslos, ebenso die gleiche Menge von Paracetamol oder Novalgin (verboten in Schweden und der Schweiz wegen möglicher Blutbildschädigung).

Schmerzüberempfindlichkeit als Teil ausgeweiteter Körperschmerzen u. a. ist mit niedrig-dosiertem Amitriptylin (2–4 Tropfen, d. h. 4–8 mg) ausreichend zu behandeln (MERKE: 1/3 der üblichen Dosis reicht bei diesen Betroffenen!); Pregabalin Blockierung einer Untereinheit des NMDA-Komplexes – Vorsicht Gewöhnung!, mit Neurotransmitter-Wiederaufnahmehemmern (Duloxetin) zur Verstärkung der körpereigenen Schmerzhemmung anzugehen.

Die Schmerzausweitung und -verstärkung bedeutet ein reales neurobiologisches Phänomen, das bei vielen schmerzhaften Gesundheitsstörungen eine Rolle spielt – vielen Klinikern erscheint das heute noch unwahrscheinlich, diese ziehen es vor, sich an **diffusen Etiketten** zu orientieren, wie psychosomatische „Erklärungen“ wie somatoforme oder Schmerz-Störung, wobei zusätzlich zu beachten ist, das psychologische und/oder psychosomatische Erwägungen „Schmerzen“ nicht erklären können.

Die Neurobiologie hat eine andere Sichtweise – Schmerzen sind das, was der Betroffene fühlt (Eisenberg, Spitzer). Unsere Betrachtungsweise ist die, dass wir sie „nachweisen“ wollen, aber nicht (mehr) „müssen“ (DSM-5).

**Hier hat die Schilderung der Betroffenen Vorrang.
Nur die Funktionsbeeinträchtigungen sind im
Gesamtbild zu sichern. Sammeln von Beschwerden
führt NICHT zu Diagnosen, die Beeinträchtigungen
sollten erkennbar bewertet werden.**

DIE Wahrheit gibt es also nicht.

Manchmal wirkt gar nichts, falls etwas sich als wirkungsvoll erweist, zeigt es keine länger anhaltende Wirkung, was beim einen hilfreich ist, ist beim anderen ineffektiv.

So geht es um individuelle, angepasste Behandlung, überspitzt formuliert, für jeden anders.

Von der Stange geht gar nichts, es gibt auch nicht DEN Behandler, DEN Wunderkneben, auch nicht den an der holländischen Grenze, der seine Praxis um 6 Uhr morgens öffnet, die Schlangen von Schmerz betroffenen warten schon, um eine Spritze in die Schilddrüse zu bekommen, sie verlassen die Praxis über den Hinterausgang, da vorn die Patienten/Kunden nachdrängen. Cash inne Täsch, sagen wir im Revier.

Auch die Spritzen-Künstler in Bad M. können nicht helfen, wenn ja, als 4–6 Wochen andauernder Placebo-Effekt (der sehr wirksam sein kann). Vorsicht vor Behandlern,

die mit dem Nocebo-Effekt arbeiten (d. h. Katastrophe an die Wand malen, falls sie Vorschlägen nicht zustimmen): „Falls Sie sich nicht operieren lassen, kommen sie in einem Jahr im Rollstuhl wieder...“

Solche, die einfach behandeln ohne zu erklären oder nicht auf Nebenwirkungen hinzuweisen ... Eine Zweitmeinung nicht zulassen ... Die mit ihrer vermeintlichen Kompetenz sie mundtot machen...

Andere Betroffene konvertieren zum Veganer oder zum Ernährungskünstler. Extreme, ausschließliche und einseitige Methoden sind nie zu empfehlen.

- Schmerz-Reduktion – wie viel ist möglich?
- **Erreichbares Maximum von ca. 30 % an Schmerzlinderung gilt bei Kombination der unten genannten Methoden für den Durchschnitt der Betroffenen, es kann auch mehr oder weniger sein; diese Zahlen sind nicht für den Einzelnen relevant! (Tölle, Häuser).**
 - a) Schmerzmittel: Linderung bis zu 15 % für starke Opioide, ca. 11 % für schwache, ca. 9 % für andere (Novalgin, Aspirin, Paracetamol, Ibuprofen/Diclofenac/Naproxen) – Vorsicht Nebenwirkungen
 - b) Psychotherapie Linderung ca. 5,5 %
 - c) Physiotherapie ca. 4,5 % (Schmerzlinderung wird regelmäßig überschätzt)

Nur das Zusammenwirken kann wirksam sein. Unerlässlich ist die Behandlungsmotivation und die Selbstbeteiligung – ohne die läuft gar nichts.

Die Unterschiede zwischen a), b) und c) sind eher nur statistischer Art; KEINE Behandlungsmaßnahme ALLEIN zeigt wesentliche Verbesserung der durchschnittlichen Schmerzintensität.

Das bedeutet, dass Opioide allein unzureichend sind, man benötigt so einen mehrere Disziplinen umfassenden Behandlungsansatz für den chronischen Nicht-Krebs-Schmerz.

Hier gilt wieder der sog. multimodale Behandlungsansatz (mindestens 100 Stunden Therapie): eigenmotivierte Strategien, Stressbewältigung, Wärme (falls akzeptiert, evtl. Kälte), Ausdauersport, falls notwendig psychotherapeutische Sitzungen und/oder Erlernen von ACT (Methode der Achtsamkeit); siehe auch KVT, die sog. Kognitive Verhaltens-Therapie (Bewältigungsmaßnahmen; nur, Schmerzen kann man nicht „wegdrücken“).

Folgerung: Schmerzmittel sollten nur, dem Betroffenen angepasst, für kurze Zeit angewendet werden.

Die oben genannten Prozentzahlen bedeuten aber, wenn man genau liest, nur Durchschnittswerte, wobei ich glaube, dass viele Betroffene sehr wohl davon profitieren, da der Durchschnitt wohl eine Minderzahl darstellt.

So ergibt sich die Konsequenz: falls ein Behandlungskonzept sich als erfolgreich zeigt, mache ich weiter, falls nicht, muss ich mir etwas anderes einfallen lassen und unter Umständen die Diagnose überprüfen.

Eine oft wenig beachtete Eigenart von Studien ist die, dass einer bestimmten Verbesserung eine Anzahl von Teilnehmern mit Abbruch der Studie wegen Nebenwirkungen gegenüberstand, die dann im Ergebnis nicht auftauchen.

Nachwort:

Da chronische Rückenschmerzen zunehmend als gemischte Schmerzform betrachtet werden (nozizeptiv und überwiegend neuropathisch) hat sich das Medikament Pregabalin (ein abgewandelter Ca-Blocker, s. o.) in den Vordergrund gespielt: ein Vorteil gegenüber Schmerzmitteln und Placebo war nicht zu ersehen, allerdings traten Benommenheit, Müdigkeit, Einschränkung von Tätigkeiten mit Konzentrationsleistung, Sehstörungen vermehrt auf.

Zu betonen ist die Gefahr von Abhängigkeit bei der leider üblichen langfristigen Verschreibung und Gebrauch.



Zum Mitschreiben:

Die gesamte Wirbelsäule kann ohne Veränderungen, also „jungfräulich“ sein, und sich stark schmerzhaft zeigen, andererseits kann sie sich beim Röntgen als „Trümmerhaufen“ zeigen und trotzdem SCHMERZFREI sein.

Aber: Einsamkeit, sozialer Rückzug, soziale Isolation können verheerende Auswirkungen haben, es ist so schädlich wie 15 Zigaretten täglich, hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und Lebenserwartung, ebenso wie Diabetes, Bluthochdruck und erhebliches Übergewicht, besonders im Alter.

Das Problem ist ernst, im UK (dem Vereinigten Königreich) gibt es ein Ministerium zur Bearbeitung dieser Probleme.

Das Phantom

Schmerzemfinden/-erleben in einem amputierten Arm- oder Beinteil, das nicht mehr vorhanden ist; hierbei werden Hirnteile, die für die Versorgung zuständig sind, „verschoben“, da sie in der Peripherie keinen Partner zur Versorgung mehr vorfinden. Man unterscheidet dabei

- Stumpfschmerzen, durch Sauerstoffmangel, entzündlicher Begründung, Geschwulst am Knochenende (Kallus), Prothesendruck, Neubildung eines Nervenknäuels (Neurinom), neuro-muskuläre Trigger Punkte in der Stumpfmuskulatur
- den eigentlichen Phantomschmerzen, die vom bisher nervenversorgenden Hirnteil in die nicht mehr vorhandenen Teile geleitet werden; keine Rückmeldung aus den fehlenden Teilen möglich
- unterscheidet Phantomgefühl (-sensation) und real empfundene Phantombewegungen; mit Telescoping meint man Schmerzen von Teilen des Phantomglieds, Finger oder Zehen, können auch direkt am Stumpf beginnen

Schmerzen werden so außerhalb des Körpers empfunden.

Phantomschmerzen wurden auch bei Verlust anderer Körperteile beschrieben, diese Vorgänge sind aber nicht schlüssig belegt.

Mögliche Schmerz-Begründungen: Erscheinen nach starken Schmerzen vor der Amputation, Schmerzen während der Operation – deshalb Allgemeinnarkose plus Regionalanaesthesie!, sowie starke postoperative Schmerzen.



Entscheidend ist nun, dass repräsentative Hirnareale für die Extremitäten, Hand, Fuß, Finger keine Signale (Input) mehr aus der Peripherie erhalten, sich deshalb verschieben und Schmerzen produzieren.

Chronische Schmerzen entstehen durch Lern- und Gedächtnisvorgänge; hierbei spielen u. a. die Amygdala, das Vorderhirn (PFC), das Gebiet vor dem Balken (ACC) und der Hippocampus entscheidende Rollen.

Schmerzvorgänge können auch ausgelöscht werden, das kann durch „Zurückverschieben“ der Hirnareale geschehen, die für die Versorgung von deren peripheren Zielfeldern (Arm, Bein, Finger, Zehen, Hand, Fuß) zuständig waren und nun durch Amputation und damit Verletzung(en) großer und kleiner Nerven fehlen, auch diejenigen für die Versorgung z. B. der Arterien/Venen/Weichteile.

Beispiel:

Es handelt sich um einen komplexen Fall von Unterschenkel-Teilamputation mit Nervenverletzungen, Verschiebung und Anpassung, Veränderung von Hirnteilen (neuroplastisch), die vor der Amputation unterhalb des Knies das Bein versorgten. Hinzu war eine langjährige Infektion getreten (Osteomyelitis).

Unterhalb der amputierten Stelle berichtet der Betroffene von einem „Phantomgefühl“, aber auch, phasenweise, von Schmerzempfinden.

Davon abzugrenzen ist ein Stumpfschmerz, besonders bei Wärme und Druck wird er als unangenehm-nervig, ziehend, an- und abschwelldend beschrieben. Es ist zudem davon auszugehen, dass sich im Stumpf kein Neurinom (Nervengeschwulst) befindet.

Von der Knöchelregion abwärts, den gesamten linken fehlenden Fuß umfassend, wird Phantomschmerz mitgeteilt. Im Stehen schmerzen alle „Zehen“, er habe das Gefühl von Anschwellung des Fußes, auch ziehender und brennender Art; im Sitzen punktförmig, unangenehm schmerzendes/juckendes Empfinden an mehreren Stellen des Phantomfußes, aber eher intermittierend; im Liegen würden die Schmerzen reduziert erlebt, gedämpfter; beim Gehen verspüre er stärksten Druck auf die Kniescheibe („Resektion“ sei ihm vorgeschlagen worden): er empfände den Schmerz „dort“, immer als akut, er müsse sich dann wiederholt zwingen, sich nach 10–15 Minuten Gehen hinzusetzen und eigentlich seine Prothese (mit Kniebremse) abzunehmen.

Ohne Hilfe (Ehefrau) könne er das Haus nicht mehr verlassen. 1-mal im Monat träten die ganze Nacht durch im Liegen Akutschmerzen auf, sonst >1/2 Stunde tagsüber.

Typisch für ein Phantom sind intermittierend auftretende Schmerzen; Dauerschmerzen sind als nozizeptiv anzusehen.

Lästig seien unbeeinflussbare Stumpfbewegungen, wie Stumpfschlagen/Springen nach oben vorn.

Der Stumpf ist mit neuro-muskulären Trigger Punkten durchsetzt, er ist hypaesthetisch (empfindungs-gemindert) bei Prüfung mit dem 10 g-v.Frey-Haar, mit einem anaesthetischen (schmerzfreiem) Areal von ca. 5x3 cm Durchmesser am körperfernen Stumpf-plateau selbst.

Wesentlich ist der andauernde Stumpfschmerz mit drückender, dumpfer, ziehender Qualität mit Verschlimmerung bei der Prothesenbenutzung.

Phantomschmerz erscheint episodisch, nur 1/4 der Betroffenen klagen über Dauerschmerzen, 1/4 einige Male täglich.

Nervenverletzungen werden häufig von furchtbaren, manchmal therapieresistenten Schmerzen begleitet.

Amputationen führen meistens nicht zur erhofften Schmerzfreiheit. Wiederholte Stumpfanschwellung hält den Betroffenen hier tagelang in der Wohnung fest.



CMD – Funktionsstörung im Mundhöhlen-Kiefersystem

Kiefergelenk-Schmerz-Problematik liegt oft parallel, gleichzeitig bei chronischen Schmerzzuständen vor.

CMD – die Cranio-Mandibuläre Dysfunktion (wörtlich: Schläfenbein-Oberkiefer- Funktionsstörung)

Es geht um die Steuerung durch Nerven: der Zähne, der Muskeln, des Parodont (des Zahnaufhängesystems) und des Kiefergelenks. Diese Funktionseinheiten nennt man auch Stomatognathes System (von Stoma: Mundhöhle und „gnatho“, sich auf das Kiefergelenk beziehend).

Veränderungen, Beeinträchtigungen sind viel wichtiger, als man so denkt.

Es ist auch entscheidend für die Funktion der Atmung, der Ernährung, des Sprechens, der Mimik und der Sexualität. Es ist offensichtlich, welche Erkrankungen sich in der Zahn-/Mund-/und Kieferheilkunde ergeben können.

Ich nenne die Zähne mit ihren Okklusionsflächen (Kontaktflächen der Zähne), die Parodontien, die Kaumuskulatur, die Muskeln ober- und unterhalb des Zungenbeins (einschl. der Mundhöhle). Hierzu gehören noch die Hals- und Nackenmuskeln, die Zunge, die Kiefergelenke, die Mundschleimhäute, die Schädelknochen (Ober- und Unterkiefer), die Speicheldrüsen, die mimische Muskulatur (Gesichtsausdruck), verschiedene Nerven, die zuleitenden Nerven zu diesen Organen und die zum zentralen Nervensystem hinführenden.

Das gesamte System ist an der statisch korrekten Ausrichtung des Halte- und Stützsysteams (der geraden Haltung) mitbeteiligt; der korrekten Stellung von Ober- und Unterkiefer über die Faszien- und Muskelkräfte an der Kopfhaltung und damit an der Haltung der Wirbelsäule und der Beine und Arme.

Aber auch orthopädisch relevante Fehlstellungen (u. a. eine Beinverkürzung) können zu sog. Fehlbisslagen mit Beeinflussung der oben genannten Steuerungskreise führen.

Schon durch Deformation der Schädelknochen bei der Geburt, Missbrauch von Saugern, Herumkauen auf harten Gegenständen, ausschließlich Mundatmung, Zahn- und Kieferfehlstellungen, viele (gutgemeinte) zahnärztliche Behandlungen führen kaum

zu Schäden wegen der unerhörten Korrekturfähigkeit des ganzen Systems. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt die Anpassungs-/Wandlungsfähigkeit des muskulären/faszialen Systems.

So wäre die genaue Bezeichnung dieser „Fehlfunktion“ der genannten Veränderungen des Systems Dento-gnatho-Myo-Arthro-Neuro-Psycho-Okklusiopathie zu nennen (Zahn-Kiefer-Muskel-Gelenk-Nerven-Psycho-Zahnverschluss-Krankheit), und zwar wegen der Mitbeteiligung der psychischen Komponenten oder gar der psychischen Begründung(en).

Auch bei normalen Belastungen kann es zu Folgeschäden kommen, auch Schädigungen in der Halsregion, Überempfindlichkeiten und Dauerschmerzen können zu Veränderungen führen.

Auch das Parodontium reagiert (s. o.). Die gesamte Muskulatur verändert sich, auch die Mundboden-, Nacken- und Rückenmuskulatur. Zudem ist u. a. das Kiefergelenk mitbeteiligt. Wegen der guten Nervenversorgung (Trigeminus, hin und her – efferent und afferent) kann es zu lokalen und ausstrahlenden Schmerzen im gesamten Kopf- und Gesichtsbereich kommen (und zur Vorstellung beim HNO-Arzt) mit akuten und chronischen Schmerzen.

Durch die bekannten Verkettungen der Muskulatur über die Faszien­schläuche sind weitreichende Auswirkungen möglich.



Fehlfunktionen wirken sich aber auch auf den gesamten Körper aus, also auch auf sozialer, psychischer (emotioneller) und psychosomatischer Ebene.

So kann man das gesamte System u. a. als übergreifende Schmerzursache betrachten.

Ein besonderer Aspekt sind die nächtlichen Ereignisse (Parafunktionen genannt): Knirschen mit den Zähnen (Bruxismus), Pressen der Zähne gegen-

einander, gegen die Weichteile, der Wangen, der Lippen oder der Zunge gegen die Zahnreihen (eine Routine-Untersuchung bei chronischen Schmerzzuständen!) und das Weichteileinsaugen oder -aufbeißen.

Dies erfolgt unbewusst mit unglaublicher Kraftanstrengung, aber auch tagsüber mit Halten von Werkzeugen/Nägeln, Herumbeißen auf Gegenständen, wie Schreibstifte, Fingernägel, Öffnen von Flaschen. Oft liegt die Ursache in psychischen, emotionalen Vorgängen, da das Netzwerk Gehirn nachts „aufräumt“, alles verarbeitet, verschiebt und evtl. speichert, besonders die Verarbeitung von Tageseindrücken, Erlebnissen, ungelösten Problemen.

Die Komplexität der Systeme (fachübergreifende Untersuchung und Behandlung) zeigt sich durch die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen; Ziel ist die Entlastung der Systeme, auch durch psychologische Maßnahmen.

Zahnärztlich stehen Aufbisshilfen und so die Dämpfung der Kraftspitzen im Vordergrund.

Durch Verwendung von Aufbisskissen lässt sich schnell erkennen, ob die Beschwerden möglicherweise durch Fehlstellungen in diesem System verursacht werden.

CMD erscheint aber auch im Rahmen Funktioneller Körperbeschwerden, nicht zuletzt bei Kopfschmerzen vom Spannungstyp (drückend, beidseitig).

Behandlungsmethoden: Mobilisation der Kiefergelenke, Massagen, Muskel-/Faszien-
dehnung, Koordinationsschulung der beteiligten Muskulatur, manualtherapeutische
und physiotherapeutische Maßnahmen, Selbstübungsprogramme, Stabilisierung der
Kiefergelenkseinheit, Wärme- und Kältetherapie; evtl. TENS-Anwendung; kognitive
Verhaltenstherapie und Meditation im Rahmen der Methode der Achtsamkeit.

Medikamente: Versuch mit einem Coxib. Versuch mit Botox bei extremen Muskelver-
spannungen (Kaumuskulatur); also sind fachübergreifende Behandlungsmaßnahmen
zwingend notwendig.

Durch Probleme im CMD-System können auch sich ausweitende Schmerzen ausge-
löst werden, sodass umfassende Betrachtung notwendig wird, auch evozierbar durch
Okklusionsstörungen, fehlende Stützpfeiler in der Zahnmedizin.



„Schwindel“ – Versuch einer Übersicht

Schwindel, nicht „Schwindeln“ bedeutet ein riesiges Problem – real, beeinträchtigend, belastend, kaum fassbar, mit Sorgen vor einem Sturzereignis – es sei denn, ein klares Krankheitsbild liegt vor. Die Ursache(n) finden sich in mehreren zu beschreibenden Veränderungen/Störungen. Auf die Erfassung ist besondere Sorgfalt und Zeit zu verwenden.

Ich betone, die Diagnosen stellen sich nicht durch zahlreiche Messungen mit vielen Apparaten! Hier macht's die ausgeweitete Kenntnis und Erfahrung.

- Die Beeinträchtigungen können derart erheblich sein, dass das Alltags- und Berufsleben nur noch eingeschränkt möglich ist; die Ursache(n) können nur durch mehrere Fachgebiete (fachübergreifend) bearbeitet werden.

Der HNO-Arzt kümmert sich z. B. um die Störungen des (peripheren) Gleichgewichtsorgans (im knöchernen Felsenbein, hier findet man auch Entzündungen und Geschwulste, die 3 Bogengänge mit ihrem Inhalt – der Lymphe, der Schnecke – dem Hör-Sinnesorgan). Informationen aus dem Gleichgewichtsorgan werden in den Hirnstamm geleitet.

Zusammengefasst können Schwindelerscheinungen bei Erkrankungen des Innenohrs, des Gleichgewichtsorgans und seiner Nervenbahnen sowie im Rahmen funktioneller Störungen entstehen. Aber auch infolge Hirnstamm- und Kleinhirnfarkten und -blutungen.

Schwindelattacken können Sekunden bis Minuten, aber auch bis zu Stunden und Wochen anhalten; zu differenzieren ist Dauerschwindel, wobei neben dem Gleichgewichtsorgan die Kleinhirn-Gehstörung und der Funktionelle Schwindel zu beachten ist. Dieser kann andauernd auftreten, als Schwankschwindel sich zeigen und angstbetont (Phobien) sein, auch als „Benommenheitsschwindel“ mit Gang- und Standunsicherheit. Vermehrte Selbstbeobachtung des Gleichgewichtssystems soll eine Rolle spielen, besonders nach einem Schwindelereignis.

Wichtig erscheint mir, nach gleichzeitig parallel auftretenden Erkrankungen zu forschen. Der Funktionelle Schwindel („ohne“ organische Ursache) ist eine beeinträchtigende Erkrankung, wie bei allen chronischen Gesundheitsstörungen, mit psychosozialen, arbeitsplatzbezogenen Folgen und Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

Folgende Erkrankungen in diesem Gebiet können schwindelverursachend sein: Mittelohrerkrankungen, der M. Meniere (Schwindel mit Tiefton-Erniedrigung), der gutartige anfallsartige Lagerungsschwindel, Drehschwindel und Erbrechen bei Nervenschädigung, die sog. Migräne (die häufigste Ursache wiederholter Schwindelattacken).

- Ca. 2/3 aller erlebten Schwindelformen sind durch Apparate-Messungen nicht zu sichern. Sind Sie hinsichtlich ihrer Diagnose unsicher; suchen Sie eine gute neurologische Praxis oder eine Klinikambulanz auf, von denen Sie wissen, dass Spezialisierung auf „Schwindel“ vorliegt. Denken sie an die Chronifizierung Ihrer Symptome. Neuerdings finden sie sog. Schwindel-Ambulanzen in Universitätskliniken (u. a. Essen, Grobhadern).
„Schwindel“ ist nur fachübergreifend zu erfassen (HNO, Neurologie, Psychiatrie/ Psychosomatik). Die Untersuchung benötigt ca. 2–3 Stunden an Zeitaufwand.

Nicht jedes Gefühl wie „Schwindel“ (Dusseligkeit im Kopf) muss mit einer Diagnose versehen (etikettiert) werden.

Diese Schwindelformen sind nicht durch Messungen, Apparate erfassbar, dauern oft Jahre an mit besonders lästigen, beeinträchtigenden Symptomen, die psychosozial und arbeitsplatzbezogen den Tagesablauf, die Leistungsfähigkeit, die seelische Gesundheit und die allgemeine Lebensqualität mindern/beeinträchtigen.

Bei Schmerzproblemen sind es oft die Schwindel-/Gleichgewichts-/Ohnmachtsgefühle, die Symptome der gleichzeitig vorliegenden Parallelerkrankungen sein können. Hier sind besonders Schwindelzustände bei Angsterkrankungen zu nennen. Man sieht besonders häufige, unergiebigere Arztbesuche, unergiebigere Apparateuntersuchungen und windige „Diagnosen“ wie „von der HWS“, „Durchblutungsstörung“ mit den entsprechenden „Behandlungen“.

Ohne exakte Diagnose kann „Schwindel“ auch nicht versorgungsrechtlich, rentenrechtlich bewertet werden, obwohl der Betroffene erheblich darunter leidet und beeinträchtigt ist.

Es können auch Symptome von „nicht-epileptischen Anfällen“ vorliegen. Zu denken ist auch an eine Krankheits-Angststörung. Es gibt eine Gruppe von Betroffenen mit mannigfachen Symptomen, aber ohne erfassbare Funktionsbeeinträchtigungen. Eine andere Gruppe fasst man unter einer Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen zusammen.

Gleichgewichtsstörungen mit Gehunsicherheit können auch episodisch vorkommen. Schwindel bei Lagerungsschwindel ist selbstmotiviert zu behandeln – fragen sie ihren HNO-Arzt.

Vorliegen kann:

- Schwankschwindel, Unsicherheit, „Dusseligkeit“ im Kopf, Schwindel mit Fallneigung? – Mit Sturzereignissen?
- Schwindel, Drehschwindel – nach rechts oder links, nach vorn? Nach hinten?

Fragen/Befunde:

- Erschien plötzlich, verschwand nach 6 Monaten.
- Keine Untersuchung ergibt etwas Fassbares?
- Wer hat den Schwindel produziert?
- Etwa eine Mikroangiopathie, die kleinen Hirnadern betreffend?
- Eine psychiatrische Störung?
- Eine andere unbekannt organische Störung?
- Gleichgewichtsstörung? mit Übelkeit?
- „Zervikaler“ Schwindel, Ohnmachtsgefühl bei Panikattacken?
- Tragen einer (neuen) Gleitsichtbrille?
- Vorliegen einer Polyneuropathie?
- Unterzuckerung?
- Akute Durchblutungsstörung der Hirnschlagadern (TIA)?
- Neigung zu Kreislaufbeeinträchtigungen?
- Blutdruckabfall beim Aufstehen oder bei langem Stehen?
- Herzrhythmusstörung? Vorhofflimmern?
- „Blumenreiche“ Schilderung der Symptome?

Etwas zur Diagnosestellung: der am häufigsten vorkommende Schwindel ist der sog. „funktionelle“, ähnlich körperbezogener Beeinträchtigungen, davon zeigen 2/3 im Verlauf Besserung, obwohl er sehr hindernd, belastend auftreten kann.

Neurologisch gibt es bei den genannten Schwindelformen keine Methoden der Erfassung, die „echt“ neurologischen müssen und können ausgeschlossen werden, z. B. ein heftiger Dauer-Drehschwindel mit Scheinbewegungen der Umgebung, Gangstörung und Fallneigung, auch mit Übelkeit und Erbrechen, Dauer Tage bis Wochen; der gutartige Lagerungsschwindel; der mit Schwankschwindel, mit Gangunsicherheit, Auftreten im Dunkeln und auch bei Unebenheiten.

Parallel zu anfallsartigen Schwindelattacken können auch Hörminderung, Tinnitus auftreten.

Vergessen sie bitte den „Schwindel“, der seinen Ursprung, seine Begründung „in der HWS“ habe. Dieses Konzept ist unausrottbar.

**Schwindelsymptome sind oft sehr REAL
und belastend. Seien sie offen für eine umfangreiche
Diagnostik (der Psych.-Gebiete). Ihre Mitarbeit ist
dabei unabdinglich und dringend erwünscht.**

Nehmen Sie NICHT ohne Untersuchung/Beratung: Diazepam, MCP oder Promethazin!

Vorsicht „Einrenken“ ohne Röntgenbild, der Behandler schleicht sich hinter sie und „ruckt“, ohne Information (Komplikationen! Gefahren!) und Warnung. DAS ist Körperverletzung!

- Schwindel wird so oft als Gangunsicherheit. z. B. bei klarem Kopf erlebt, ausgelöst durch Bewegungen, Gehen, nicht durch Kopfbewegungen; es liegt auch keine Übelkeit oder Erbrechen vor. Mitgeteilt wird „als ob ich in Watte gehe“, „ins Leere träte“. Schwank-Schwindel kann nicht auf Ursachen „in der Halswirbelsäule“ – so immer noch viele Orthopäden – zurückgeführt werden.



Krebsgeschwulste und ihre Absiedlungen können Schmerzen begründen

Bei Mitbeteiligung von Nerven, Gewebeveränderungen, Kompression, Einwachsen in die Nachbargewebe kann es zu Schmerzen kommen.

In naher Zukunft werde ich einen Blut-Test vor jeder Diagnose-Anstrengung eines chronischen Schmerzzustands empfehlen; diese Tests zum Aufspüren der häufigsten Krebsformen sind inzwischen marktreif und werden die Krebsdiagnostik und -behandlung revolutionieren.

Krebs ist eine Erkrankung des Erbguts, d. h. der Bausteine der Gene und der 2. Ebene, dem Epigenom – schaltet Genfunktionen an und ab.

Zur Erkrankung sind mehrere Defekte im Erbgut notwendig. Stress und die Psyche sind KEINE Krebsursachen, es gibt keine „Krebspersönlichkeit“ – die seelische Verfassung ist hinsichtlich der Krebsentstehung ein Mythos. Mit diesen Behauptungen ist es leicht, Geld zu schneiden. Sogenannte „Krebsgene“ haben wichtige Aufgaben im intakten Zustand: erst bei Mutationen (Veränderungen) werden sie zur Krebsursache.

Aktuell geschieht eine medizinische Revolution, nicht nur laufende, sondern auch zukünftige Krankheiten können im Blut entdeckt werden, nicht nur ein Krebs durch die 5 großen Killer wie Brust- und Eierstock-, Lungen-/Darm-, Prostata-Krebs: **diese Zukunft findet heute schon statt**. Warum investieren Bill Gates (Microsoft) oder Jeff Bezos (Amazon) jeder 100 Millionen Dollar, sowie andere viele 50 und mehrere 10 Millionen in diesen Markt?

In 1–2 Jahren wird vor der Diagnose eines Primären Schmerzzustands ein Krestest anzuwenden sein, da im Durchschnitt 1/4 der Erwachsenen (25 %) davon betroffen sein können. Dabei geht es um die 5 großen Hauptformen der Krebserkrankungen, es gibt 230 Krebsarten (also seltene und sehr seltene eingeschlossen). Die entdeckten Krebsformen können allerdings so winzig sein, dass sie herkömmlich mit keiner Methode (noch nicht) entdeckt werden können.

Dies bedeutet (aber) eine Revolution in der Medizin hinsichtlich der Diagnostik, Behandlung und Behandlungskontrolle, wie es sich ja schon bei Schwangeren bei der Diagnose von Behinderungen und anderen Erkrankungen äußerst positiv gezeigt hat (u. a. beim Down-Syndrom und anderen Trisomien (drei Sätze der Erbanlagen) und Deletionen (Fehlen erheblicher Stücke der Erbanlagen)).

Einige Infos dazu werden den Leser wohl interessieren. Die Verbindung zum Schmerzgeschehen ergibt sich von selbst.

Unsere Gene (20 600) werden unterschiedlich genutzt: jeder Zelltyp (Leber-, Muskel-, Netzhaut-, Sinnes-, Immunzelle) greift nur auf einen bestimmten, für sie vorgesehenen Anteil an Erbanlagen zurück.

Die Erbanlagen sind in Eiweiße verpackt, dem 2. Gensystem; hier steckt viel verdeckte Information, da von den 4 Bausteinen der Erbanlagen (davon gibt es etwas mehr als drei Milliarden) zwei chemisch durch eine bestimmte Gruppe besetzt sind (einer Methylgruppe). Das Erbgut ist übersät mit solchen Gruppen.

Genetiker bezeichnen diese Gruppen als Epimarks mit der Aufgabe, Gene in ihrer Funktion zu **blockieren** (aktive Gene sind frei davon).

Hier liegt auch der Schlüssel für Geburt, Jugend, Altern und Sterben, die Abfolge von Generationen. Es existiert so ein weiterer Steuerpunkt für die Körperzellen.

Dieses Epigenom ist sehr empfindlich: es reagiert auf Stress, Übergewicht, psychische Traumata, Gewalterfahrungen, da die Hirn-Erbanlagen besonders empfindlich sind.

Die untergegangenen Anteile des Erbguts sind das Etikett für die Herkunft. Nicht nur aus Krebsgeschwulsten, sondern auch WO erhöhte Empfindlichkeiten eine Rolle spielen. Man kann nun Veränderungen bei Depression im Gehirn finden; bei missbrauchten Kindern erscheinen veränderte Muster auf Genen, die an Stressreaktionen beteiligt sind, also auch bei Vernachlässigung, Ausgrenzung. Davon konnten wir vor 6–8 Jahren nur träumen.

Sie sehen, wie wichtig diese Aspekte bei der Aufnahme der Krankengeschichte sind, da sie ein **Risikofaktor** für Dauerschmerzen im Erwachsenenalter sein können.

Nun können wir demnächst auch harte Beweise finden.

All dies ist Ihnen nun schon sicher bekannt und dient als Wiederholung für Sie.

Auch bei der Alterung findet man Veränderungen, zudem bei äußeren Einflüssen wie Stress, Ernährung, Lebensstil – entscheidend ist aber zu wissen, dass diese nie die eigentliche Information in den Genen beeinflussen!

Umweltfaktoren wirken NIE auf das erste Erbgut (Gene). Änderungen (Mutationen) geschehen u. a. nur bei der Zellteilung, durch Gifte, Substanzen beim Rauchen, manche Schimmelpilze, Radioaktivität, UV-Strahlung und manche Viren bei Virusinfektionen.



Wir können nun Erbmoleküle im „Blut entdecken“, denn dort befindet sich Material aus sämtlichen Organen, vom Ungeborenen, aus Krebsgeschwulsten und deren evtl. Absiedlungen, Metastasen genannt, mit anderen veränderten Zellen als der Ursprungstumor.

Aktuelle Erkenntnis: Wir haben **80 %** der Patienten mit Medikamenten behandelt, die bei ihnen gar nicht wirken konnten.

Das gesamte Krebsgeschehen wird von nur **140–200 Erbanlagen** bestimmt; beim einzelnen Patienten sind in der Regel nur eine Handvoll von Mutationen beteiligt. Wir wissen, dass bald eine Minderung von Krebstoten um **75 %** möglich sein wird.

Das oben genannte Epigenom (ein Muster von chemischen Veränderungen in den Erbmolekülen), das das Ablesen des genetischen Codes und die Eiweißsynthese blockieren kann, kann auch aus dem Ruder laufen, sodass die Zellteilung und die Reparatur der Erbsubstanz (DNA) derart geschädigt ist, als ob eine Schädigung durch Mutation vorliegen würde.

Auch diese Defekte erzeugen Spuren im Blut, aber nicht nur durch welchen Tumor! – sondern auch **in welchem Organ!**

Die Spitzenforschung arbeitet an der Verfeinerung der dazu notwendigen Methoden. Aktuell werden 50 bis 75 % dieser Spuren an tatsächlich Krebskranken durch die sog. Liquid Biopsie (wörtlich Flüssige Gewebeprobe) gefunden.

Diese Blutprobe bildet das gesamte Spektrum der Veränderungen in allen Krebszellen ab.

Wann werden die ersten Spuren erfassbar? Bei 50 Millionen Krebszellen = einem Gewebekügelchen von ca. **1/10 Gramm!**

Krebszellen entstehen durch Mutation, d. h. der Variantenbildung von Erbanlagen, dem Überlebenskampf dieser und ihrer Auslese.

Sie geben die Anweisungen an ihre Tochterzellen weiter: es geht so um das Ergebnis einer Mischung von Vererbung, Entwicklung, Umwelteinflüssen und Zufall. Die Tochterzellen, die Metastasen, besitzen wieder andere Varianten, z. B. mindestens 7 beim Bauchspeicheldrüsen-Krebs, ca. **21** bei bestimmten Leukämieformen, sodass die Behandlung extrem aufwändig und teuer wird.

Quellen:

- New York Times, 14.12.2015,
- Science, Vol. 350, Dez. 2015,
- Nature, Vol. 530/532, 02/2016, 04/2016,
- Bahnsen, Das Leben lesen, Droemer 2017,
- DIE ZEIT, Mai 2017,
- Das Tagebuch der Menschheit, Schaik/Michel, Rowohlt, 2017, anhand des AT,
- DAS GEN, Mukherjee, Fischer, 2017
- Rob. Plomin, Blueprint, 2018
- Dav. Reich, Who we are .. 2018
- F. Fukuyama, Identität, 2. Aufl. 2019

Ernährung



Macht eine spezielle Ernährung bei Schmerzzuständen Sinn? Antwort NEIN – zum Ja liegen Tausende von „Testimonials“ vor – wie steht es mit den Fakten? Frauen- und Männerzeitschriften lassen schön grüßen.

Gibt es überhaupt einen Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und der Ernährung? Glauben Sie daran, oder wissen Sie es?

„Lass’ mir meinen Glauben, belästige mich nicht mit Fakten“.

- Wie steht es mit Zucker, Salz und Fett?
- Hat es Sinn, sich gesund zu ernähren?
- Lebe ich länger, wenn ich nur noch Gemüse esse?
- Viele Ideologen und Besserwisser, selbsternannte „Ernährungsspezialisten“ ergeben ein kunterbuntes Gemisch von Halb- bis Wenigwissen, vor allen Dingen von Alleswissern. Vegan ist das neue Glaubensbekenntnis, alle 5 Jahre erscheint ein neues.
- Es ist oft wie „Religion“ oder eine Ideologie.
- Man muss daran glauben und die wahre Lehre wie eine Jüngerin/Jünger verbreiten.

Wir meinen zu wissen, dass derjenige, der viel Fleisch und Fette isst, sein Herzinfarktrisiko erhöht. Richtig war es – heute nicht mehr!

Viel Gemüse ist für jeden gut.

Zu viel an Gemüse zu essen, geht gar nicht. Wenn man aber nur Brokkoli isst, fehlt einem sicher etwas. Einem ganz strengen Veganer fehlt auch etwas, oder? Dann doch lieber Steinzeit-Essen mit Blut zwischen den Zähnen.

Wir meinen zudem zu wissen, dass tierische Lebensmittel nicht grundsätzlich ungesund sind.

Belastend sind die sog. ungesättigten Fettsäuren, Eier enthalten davon nicht viele. Es gibt aber auch tierische Lebensmittel, die „unschuldig“ sind, aber nicht bei der

Lehrerin mit Doppelnamen, Sommersprossen und roten Haaren.

Wie groß ist eigentlich der Einfluss meiner Ernährung auf meine Gesundheit? Gibt es auf diese Frage eine Antwort?

Abgesehen von Luftverschmutzung, Rauchen, Schlafmangel, Stress, Lärm und der „Gene“, besser auf das Epigenom.

Früh stirbt auf jeden Fall derjenige, der sich schlecht ernährt, der keinen Sport treibt, Übergewicht hat und raucht; günstig ist Beweglichkeit bis ins hohe Alter und keine Schmerzen zu haben. Auch im Alter kann sich die Ernährungsweise günstig auswirken.

Die das alles nicht beachten, haben ein um ca. 80 % erhöhtes Risiko krank zu werden, d. h. herzkrank, zuckerkrank, einen Schlaganfall zu bekommen oder dement zu werden. Macht man alles richtig, erniedrigt sich das Risiko also um 80 Prozent!

SIE wollen doch nicht krank werden und sich durch eine chronische Erkrankung schlecht fühlen?

Es geht also um IHRE grundlegende Entscheidung, Sie benötigen dazu auch mehr als einen Teelöffel an Wissen. Fragen Sie andere nicht zu viel, jeder erzählt Ihnen ein anderes Märchen. Fragen Sie vor allem nicht einen vermeintlichen Fachmann.

Auch Placebo ist sehr wirksam zur Unterstützung und die teuren Globuli sind aber ein „Schmarrn“.

Übergewicht ist SICHER immer schädlich – mehr als 50 % der Bevölkerung hat einen BMI > 25, d. h. dass im Blut Entzündungsstoffe, sog. Marker zu finden sind, die ein Risiko bedeuten können, chronisch krank zu werden.

Auch Untergewicht ist nicht gesund, fragen Sie sich, ob Sie sich gut fühlen. DAS ist es, sich voller Energie zu fühlen.

Ist es nicht pervers, von Unsinn überzeugt zu sein wie Tomaten, Kartoffeln, Auberginen zu meiden, Grünkohlsaft zu trinken, Crash-Diäten zu machen, nicht zu kochen, da bei 42 Grad die Enzyme „zerstört“ würden? Auberginen auf naturbelassenen Feldern auf Mauritius sind mir auch lieber – sie gewinnen aber keinen Schönheitspreis bei REWE und Edeka, da sie hässlich und schrumpelt aussehen!



Einfache Regel ist: Gemüse, Obst, Vollkornprodukte zu essen, in Maßen Zucker, Fleisch oder Milchprodukte – mehr geht nicht ... Ist Ihnen das zu wenig? Zu einfach?

Sie brauchen dann keine Ernährungsratschläge, Zeitschriften, Bücher mehr, die Ihnen nur das Geld aus der Tasche ziehen. Es gibt keine Tricks, schlank und gesund zu werden oder glauben Sie Hütchenspielern? Wir sind doch kein Volk von Trotteln, ... vielleicht doch in Teilbereichen.

Bei Fleisch ist es nur wichtig, was die Tiere gefressen haben oder ob sie sich bewegen konnten. Wurst fällt aus, da mit sehr viel Fett, bis zu 90 % – mit Diät-Wurst will man Sie nur verblöden; ebenso mit laktosefreiem Käse: guter Käse ist nämlich laktosefrei; es sei denn, man ist ein Fan von billigem, künstlichen Käse mit folgender Zusammensetzung: Eiweiß plus schlechte Fette, plus dem anderen Mist.

Gutes Schweinefleisch ist in kleinen Mengen unbedenklich. Schlechtes wird in Großmastbetrieben produziert für unter 20 Cent/Kilo mit Wachstumshormonen und Antibiotika; abgesehen davon wird die Umwelt belastet, das Trinkwasser und der Boden (Gülle). Schweinefilet für 3,29 Euro/Kilo?? – wie dumm muss man denn sein?



Es gibt nicht die beste Art und Weise sich zu ernähren, obwohl es uns täglich weisgemacht wird.

Zucker im Blut als Glukose ist lebensnotwendig. Die meisten von uns nehmen aber zu viel Zucker zu sich, er hat dann „giftige“ Wirkung, ist kalorienreich und führt zum Übergewicht und Insulinresistenz, d. h. Zucker kann nicht in den Muskeln verarbeitet werden und ist im Blut erhöht. Zucker ist wegen potentieller Abhängigkeitsbildung überall beigemischt, auch in den Zigaretten (eine bekannte Firma mischt bis zu 80 Komponenten hinein). Von dem dunklen Zeugs mit den vielen Zuckerwürfeln will ich erst gar nicht reden.

Zucker ist in der Cola, im Schokoladenpudding, Soßen im Lebensmittelmarkt (nicht nur beim Discounter) enthalten mehr Zucker als Eiscreme, in Salatdressings – sie kippen also Zucker über ihren Salat-Zucker im Salat, in den Spaghetti, im Brot, in Chips, elf Würfel im Fruchtjoghurt.

Wir sollen also mehr essen, als wir eigentlich wollen, wir können so nicht genug von der Grillwurst, von der Mayonnaise, der Curry-Wurst, der Cola bekommen, wir sollen uns systematisch überessen, so will es die Industrie und arbeitet unaufhörlich daran, mit Trupps von Lebensmittelchemikern.

Schauen Sie doch einmal genau hin, wie viele aufgeblasene Päckchen Sie bei ihrem Einkauf mit irgendwelchen süßen Sachen sehen. Und dann noch die Aufmachung! Sollen/können unsere Kinder da widerstehen?

20 % unserer Kinder sind übergewichtig; selbst in Nigeria schafft es der Staat nicht, seine Diabetiker zu versorgen!

Zucker besteuern? Das käme teuer für die Schwachen, es ist nämlich viel teurer, sich gesund zu ernähren! Für Zucker gilt hier die ermäßigte Mehrwertsteuer! Warum? Fragen Sie die Lobby ... Diesel ist billiger als Benzin, Kerosin wird gar nicht besteuert wegen der Privatflieger... (Fakt bis Ende 2019).

Geschmack ist Gewöhnung. So ist zu betonen, keinen Zucker zu essen, wo er nicht hingehört. Kochen Sie selbst, dann vermeiden Sie die fett- und zuckerlastigen Industrieprodukte; lassen Sie Ihre Kinder, Enkel einkaufen und lassen Sie sie selbst kochen.

Kochen naturbelassen, nicht Fertigpackungen in den Ofen, in das heiße Wasser... "Keine Zeit" ist die Ausrede Nummer 37; wie verklüngeln Sie denn sonst den Tag? Mit Aufräumen und Putzen? Bügeln und wahlloses glotzen von anspruchslosen Fernsehsendungen? Sie doch nicht ...

Die Mittelmeerküche ist schmackhaft: Gemüse, Obst, Nüsse, Hülsenfrüchte, wenig Milchprodukte, wenig Fleisch, Fisch, etwas Wein.

Mischkost: Pflanzliche Nahrungsmittel, mageres Fleisch, magere Milchprodukte, Vollkornprodukte, wenig Zucker.

Also meiden Sie bitte Zucker, Salz, Fett, Zusatzstoffe – **diese schalten praktisch das Hirn aus** – man isst zuviel. Keine Fertigsoßen, Fertig-Lasagnen.

Auch kein Weißmehl – wird ebenso schnell in Zucker umgewandelt. Vollkorn ist immer besser als geschälte Körner.

Gluten ist das Klebeeiprotein im Getreide, verträgt man es, sollte man Gluten nicht meiden, z. B. im Vollkornweizen.

Fettarme Milch ist besser als Vollmilch.



Essen Sie „richtiges“ Essen, meiden Sie Fertigprodukte. Wählen Sie zwischen Mittelmeerkost und Mischkost, etwas an Nüssen, „guten“ Ölen und Vollkorn.

Zur Wassermenge: Alle drei Stunden Urinlassen, ist dieser hell und fast geruchsfrei, trinken Sie ausreichend. Es ist heute schwierig, genügend in Bewegung zu bleiben, während Kalorien unvermeidbar sind.

KOCHEN sie selbst.

Ideologien und Fanatismus haben beim Essen nichts zu suchen.

Es gibt keine Vorschriften, sich richtig zu ernähren. Sie entscheiden. Nicht die unzähligen bunten Zeitschriften.

Nicht die Trottel, die uns als Trottel behandeln – und dabei gut verdienen, die Laktose-Lügner, die Gluten-Bescheisser, die Industrie, die nur an Ihnen verdienen will. Die Ernährungsartikler in verdummenden Heften wollen sie nur verunsichern, die Rendite steigern; dazu gehört auch eine bestimmte, 14-tägige, montags erscheinende Zeitschrift, die regelmäßig eine neue Sau durchs Dorf jagt: Zinn ist gut, Zink ist besser, Zimt am allerbesten.

Sie zum Kaufen zu animieren. Und Ihre Gesundheit? Da haben die nichts mit am Hut.

- **Gute und böse Lebensmittel?**
- **Regeln als Ersatzreligion?**
- **Gesundes Essen = Heilkräfte?**
- **Essgestörte Gesellschaft?**
- **Die Selbstheilungskräfte aktivieren?**

Ist man gesund, sind Laktose und Gluten völlig unschädlich. (Es sollen angeblich 15 % der Menschen eine Laktose-Unverträglichkeit haben = Lachnummer der Naturheilkundler). Das mag vor 10 000 Jahren zu Beginn des Ackerbaus korrekt gewesen sein.

Die Milchzucker-Unverträglichkeit beruht auf einem Defekt, der Milchzucker nur unzureichend verdauen lässt; Gluten ist u. a. ein Inhaltsstoff von Weizen/Roggen, die letzte Intoleranz beruht auf einem Enzymdefekt, der zu ALLERGIE-ÄHNLICHEN Beschwerden führen kann.

Den Zucker hat der Teufel erfunden.

Heißt gesunde Ernährung Verzicht auf Getreide, Milch, Eier oder Fleisch?

Unbestimmte Angst vor Zusatzstoffen oder Rückständen in Lebensmitteln – Angst macht nie Sinn. Fertigprodukte = Gift?



„Vegan“ – das neue Bio? Eine besonders gute Art der Ernährung?

Wenn Gedanken ständig ums gute, gesunde Essen kreisen, Fehlritte führen zu schlechtem Gewissen – von diesen Gedanken sind ca. 1–3 % der Bevölkerung ständig geplagt.

Bekannt ist der Zusammenhang mit anderen Ess- und Zwangsstörungen.

Wer ist von den Heilkräften gesunden Essens überzeugt – nur der, der daran gut verdient.

Es wird gesundheitsschädlich, wenn bestimmte Ernährungsgewohnheiten über lange Jahre eingehalten und evtl. auch den Kindern Grundnahrungsmittel vorenthalten werden.

Wer möchte schon mit seiner ältesten Tochter zusammen essen, mit Verzicht auf Genuss, – wenn zur Zusammenstellung des Essens mit ihr vorher Anleitungen gelesen werden müssen und weit entfernte „Spezialitätenläden“ abzugrasen sind?

Der oder jener GURU hat z. B. in den vergangenen 10 Jahren 4–5-mal etwas grundsätzlich anderes empfohlen. Ängste lassen Genuss erst gar nicht aufkommen, entspannt gesellig Essen fällt aus.

Selbst Fette und Cholesterin sind endlich aus der Schusslinie der „Meinungsbildner“ verschwunden (Ludwig, Kinderarzt, Univ. Harvard).

Auch die Empfehlung wegen des „Herzens“ fettarm zu essen, ist Schnee von gestern.

Woher kommen die Vergiftungsphantasien für Kuhmilch oder Fleisch? Die Presse muss schon wegen der Aktualität auf jeden Zug aufspringen.

„Weil ich anders esse, bin ich Fleischessern und auch Vegetariern moralisch überlegen“.

„Und ich sage euch, nur ICH ernähre mich gesund – Ihr Ungläubigen, macht es mir nach“.

Auch Schlanksein „erlöst“.

Der Körper muss sich dem Überfluss der industriellen Massenprodukten entgegenstellen, er muss gegen Zivilisationskrankheiten gewappnet sein.

Oft geht es bei Gesprächen nur noch um Ernährung mit missionarischem Auftrag. Alles was ideologisch aufgeladen ist, wird so vertreten.



Es geht so um das „richtige Essen“. Sogar die offiziellen Ernährungsempfehlungen ändern sich ständig.

Wir versuchen diese Unterschiedlichkeit zu regeln, zu erfassen.

Nur die Einteilung in Gut und Böse scheint nachvollziehbar zu sein.

Natürlich ist eine gewisse grundlegende Angst nicht verkehrt, die Risiken werden aber völlig **falsch und realitätsfern** beurteilt.

Wir benötigen nur einige wenige Faustregeln, um die Diskussion transparenter und toleranter zu führen.

Glauben Sie einfach nicht alles, was man Ihnen erzählt.

Nicht dem vermeintlichen Spezialisten, dem Guru, dem Ernährungswissenschaftler, der von der Industrie gesponsert wird.

Lernen Sie wieder selbst Gemüse einzukaufen, selbst zu kochen und zu genießen, nehmen Sie sich Zeit beim Essen.

Haben Sie den Mut, auch einmal richtig über die Stränge zu schlagen, einen drauf zu machen. Gehen Sie mit den Enkeln einkaufen und lassen Sie sie einfache gesunde Mahlzeiten zubereiten, ohne Fritten, ohne Spaghetti, ohne Sauce Bolognese – lassen sie die Kinder Salate machen mit Tomaten, Zwiebeln, Ananas, Nüssen, Salat, Bananen, gerösteten Brotstückchen (so lernen sie die Pfanne kennen), geriebenem Käse, o. ä.; und – sie müssen nicht alles aufessen, weniger ist mehr.

Es muss nicht immer Fleisch sein. Frühstück kann man auch mit geröstetem Speck, einem Spiegelei, mit Bohnen und etwas Obst und gepresstem Saft, einem Apfel. Etwas Fett ist besser als toxischer Zucker.

DAS sind preiswerte Mahlzeiten!



Allgemein gültige Aussagen über gesunde Ernährung sind so kaum möglich, da ja die Verdauungsprozesse unterschiedlich sind. Zudem sind die Lebensmittelinhaltsstoffe extrem komplex.



Zum Schluss: einige aktuelle „Diäten“, aus der Steinzeit bis heute. DIE Steinzeit-„Diät“ kann es gar nicht geben, da diese Jahrtausende umfasst und die kleinen Gruppen (ca. 100 Individuen) getrennt voneinander lebten.

Steinzeit-Diät: mageres Fleisch, Fisch, Obst Gemüse, Nüsse. Viele Nahrungsmittel werden roh genossen. Die Steinzeit umfasste einen Zeitraum von 2,5 Millionen Jahren bis zur Ackerbau-Revolution ca. 12000–8000 v. Chr. Eigentlich hat diese Form der Nahrungsverwertung keine Grundlage. Erst der Homo erectus (vor ca. 1,9 Millionen Jahren) war ein stark veränderter neuer Vorfahre. Durch Veränderungen im Erbgut wuchs das Gehirn, der Muskelbau verstärkte sich (aufrechter Gang, schnelles Laufen), sodass viel Eiweiß und Eisen notwendig wurde (viel Energie für den Hirnstoffwechsel wird benötigt): deshalb aß er Fleisch, Innereien, Hirn und Knochenmark. Hinzu kamen Erdmandeln, Lilienwurzeln und Palmrinde; zur besseren Verwertung mussten sie gekocht werden. Hauptnahrungsmittel waren Jahrtausende: Maniok, Yams – also Wurzelknollen.

Nach der Auswanderung des Homo sapiens aus Afrika (nach ca. 200 000) nach Europa und in Richtung Osten entwickelte sich der Neandertaler. (Er ernährte sich von Fleisch, von Hirschen und Bären).

Insgesamt setzt sich die moderne, heutige Steinzeit-Kost aus Fehlannahmen zusammen, nämlich aus Verzicht auf Getreide, Hülsenfrüchte, Milchprodukte sowie industriell verarbeiteten Lebensmitteln und Zucker. Das ist ja nicht schlecht. Die heutigen (gezüchteten) Lebensmittel unterscheiden sich aber stark von denen der Vergangenheit.

- **Eskimo-Diät:** 2mal Seefisch/Woche, plus Kartoffeln, Reis und Salat, Müsli morgens, zudem Omega-3-Tabletten – soll Herzerkrankungen vorbeugen.
- **Massai-Diät:** eine Art Eiweißfasten, wenig Kohlenhydrate, hauptsächlich Milch, Butter und Fleisch – soll beim Abnehmen helfen.
- **Wikinger-Diät:** gesund und empfehlenswert, mit Fisch, Fleisch, fettarmen Milchprodukten, Vollkornbrot, Gemüse, Rapsöl.
- **Azteken-Diät:** viel Obst und Gemüse, Chia-Samen, Getreide, Amaranth oder Quinoa, Mandelmilch, Joghurt – arm an Kohlenhydraten. Die Azteken aßen Hunde, Hirsche, Rehe, Insekten und Algen.
- **Kreta-Diät** (Variante der mediterranen Diät): Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Fisch, Olivenöl, Wein – kann Herz-/Kreislaufkrankungen vorbeugen. Wegen des Öls aber nicht fettarm.
- **ZEN-Diät:** wirkt positiv auf die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), Vollkorn, (Vollkornreis), Gemüse, Soja, Algen, Fisch.

Endometriose

Hier sind selbst Gynäkologen ungläubig überrascht – die Endometriose ist die zweithäufigste frauenärztliche Erkrankung.

Es handelt sich um eine jahrelange teils invalidisierende Schmerzerkrankung.

Ein Krankheitsbild mit mehreren Organbeteiligungen und wiederholt notwendigen Bauchspiegelungen, oft mit Sterilität bei Befall der Eileiter u. a., mit Verwachsungsbauch und wiederholt starken Beschwerden/Schmerzen, erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinzustands. Fast regelmäßig unterschätzter Auslöser von chronischen Schmerzen. Schmerzen sind dabei nicht korreliert mit der Ausweitung des Befalls.

Regelabhängige Unterbauchschmerzen und Blutungsstörungen, Schmerzen beim Stuhlgang und beim Wasserlassen. Die Schmerzsymptome können sehr heftig sein und lassen im geschlechtsreifen Alter zunächst auch an eine Blinddarmentzündung denken.

Die Diagnose wird oft sehr spät gestellt, selbst bei Gynäkologen: man muss nur daran denken...

Eine Theorie der Entstehung von Gebärmutter Schleimhautgewebe nicht nur im Bauchraum ist die Wanderung von Regelblut in die Bauchhöhle (Zweifel daran bestehen, da ich einen Fall kenne, wo ein Endometriose-Knoten rückenmarksnahe zu finden war, d. h. sog. ektopes Gewebe). Die Endometriose-Knoten können am und im Bauchfell auftreten, auch tief in den Organen – auf den Eierstöcken, im kleinen Becken, in der Scheidewand zwischen Scheide und Enddarm, auf der Blase. Große und kleine Knoten sind nicht mit der Schmerzstärke verbunden, auch Verwachsungen nicht.

Zu achten ist auf Entzündungen, Organbefall und Verwachsungen, mir ist persönlich ein Fall von stielgedrehter Ovarialzyste! bekannt. Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit ist ein dringend zu beachtendes Problem und benötigt professionelle Beratung.

Die Situation ist laufend zu überprüfen. Anbindung an ein Endometriose-Zentrum ist anzuraten und vorteilhaft, da neben Laparoskopien (Herausschneiden der Geweb Inseln, Palpation der Scheidewand) weitere Operationsnotwendigkeit(en) vorliegen können.

Entscheidend ist die Vorbeugung von erneutem Auftreten der Knoten. Auch die Schmerzbehandlung ist zu beachten. Psychotherapeutische Ansätze und die Beteiligung an Selbsthilfegruppen ist zu besprechen. Die Behandlung kann sich bis in die Wechseljahre hinziehen.

Schmerzmedizinisch bildet sich über den jahrelangen nozizeptiven Impulseinstrom in das zentrale Nervensystem die bekannte Überempfindlichkeit mit Wegfall der bremsenden Hemmung im Hirnstamm, sodass Schmerzen verstärkt, intensiver und erschöpfend wahrgenommen werden.



Placebo/Nocebo

Placebo-Analgesie – Schmerzlinderung durch Nicht-Medikamente, zu unterscheiden von der psychologischen Schmerzlinderung, der Intervention, ist vielfach wirksam möglich. Dies sollte durch eine gute Aufnahme der Krankengeschichte, aktivem Zuhören, umfangreicher Erklärung, Geduld und Ruhe bei Nachfragen, eine angenehme Räumlichkeit für das Gespräch, Mitteilung von Wirkung und Nebenwirkung, Nachfragen wegen des Verständnisses, erfolgen.

Ziel ist die Wahrnehmung einer erlebten Verbesserung von Beschwerden.

Es handelt sich nicht um eine Scheinwirkung, sondern um real erlebte Veränderungen.

Der Effekt ist nachweisbar im funktionellen MRT – fMRT.

Placebo kann sehr wirksam sein und andauern.

Die Wirkvermittlung erfolgt durch körpereigene Botenstoffe wie:

- den Endorphinen
- den Dopaminen
- dem Nor-Adrenalin

Auch die Akupunktur an den „echten“ Akupunkturpunkten ist wirksam, ein nicht zu unterschätzender Placebo-Effekt kommt noch dazu.

Diese Placebo-Wirkung kann „gut“, aber auch „schlecht“, nachteilig sein; schlussendlich haben alle Maßnahmen, seien sie ärztlich, komplementär-medizinisch (Homöopathie, naturheilkundlich) einen deutlichen Effekt, ebenso wie ein länger dauerndes verständnisvolles, aktiv zuhörendes und mitfühlendes Gespräch.

„Schlecht“ nennt man den gegenteiligen Effekt, die Nocebo-Wirkung: einem Sportlehrer, dem man vom Sport wegen eines „Bandscheibenschadens“ abrät, ansonsten müsse er operiert werden, zeigt sich nach einem Jahr hinsichtlich seiner körperlichen Funktionsfähigkeit sehr verschlechtert, psychisch niedergedrückt und arbeitsunfähig; oder „wenn sie sich nicht sofort an der Bandscheibe operieren lassen, kommen sie wahrscheinlich nach 1 Jahr im Rollstuhl wieder“. „Du bist zu dick“, sagte die Mutter zu ihrer Tochter. Sie sehen, Worte können wie ein Schwert sein, das eher Negatives als Positives anstoßen kann.

Der Akupunkturreffekt wird vermittelt durch sog. Schaltkreise, die in einem Netzwerk zusammenarbeiten.

Bei placebo-relevanten Vorgängen geschieht verminderte Aktivierung dieses Netzwerks, d. h. der vorderen Hirnrinde, der Insel, dem Mandelkern, dem Hirnstamm.

Die Placebo-Wirkung ist nicht unspezifisch, sondern bedient sich der Zusammenballung von Nervenzellen, Hirnnervenkernen, die untereinander in wechselseitigem Kontakt stehen.

Wesentlich bei diesem Effekt ist die Bedeutung, die der angewendeten Maßnahme beigemessen wird: Glaubhaftigkeit des Anwenders, dem Glauben des Betroffenen an die Maßnahme, die Substanz, die Art wie sie vermittelt wird, die Kompetenz und Erfahrung des Behandlers. Der Begriff „Placebo“ scheint negativ besetzt zu sein, von einer Placebo-Behandlung gar nicht zu reden, obwohl sie ein mächtiges Wirkprinzip im Positiven wie im negativen Sinn (Nocebo) darstellt.

Erwartung einer schmerzlindernden Behandlung kann die Wahrnehmung von Schmerzen bedeutend reduzieren, auch wenn z. B. ein Leerpräparat verabreicht wird, es geht ja nicht um die Substanz selbst.

Nocebo-Effekte sind Beschwerden, die sich durch negative Erwartungen zeigen; z. B. durch die bis ins Einzelne gehende Aufklärung über mögliche Komplikationen einer Behandlung oder einer Substanz: negative Erwartungen erhöhen die Häufigkeit unerwünschter Wirkungen/Komplikationen, wie vor einer OP, eines Medikaments, einer Injektion.

Es handelt sich beim Placebo-Einsatz keinesfalls um eine „Scheinwirkung“. Ein „guter“ Arzt bewirkt auch einen Placebo-Effekt. Ein gutes Gespräch ist die Hälfte der Behandlung, hört man öfters. Wie schon gesagt, findet er nicht irgendwo statt, sondern auf dem Boden von Vorgängen im zentralen Nervensystem – und dämpft z. B. die Schmerzempfindung: die relevanten Areale werden belegbar aktiviert.

Jeder Betroffene empfindet und erlebt Schmerzen „anders“, je nach seiner Lebensgeschichte, mit Belastungen, Ereignissen, im Kontext von Familie und der Arbeit.

Erlebte Schmerzen zeigen eine „unangenehme“ Komponente. Hierfür ist ein Vorderhirngebiet zuständig, das auch an der Schmerzkontrolle beteiligt ist. Die Hardware ist zugleich die Software, PFC, ACC.

Stellen Sie sich einmal vor, eine Schmerzlinderung kann durch einen Placebo-Effekt, durch einen Morphin-Blocker (Naloxone), aufgehoben werden. Es handelt sich so um einen sehr realen Effekt.

Es handelt sich so nicht um ein rein „psychologisches“ oder gar „eingebildetes“ Phänomen, sondern um einen komplexen Vorgang. Die verminderte Aktivität in den schmerzrelevanten Gebieten zeigt sich mit erlebten veränderten Schmerzwahrnehmungen, objektivierbar durch die veränderte Hirnaktivität in bestimmten Gebieten. Aber auch Verstärkung der Schmerzempfindung ist möglich, z. B. infolge Angst, Hilflosigkeit, Ausgrenzung u. a.

Man kann zudem auch eine Veränderung der Schmerzerfahrung beschreiben, durch unpassende Einstellung und Überzeugung gegenüber Schmerzen: komme in den



Rollstuhl, führt zur Depression, nichts hilft, Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit. andauernde Selbst-Befragung der Bedeutung der empfundenen Schmerzen, Katastrophieren aller erlebten Beschwerden, Hypervigilanz.

Schmerzen sind also kein passiver Vorgang und sie fallen einem nicht einfach zu, sondern bedeuten aktive Hirnleistung, ebenso ist es beim Placebo/Nocebo-Effekt.

Die beschriebenen Effekte können andauern, die positiven bis zu einigen Monaten Dauer (bei Migränekindern bis zu 9 Monaten), die negativen, da intensiver wirkend, bis zu Jahren und münden in der Regel in Überzeugungen ein, die fixiert zu unbeneinflussbaren Ansichten und Folgen führen können: „Meinen Bandscheibenvorfall habe ich genau seit 4 Jahren wegen meiner neuen schweren Arbeit“. „Ich habe einen Beckenschiefstand, jetzt weiß ich, woher meine Rückenschmerzen kommen“.

Mythen werden so zu Überzeugungen – wer hat es und wie wird es dem Betroffenen vermittelt? Ein Röntgenbild gezeigt? Angst gemacht? Mit OP gedroht? Der Operateur habe ein neues Verfahren aus Amerika?

Rückenschmerzen bei einem „Bandscheibenvorfall“ können sich bei fehlerhafter Behandlung aufschaukeln und verstärken, auch bei abgelehnter Operation – kann es so in der Folge zu Angst-/Schon- und Vermeidensverhalten führen.

Die lädierte Bandscheibe entschuldigt dann vieles, auch die monatelange Arbeitsunfähigkeit, es kommt zu erheblichen Stimmungsschwankungen – aber nicht wegen einer Depression, zu Streitigkeiten u. a. Selbst die Ehefrau muss nun die Kiste Bier tragen, obwohl die meisten Bandscheiben „vorfälle“ Belastung als Therapie benötigen. Sie sehen, im Grunde geht es gar nicht um den BS-Schaden ohne neurologische Defizite.

Durchdiagnostizierte Brustschmerzen können wiederholt mit einem Bluttest und EKGs behandelt werden durch bewusstes Einsetzen als Placebo:

- Zeigen von Kompetenz: Arztkittel, Bücher im Regal
- durch die Sitzordnung, der Patient sucht sich den Platz aus, nicht gegenüber am Schreibtisch, am besten im Winkel von 90 Grad, in Augenhöhe, Angleichen der Sprache, der Sprechgeschwindigkeit, Pausen
- den Patienten ins Gespräch einbeziehen, alles erläutern: Diagnostik und Behandlungsplan
- Medikamente extra für sie (aus dem Regal), entscheidend ist das „wie“ der Übergabe,
- ausreden lassen, anfangs keine Unterbrechung

- nicht parallel auf der Tastatur schreiben, den Bildschirm betrachten
- der Patient spricht, der Arzt hört aktiv zu, stellt Fragen, Nachfragen, „habe ich sie so richtig verstanden?“
- offene Körperhaltung, den Patienten anschauen, auch mal lächeln, zustimmendes Nicken
- gemeinsam Entscheidungen treffen

Zeitplan: Erstgespräch nach Termin 20 Minuten, dann weitere terminiert, zunächst im Abstand von 2 Wochen, nach Diagnostik und laufender Behandlung. Termine je nach Bedarf und dann selbstständige Arztkonsile und bestehen auf Arztberichten.

„Alternative“ Behandler hören oft besser zu, gehen mehr auf den Betroffenen ein, fragen nach, weil sie mehr an ZEIT haben und sie bezahlt bekommen. „Ich habe mich lange mit Ihnen unterhalten, ich weiß jetzt genau, was ich ihnen individuell gegen die komplizierten Beschwerden geben kann“.

„Zeit“ muss sich der/die Niedergelassene „erarbeiten“:

Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung, spezielle Schmerztherapie und Altersmedizin. Erst dann gibt es etwas „Bezahlung“ für den spezialisierten Aufwand.

Placebo kann positive Effekte bei der Verbesserung von Beschwerden beschleunigen und Ängste abbauen, bei Angstproblemen verschwindet die positive Placebowirkung.

Auch ein Beipackzettel mit ausführlicher Aufklärung und mit der langen Liste von Nebenwirkungen, bedeutet überwiegend juristische Absicherung der Firma, kann regelrecht krank machen; nach Wegnahme einer Nebenwirkung aus dem Beipackzettel wurde über diese Nebenwirkung nicht mehr berichtet. **Mitgeteilte Nebenwirkungen sind nicht simuliert oder eingebildet – sie sind für den Betroffenen real.**

Oder er wollte dieses Medikament, diese Behandlung von Anfang an nicht.

Wichtig ist so auch die „Kommunikationsfähigkeit“ des Behandlers. Worte wirken nicht nur über die Erwartungshaltung, Verstärkung geschieht auch durch positive und negative Signale.

„Sie brauchen keine Angst zu haben, es ist nur ein kleiner Piks, ein kleiner Eingriff, dauert höchstens 3 Minuten“ – davon bleibt meistens nur das Wort „Angst“ hängen, während „keine“ und „klein“ kaum wahrgenommen werden.

Allein die Überzeugung, dass eine Pille wirksam ist, kann Beschwerden verbessern, genauso kann sie viele negative Wirkungen erzeugen.

Beim Vortragen, Erklären der Nebenwirkungen kann man den Nocebo-Effekt „abschalten“, in dem man die Risiken eines Medikaments positiv formuliert: ... mit 95 %

Sicherheit bekommen sie keinen Leberschaden, anstatt mit ... 5 % Wahrscheinlichkeit kann ein Leberschaden auftreten. Aufklärung behandelt den Umgang mit Medikamenten und Diagnosen, operativen Eingriffen, um die Angst durch eine Placebo-Wirkung mindestens abzuschwächen.

Der Nocebo-Effekt kann ein Medikament nicht nur unwirksam machen, sondern auch dazu führen, dass harmlose Substanzen schaden.

Ein Student fühlte sich sehr depressiv. Eine psychiatrische Abteilung einer Universität bot einige Hundert Euro zur Teilnahme an einer Studie, um ein neues Medikament gegen Depression zu testen.

Es ging ihm zunächst besser, nach einem schlimmen Streit mit seiner Partnerin schluckte er die restlichen 34 Pillen, die noch in der Packung waren. Was er nicht wusste, er hatte sich die Pillen des Placebo-Arms (eine Studie besteht aus dem echten Medikament, einem Kontroll- und einem Placebo-Arm) der Studie eingeworfen. Schwerkrank wurde er notfallmäßig eingewiesen, verwirrt, mit Atemnot, sehr niedrigem Blutdruck, schweißig und kollaptisch.

Er erhielt stundenlang Infusionen. Erst als er, nachdem die Behandler die eingenommenen Pillen identifiziert hatten und ihn über deren Harmlosigkeit informierten, erholte er sich schlagartig. Der Glaube an die Pillenwirkung hatte ihn zum Notfallpatienten gemacht. Sie sehen so, was eine feste Überzeugung bewirken kann. Der Nocebo- ist ebenso wie der Placebo-Effekt nicht eingebildet. Er geht auf reale, nachgewiesene Vorgänge zurück.

Testpersonen erhielten ein Schmerzmittel und wurden in ein MRT gelegt; ihnen wurde gesagt, dass dieses Mittel sie wirksam vor Schmerzen schütze, wenn man ihnen eine heiße Platte auf die Füße legte. Nun behaupteten die Prüfer, dass die Wirkung des Schmerzmittels jetzt nachlasse, prompt beurteilten die Testpersonen dieselbe Temperatur als schmerzhafter.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die schmerzverarbeitenden Hirnareale umso aktiver waren, sobald die Probanden mit **mehr Schmerzen rechneten. Die Wirkung des Schmerzmittels konnte allein durch die negative Erwartung** aufgehoben werden.

Bei positiver Placebo-Wirkung leuchteten verschiedene Gehirnregionen im MRT auf.

Es wird angeraten, die Placebo-Effekte besser für die Therapie zu nutzen, es lassen sich so unerwünschte Arzneimittelwirkungen vermindern, unerwünschte Wirkungen vermeiden. Kosten könnten so reduziert werden. Der Effekt geht vom Behandler aus, der durch sein Verhalten den Erfolg seiner Behandlung beeinflussen kann.

Die „Geheimnisse“ wurden schon dargestellt: angenehmes Gesprächsklima, Zuhören Mitgefühl, Nachfragen usw.

Der so behandelte Betroffene wird diese gefühlmäßig positiv erlebte Situation „weitertragen“, verstärken, transportieren und vertrauensvoll daran glauben, dass er richtig informiert, diagnostiziert und behandelt wurde.

Wer immer die angenehme Situation erschafft (mit seinem Umfeld, dem anderen Personal), wird sehen, dass der Betroffene oft von einer Zweitmeinung Abstand hält, dieser positive Effekt wird transportiert durch Q10, „immunstärkende“ Mittel, Globuli, Nahrungsergänzungsmittel, orthomolekular.

Unter Placebo-Behandlung verstand man in der Vergangenheit die Gabe unspezifisch wirkender oder nicht wirksamer Substanzen; deutlich wichtiger ist, wie wir heute wissen, die **Überzeugung und Bedeutung**, die der Patient der Behandlung beimisst – diese beschränkt sich wie beschrieben nicht auf die Gabe eines „Scheinmedikaments“. Die Wirkung wird studiert durch „offene“ oder „verdeckte“ Gabe von wirksamen Medikamenten. „Offen“ bei Information, was gegeben wird, „verdeckt“, wenn die Gabe innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans erfolgt; die verdeckte Gabe ohne diesen Plan sollte in der Schmerztherapie keine Anwendung finden.

Wir wissen zudem, dass positive Deutungen und Zielsetzungen körpereigene Substanzen wie Opioide und Cannabinoide freisetzen, die durch Gegenspieler (Antagonisten) blockiert werden können – ein weiterer Beweis für die reale Placebowirkung.

Der Unterschied zwischen offener und verdeckter Anwendung stellt den Placebo-Effekt dar.

Die Placebo-Schmerzlinderung ist nicht unspezifisch, sondern ein komplexer, erfassbarer Vorgang, d. h. nicht nur psychologisch, mit Freisetzung körpereigener Substanzen (Opioide, Dopamin, Noradrenalin und Cannabinoiden).

Diese Linderung ist ein eindrückliches Beispiel von Schmerzbeeinflussung. Die Wahrnehmung von Schmerzen unterliegt stark ausgeprägter Beeinflussung fördernder und hemmender Vorgänge im zentralen Nervensystem.

Die kognitive Beeinflussung geschieht durch Aufmerksamkeit, Erwartung, Furcht, frühere Erfahrungen, Deutung und Bedeutung von Schmerzen, andererseits ist die Beeinflussung durch z. B. Stress (auch chronische Stressvorgänge) unbewusst.

Die körpereigene Schmerzhemmung läuft über das Vorderhirn zu den darunter liegenden Relaisstationen bis zu den Hinterhornzellen des Rückenmarks.

Also, entscheidend sind:

- Erwartung
- Lernvorgänge (Ermittlung von Schlüsselhinweisen)
- Reduktion von Angst

Diese drei beeinflussen sich gegenseitig positiv.

Bei schmerzlindernden Placebo-Vorgängen geschieht verminderte Aktivierung der schmerzrelevanten Areale (Hirngebiete).

Wer nicht weiß, was er bekommt, profitiert weniger, hat also einen deutlich besseren Effekt bei exakter Information: **falls der Patient informiert ist und damit eine positive Erwartungshaltung hat, kann sich die schmerzlindernde Wirkung auf das Dreifache erhöhen.**

Dieser Effekt kann durch schlechte Erwartungen massiv reduziert werden. Bei Angst vor einem Medikament, oder falls zur Einnahme „überredet“, ist die Mitteilung von Nebenwirkungen oder Unwirksamkeit praktisch „vorprogrammiert“, oder auch bei Befürchtung des Ausbleibens der Schmerzlinderung durch evt. frühere Erfahrung mit dieser Substanz.

Besonders ältere Menschen wissen oft gar nicht, wofür sie ihre zahlreichen Medikamente einnehmen. Deshalb besteht die dringende Notwendigkeit, die bewusste Beeinflussung der Erwartungshaltung mit zusätzlicher Berücksichtigung der psychosozialen Einflussfaktoren zu beachten. Achtung: Berücksichtigung negativer Vorerfahrungen.

Eine positive Erwartungshaltung ist zu erarbeiten: **BESONDERS BEI CHRONISCH SCHMERZBETROFFENEN** mit mehrjährigen vergeblichen und frustrierenden Behandlungserfahrungen ist die Überprüfung der Diagnose(n) zwingend!

Auch die Ansichten in der Familie und durch Bekannte, die Werbung mit Schlagzeilen mit dem Hammer und auch der Preis zeigt dramatische Wirkung auf den Placebo-Effekt. Erwartungseffekte treten nicht nur bei der Wirkung von Medikamenten auf, sondern spielen auch eine entscheidende Rolle bei unerwünschten Nebenwirkungen.

Unerwünschte Wirkungen lassen sich durch Erwartung und Vorerfahrungen besser erklären als durch pharmakologische Eigenschaften der Medikamente selbst (Nocebo-Effekt). Bei einer Amitriptylin-Studie erschienen im Placebo-Arm genau die Nebenwirkungen im Beipackzettel.

Placebo-Untersuchungen spielen heute wegen der verschiedenen zu beurteilenden Mechanismen wie Erwartung, Angst, Belohnung, Bewusstsein und sozialem Lernen eine sehr produktive Rolle in der Schmerzforschung.



Zusammenfassung:

An erster Stelle steht bei dem Schmerz-betroffenen die Bedeutung, die der Schmerz für ihn hat: Ziel der Behandlung ist es deshalb, diese negativ besetzte Bedeutung zum Positiven hin zu verändern.

Der positive Placebo-Effekt kann vom Behandler bewusst herbeigeführt werden.

Lip-/Lymphödem

Beim Lipödem handelt es sich um eine fortschreitende, chronifizierende Erkrankung, um eine symmetrische Häufung von Fettgewebe plus Einlagerung von Flüssigkeit aus dem Gefäßsystem; es ist also KEINE Folge von Übergewicht.

Ein Lymphödem bedeutet Störung im Lymphsystem als chronisch entzündliches Erkrankungsbild und befällt Arme und Beine.

Beide Erkrankungsformen können mit ausgedehnten Dauerschmerzen einhergehen. Charakteristisch ist eine allgemeine ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit.

Das Lipödem geht meistens mit einer Phase hormoneller Umstellung bei Frauen einher. Bei Männern kann eine schwere Lebererkrankung oder Behandlung eines Prostata-Karzinoms ursächlich sein.



Schmerzen bei Demenz

Die Schwierigkeit ist das Erkennen der entsprechenden Schmerz-Symptome. Man schätzt, dass rund 50 % dieser Betroffenen unter Schmerzen leiden.

Allgemein werden Demenzkranke mit Schmerzmitteln knapp versorgt, um das Mindeste dazu zu sagen.

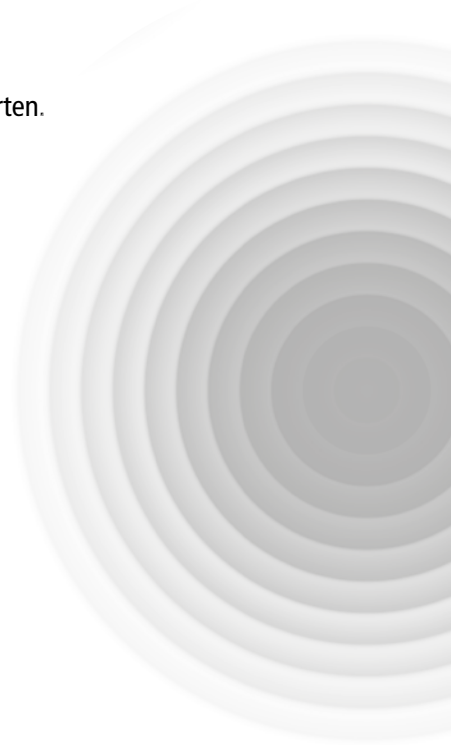
Die Erkrankten reagieren auf Schmerzen mit Auffälligkeiten im Verhalten und zwar mit Unruhe, Schlafstörungen, Aggressivität, Schreien u. a. Leider erhalten sie das Anti-psychotika, z. B. Neuroleptika oder werden sogar fixiert.

Wir müssen dazu wissen, dass demente Betroffene Schmerzen gleich wie nicht Betroffene empfinden. Sie erleben sie nur später, es ändert sich nur die Schmerzschwelle. Hier sind aber auch Unterschiede zu beachten: liegt eine Demenz auf dem Boden von Gefäßveränderungen vor, ist diese oft erniedrigt, bei einer Vorderhirn-Erkrankung ist diese eher erhöht.

Es gibt dazu Mess-Skalen, z. B. für die Mimik; in schweren Fällen eignet sich sog. Fremdeinschätzung besser: Messung der Atmung, der Mimik, Lautäußerungen, Körpersprache, Reaktion auf Trost ergibt einen Punktwert zwischen eins und zehn.

Die Schmerzmittelgabe sollte bei vier oder mehr erfolgen.

Tipp: Einen Therapieversuch starten und deren Wirkung abwarten.



Behandlungen/Interventionen

- Die Behandlung kann sich nicht allein auf Schmerzmittel stützen.
- Sie haben die Verantwortung für Ihre Erkrankung, nicht die Behandler des Gesundheitssystems.
- Sie sortieren sich zur Behandlung die vorgeschlagenen und eingeübten Elemente heraus und mixen sich diese für ihren wirksamen Effekt.
- Sie kümmern sich um die Behandlung.
- Sie beachten, ob eine Methode nicht wirksam ist, nicht zu viele Parallelanwendungen. Sie wissen, dass es keine Behandlung zur Schmerzfreiheit gibt.
- Erschöpfen Sie sich nicht, machen sie alles langsam, ohne Kraftausübung, machen Sie Pausen und übernehmen Sie sich nicht, d. h. nicht zu viele Maßnahmen pro Woche.
- Falls eine Anwendung wirksam zur Schmerzlinderung ist, lassen Sie die Diagnose überprüfen, auch ein Placebo-Effekt kann (zunächst) sehr wirksam sein.
- Nach vielen Mitteilungen ergeben sich die ärztlichen, psychologischen und besonders die eigen-motivierten Behandlungsstrategien von selbst.
- Medikamente, Spritzen (Injektionen), Blockaden (peridural) und Operationen können hier Schmerzen nicht lindern, da deren Begründungen nicht von peripheren anatomischen Strukturen abhängig sind.
- Manchmal wirkt gar nichts, falls sich etwas als wirkungsvoll erweist, zeigt es keine länger anhaltende Wirkung, was beim einen hilfreich ist, ist beim anderen ineffektiv.
- So geht es um individuelle, angepasste Behandlungen, überspitzt formuliert, für jeden anders.

Zur Wiederholung:

Von der Stange geht gar nichts, es gibt auch nicht DEN Behandler, DEN Wunderkneben, auch nicht den an der holländischen Grenze, der seine Praxis um 6 Uhr morgens öffnet, die Schlangen von Schmerz betroffenen warten schon, um eine Spritze in die Schilddrüse zu bekommen, sie verlassen die Praxis über den Hinterausgang, da vorn

die Patienten/Kunden nachdrängen. Cash inne Täsch, sagen wir im Revier. Auch die Spritzen-Künstler in Bad M. können nicht helfen, wenn ja, als 4–6 Wochen andauernder Placebo-Effekt, der sehr wirksam sein kann. Vorsicht vor Behandlern, die mit dem Nocebo-Effekt arbeiten, d. h. eine Katastrophe an die Wand malen, falls sie Vorschlägen nicht zustimmen: „falls Sie sich nicht operieren lassen, kommen sie in einem Jahr im Rollstuhl wieder...“

Selbstbehandlung, nach Einweisung oder Erlernen von Maßnahmen und Training von nicht-medikamentösen Maßnahmen ist der **Schlüssel** zur Verbesserung der Beeinträchtigungen. Medikamente **allein** verschlimmern den Zustand, auch die sog. „punktgenauen“ (unter Bildwandler, C-Bogen) an die Wirbelsäule.

Andere Betroffene konvertieren zum Veganer oder zum Ernährungskünstler. Extreme, ausschließliche und einseitige Methoden sind nie zu empfehlen.

- Schmerz-Reduktion – wie viel ist möglich?
- **Erreichbares Maximum von ca. 30 % an Schmerzlinderung gilt bei Kombination der unten genannten Methoden für den Durchschnitt der Betroffenen, es kann auch mehr oder weniger sein; diese Zahlen sind nicht für den Einzelnen relevant! (Tölle, Häuser).**
 - a) Schmerzmittel: Linderung bis zu 15 % für starke Opioide, ca. 11 % für schwache, ca. 9 % für andere Novalgin, Aspirin, Paracetamol, Ibuprofen/Diclofenac/ Naproxen
Vorsicht Nebenwirkungen!
 - b) Psychotherapie-Linderung ca. 5,5 %
 - c) Physiotherapie ca. 4,5 % (Schmerzlinderung wird regelmäßig überschätzt)

**Merke:**

Machen Sie sich immer bewusst, die/der Betroffene erlebt und empfindet alles überschießend, überhöht, verstärkt und ausgeweitet.

**Beachte:**

Behandler, die mit der Therapie einfach loslegen, ohne zu erklären oder nicht auf Nebenwirkungen hinzuweisen ... Eine Zweitmeinung nicht zulassen ... Die mit ihrer vermeintlichen Kompetenz sie mundtot machen, sind schlicht zu meiden.

Nur das Zusammenwirken kann wirksam sein. Unerlässlich ist die Behandlungsmotivation und die Selbstbeteiligung – ohne die läuft gar nichts.

Die Unterschiede zwischen a), b) und c) sind eher nur statistischer Art; KEINE Behandlungsmaßnahme ALLEIN zeigt wesentliche Verbesserung der durchschnittlichen Schmerzintensität.

Das bedeutet, dass Opioide allein unzureichend sind, man benötigt so einen mehrere Disziplinen umfassenden Behandlungsansatz für den chronischen Nicht-Krebs-Schmerz.


Schmerzmittel sollten nur, dem Betroffenen angepasst, für kurze Zeit angewendet werden.

Akutschmerzen benötigen in der Regel keinen Behandler, da diese dem Betroffenen meistens bekannt sind.

An Schmerzmitteln nimmt man nach Erfahrung etwas Paracetamol oder Novalgin, diese wirken nach etwa 20 Minuten.

Verschwenden sie keine Zeit an das Woher, die Deutung und Bedeutung. Die Behandler finden auch keine Ursachen bei ausgeweiteten Schmerzbildern.

Denken Sie immer daran, dass Schmerzen das sind, was der Betroffene fühlt. Unsere übliche Betrachtungsweise, das wir etwas nachweisen oder objektivieren wollen/müssen, geht voll an der Fragestellung vorbei.



Schmerzmittel

- **Sogenannte „Rheuma-Schmerzmittel“** – NSARs – NICHT verwenden bei Herzpumpschwäche, Herzgefäßverengungen – Vorsicht Infarkte, Nierenfunktionsminderung, Gerinnungshemmern, bei Magen-/Zwölffingerdarmgeschüren in der Vorgesichte und bei älteren Patienten (> 65 Jahre).

Bei Herzkrankader-Problemen: kein Diclofenac, keine Coxibe (Arcoxia), nur Naproxen oder niedrig dosiertes Ibuprofen.

Diclofenac in den Muskel zu spritzen ist ein Fehler (Schockgefahr!). Tabletten und Gel wirken genauso schnell und effektiv.

ASS ist zwei Stunden VOR Ibuprofen oder Naproxen einzunehmen – ansonsten wirkt es schwächer bis nicht.

Paracetamol wird oft fehlbenutzt (Leberschäden). Es wirkt auch nicht entzündungshemmend. Es kann auch Magen-Darmblutungen auslösen sowie Asthma, besonders bei Kindern.

Novalgin kann die Bildung aller drei Arten von Blutkörperchen schädigen; häufiger kann dies durch NSARs passieren. Erhöhtes Risiko bei jüngeren Frauen, es eignet sich für ältere Patienten.

Das beste Schmerzmittel ist eine Kombination aus Paracetamol und Ibuprofen, auch Paracetamol mit Tramadol. Ansonsten Novalgin einzeln geben oder Ibuprofen (nicht-retardiert) oder Diclofenac Dispers/Diclofenac-Kalium, Diclofenac-Natrium ist deutlich weniger wirksam. Retardierte NSARs sind zu vermeiden.

- **Nicht jeder Schmerz weist auf körperliche Schäden hin.**

Opioide bei langandauernden Rückenschmerzen? Nein, es folgt ein Abhängigkeitsproblem, das einem lange zu schaffen macht (Fentanyl, Tapentadol, Tramadol machen z. Z. Karriere). Auch Pregabalin (Lyrica) und Suboxone werden als Schmerzmittel angepriesen.

Abdosieren dieser Substanzen erzeugt ca. eine Woche lang heftige Entzugserscheinungen, wie Zittern, Schwitzen, Unruhe, Druck auf der Brust, Schmerzen überall und Rückenschmerzen. Die eigentlichen Schmerzen verschlimmern sich nicht, sie erscheinen eher gelindert.

Viele Ärzte meinen auch heute noch, sie könnten alle Schmerzprobleme mit Opioiden lösen. Sie sind immer noch der Ansicht, dass Schmerzen ein körperliches Problem seien. **Wie Sie jetzt wissen, findet das Schmerzproblem im Kopf statt, d. h. es ist von psychischen und sozialen Faktoren abhängig.**

Hinsichtlich der Behandlung geht es darum, Schonhaltungen wegen der Schmerzen zu vermeiden. Danach soll versucht werden, Stressfaktoren zu erkennen und neue Strategien zu suchen, um damit umzugehen. Also Bewegung UND Belastung, um zu lernen, Schmerzen auch kognitiv zu bewältigen.

Erlernen mit Druck umzugehen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen, Pausen einzulegen und für sich selbst mehr Zeit zu nehmen.

Die multimodale Schmerztherapie ist bei richtiger Durchführung ein sehr gutes Behandlungsinstrument.

Falls diese Betroffenen dieser Maßnahme konsequent zugeführt würden, am besten nach 3-tägiger fachübergreifender Diagnostik – d. h. nicht nur 2 Sitzungen mit einem Alibi-Psychotherapeuten, könnten immense Kosten gespart werden, besonders bei chronischen Rückenschmerzen.



Behandlungsansätze

KVT Kognitive Verhaltenstherapie – ACT Methode der Achtsamkeit

- Eine veränderte Sicht auf die Interventionsmethoden erscheint mir dringend zu sein – weg von der kognitiven Verhaltenstherapie bei chronischen Stress-/Schmerz-zuständen, Funktionellen Körperbeschwerden, da sich Schmerzen nicht „wegdrücken“ lassen. Eine einseitig psychosoziale Begründung ist nicht ausreichend, da sie mit mehreren anderen Erkrankungen eine gemeinsame Begründung teilt, nämlich die der **zentralen Sensibilisierung oder der Stress-induzierten Hypersensitivität** (Überempfindlichkeit).

Vergessen Sie dabei nicht, dass es sich hierbei um veränderte Hirnstrukturen und Funktionsbeeinträchtigungen handelt.

Kampf gegen den Schmerz, indem alle medizinischen und komplementären Behandlungsmodalitäten „ausprobiert“ werden, kann schließlich nicht alle Lebensbereiche der Betroffenen bestimmen, d. h. **mit „Schmerz“ ist anders umzugehen**, Schmerz darf nicht zum Lebensinhalt werden, dem alles untergeordnet und alles andere ausgeklammert wird.

Merke: mit nicht-spezifischen Funktionellen Körperbeschwerden ist anders umzugehen als mit apparativ fassbaren Schädigungen wie Arthrosen, erfassbaren Veränderungen usw., Entzündungen, Autoimmunerkrankungen und Nervenschädigungen.

- Nicht Schmerz, sondern andere Inhalte, die einem selbst wichtig sind, sind in den Mittelpunkt zu bringen – das ist erlernbar, nämlich in der Form der **ACT – Akzeptanz-Commitment-Therapie**, d. h. annehmen und sich engagieren, der Methode der Achtsamkeit.
- „Chronischer Schmerz“ ist nicht dein Feind, er ist nicht zu bekämpfen, sondern Teil des weiteren Lebensvollzugs. Alles ist NICHT zu Ende. Auch mit Schmerzen ist ausreichend Lebensqualität erreichbar.



Wir folgen dem Schmerz nun nicht mehr, der uns dahinzieht, wohin er will, sondern versuchen, mit diesem eine „Beziehung“ einzugehen und achtsam mit ihm umzugehen.

Aufzugeben ist der endlose, andauernde, jahrelange Kampf gegen den Schmerz.

- Stopp dem Aufsuchen immer neuer Behandler mit immer neuen „sicher effektiven“ Behandlungsmethoden.
- Stopp den weiteren apparativen Untersuchungen, die den Schmerz doch nicht „einfangen“ und erklären können.
- Stopp den endlosen Geldausgaben für alles Mögliche.

„Verschwinden“ kann, bei exakter Diagnose, der Schmerzzustand doch nicht, auch wenn er „ausgeweitet“ daherkommt. Die Mehrzahl der „Schmerzdiagnosen“ erscheint nicht korrekt zu sein, bzw. ohne Beachtung von Kriterien erfolgt zu sein. FM mit den gezählten Tender Points und niedergedrückter Stimmungslage ist ärmlich und sicher nicht ausreichend. Es geht doch wohl um einen Gesamtkrankheitszustand.

Der Ihnen oft mitgegebene gedankenlose Satz, „Sie müssen mit dem Schmerz leben“, aber „wie“ wird einem nicht mit auf den Weg gegeben, ist hier nicht gemeint. Es geht nicht darum, sich passiv dem Schmerz zu ergeben und zu resignieren, sondern ihn **als Teil des Lebens anzunehmen und zu akzeptieren**.

Er steht dann nicht mehr im Zentrum allen Denkens und Handelns.

Der Schmerz soll nicht mehr mein Leben gestalten, sondern ICH gestalte mein Leben und bestimme, was wichtig ist.

Man erhält sehr viel Zeit geschenkt, wenn man sein Leben nicht mehr vollständig auf Schmerzen konzentriert.

Alle Maßnahmen, die Schmerzen beseitigen sollen, beziehen sich meistens auf gerade diese Schmerzen und verstärken diese gleichzeitig.

Schmerzen als unangenehmes Gefühl sind so zu akzeptieren und ohne Bewertung und Deutung „zuzulassen“.

Durch den Versuch, Schmerzen zu **kontrollieren**, wenden wir uns immer mehr den Schmerzen zu. **Schmerzfrei zu werden ist schlicht ein unsinniges Ziel** und verschleudert all ihre Anstrengungen und kostet sehr viel Kraft.

Auch der Rat sich abzulenken, funktioniert nicht immer, da er nur kurzfristig wirksam ist; es ist wohl eher eine Methode der Schmerzvermeidung, sodass sich der Betroffene immer auf der Flucht vor dem Schmerz befindet.

- Die **ACT-Methode** ist effektiv, falls man sie anwenden will, man muss selbst eigenmotiviert handeln, evtl. **sein Leben umkrepeln**, neue Dinge denken, wagen, machen – Sie gehen nun in die Richtung, in die SIE gehen wollen.

Dieser Weg kann erlernt werden – und zwar schrittweise.

Der Schmerzbetreffene lernt, sich nicht mit seinen Gedanken und Gefühlen zu identifizieren, sie zu deuten und sich durch sie beeinflussen zu lassen.

Man lernt also auf den Schmerz zuzugehen, bevor man nur noch Schmerzen „denkt“ und diese das eigene Leben bestimmen.

- Schmerzempfinden führt zu weiteren Gedanken und Gefühlen, auch zu aggressivem Verhalten – Familienmitglieder und Freunde wenden sich in der Folge ab, auch Einsamkeit kann zu Depression führen, Enttäuschungen können folgen, zudem ist Suchtverhalten durch Medikamente nicht zu weit entfernt.

Dieses negative Verhalten stößt Fragestellungen an, wie „was bin ich noch wert“, „war das jetzt alles?“, „bin ich ein Verlierer?“. Selbstmitleid und Verminderung der Selbstwertgefühle werden erlebt.

Die ACT gibt eine **bessere Antwort**: „Ich bin ein anderer, der unabhängig WÄHLEN kann, wohin meine Reise geht“.

Bei den sogenannten **Achtsamkeitsübungen** wird die Aktivität von Hirnzellen verändert.

Man lernt hier und jetzt gedanklich da zu sein, um die negativen automatischen Wege des Denkens und Fühlens zu verlassen.

Ich spreche hier zunächst nur von Atemübungen und dem „Body Scan“, weitere Übungen werden in den Tagesablauf eingebaut.

Diese Übungen können überall angewendet werden.

Unter dem Strich lernen Schmerzbetreffene sich selbst als **Beobachter** wahrzunehmen und ihren Schmerz und ihre negativen Gedanken zu **betrachten: diese Haltung verändert die Wahrnehmung von Schmerzen.**

Nun, womit kann diese „Leere“ nun gefüllt werden? **Mit neuen Inhalten!**



Bei den sogenannten Achtsamkeitsübungen wird die Aktivität von Hirnzellen verändert. Man lernt hier und jetzt gedanklich da zu sein, um die negativen automatischen Wege des Denkens und Fühlens zu verlassen.

Welche Werte sind mir wichtig? Beziehungen, Freizeit, Gesundheit, der Beruf, Hobbys, der Glaube?

Ziel ist: der Schmerz gehört weiterhin zu mir, ich kann ihn nun ertragen, er ist mein kleiner Schmerz, nicht mehr mein großer!

- **Die Grundannahme der KVT**, der kognitiven Verhaltenstherapie besagt, dass Menschen nicht durch **Ereignisse**, sondern durch deren **Bewertung** belastet werden. Das ist der dominierende Ansatz bei chronischen Schmerzen, d. h. die Frage der Betroffenen nach der **Bedeutung, des Woher und Warum**.
Aktuelle Erweiterung: Nicht Schmerzen allein und deren Bewertung, sondern die **Interaktion** zwischen beiden **BESTIMMT**, wie sehr jemand unter Schmerzen **leidet** – und noch wichtiger, wie jemand darauf **reagiert, sein Verhalten**.

Die Bearbeitung von 40 Studien ergab, dass die KVT nur **schwache** Effekte auf die Schmerzintensität zeigt, **minimale** auf die Behinderung und **kleine** auf die Verbesserung der Stimmung (Eccleston, Cochrane Database, 2009, Issue 2).

- **Das heißt nun, in Abwendung von diesem Ansatz, Raum für den Schmerz zuzulassen, ohne ihn zu bekämpfen oder sich dagegen zu wappnen.**
- Das Ziel ist die Verbesserung von Schmerz, Depression, Angst und Behinderung. Weiteres Ziel ist die Verminderung der Zahl der Arztbesuche, die Arbeitsfähigkeit, die Verbesserung der körperlichen Aktivität und der Lebensqualität.

DAS erhalten Sie aber nicht geschenkt – dafür müssen Sie lange und andauernd sowie konsequent arbeiten.

Erlernen der Methode:

- 2 bis 4 Wochen Therapie, an 5 Werktagen von 9 Uhr bis 16:30 Uhr
- 1 3/4 Stunden Gruppe pro Tag, 1–2 Einzelsitzungen pro Woche
- 2 Stunden täglich mit Ergo- und Beschäftigungstherapie
- 2 1/2 Stunden täglich mit Physiotherapie plus Psycho-Edukation

Achtsamkeit: Anleitung in 4 Schritten.

Zuvor formulierte Lebensziele in Bezug auf Familie, nahe Beziehungen, Freunde, Arbeit, Gesundheit können die Basis **für positiv determinierte statt vermeidender Verhaltensweisen werden**.

Mehrere Verhaltensweisen stehen im Widerspruch, bzw. untereinander im Wettbewerb, was steht dem Ziel entgegen (welche Barrieren?), um sich wandeln zu können?

Behandlungsmaßnahmen

Allgemein ist es bedenklich, dass man immer wieder auf eine verzerrte Beurteilung über Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen stößt.

Vorteile werden nur in 11 % korrekt eingeschätzt, Nachteile liegen bei rund 15 %.

Der Nutzen chirurgischer Eingriffe wird zu > 30 % überschätzt, der Schaden ebenso bei > 30 %, zu gering bewertet.

Also überschätzte Vorteile, unterschätzte Nachteile.

Dies führt zu falschen Erwartungen, bzw. Illusionen und zu vielen Eingriffen von geringem Wert. Eine „richtige“ Info erhält man nur zu etwa mehr als 10 % der Fälle. Allgemein wird der Nutzen der Behandlungsmöglichkeiten überschätzt.

- Je länger Stress oder chronischer Stress fortbesteht, desto mehr Zeit hat er, sich negativ auszuwirken. **Kinder werden bei chronischem Stress früh krank** und können die so entstandenen Veränderungen lebenslang mit sich tragen. Dasselbe gilt für ÜBERFORDERNDE EREIGNISSE, die nicht zu bewältigen sind.

Neben den Mahnungen und Warnungen zu gesundem Essen, Bewegung, Körpergewicht sollten Stressfolgen, wie Ausgrenzung, Dauerstreit in der Familie, überfordernde Ereignisse, lange Krankenhausaufenthalte, der Bindungsstil mit in die Betrachtungen einbezogen werden, besonders bei Vorliegen von Dauerschmerzen, d. h. auch bei der Aufnahme der Krankengeschichte.

Der Notfall sollte nicht zum Dauernotfall werden, zum chronischen Zustand.

Ich betone die bereits erwähnten Krankheitsfolgen.

Positive Bindungen lassen das Cortisol tagsüber abfallen, mit Erhöhung der Freisetzung von Oxytocin. Auch der Sympathikus ist mitbeteiligt – Adrenalin, Nor-Adrenalin.

Chronische Schmerzen beeinträchtigen mannigfaltig und führen zur Verhaltensänderung, d. h. es kommt zu maladaptiven – unzureichend angepassten Verhaltensweisen, Einstellungen, Gefühlen, schlechten Essgewohnheiten, Bewegungsarmut, mit hohem

anspruchlosen TV-Konsum; die Glotze läuft immer...



Die Folgen der sozialen Beeinträchtigung, Isolation u. a., wozu auch die Folgen von Dauer-Mobbing gehören, führen zum erwähnten verletzten Sozialleben – dies kann in Schmerzen übergehen, die dann ein eigenes Problem bilden und zu behandeln sind, aber nicht mit Schmerzmitteln.

Hinweise von Dritten, wieder am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen, reichen nicht aus; einfache, wiederholte Ratschläge „mach dies oder das“ führen nicht zur Problemlösung, da die Probleme „tiefer sitzen“.

Man sollte nicht von Therapie/Behandlung sondern von professioneller **Intervention** = Beeinflussung sprechen:

- begleitende Unterstützung, Training sozialer Fähigkeiten – beides erweist sich generell als ineffektiv
- Kontakte schaffen (meisten aber unwirksam)
- als schwierig erweist sich der Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie, von Einübung von „Mindfulness“ = Methode der „Achtsamkeit“

Werden Interventionen abgelehnt, „Was soll das? Ich hab’s doch nicht im Kopf! Was soll ich beim Psychologen“?

Diese Betroffenen sind praktisch nicht behandelbar, dies widerspricht auch kassenärztlich der Mitwirkungspflicht; die „Chemie“ – Psychologe: Betroffener sollte dem zustimmen.

- Rückzug, Alleinsein, Schmerzen führen zu Stress, die Insula (Insel) reagiert auf die sozialen Schmerzen; Verlustereignisse, Verlustgeschehnisse verändern die Gehirnaktivität. Gemeinsame Anstrengungen verbessern die Motivation und führen zu gefühlten positiven Ergebnissen als „Belohnung“. Etwas geben, gemeinschaftliches Handeln, Helfen, ehrenamtliche Tätigkeit ohne Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse aktiviert – schon kleine Handlungen sind positiv.

Also weg vom Rückzug, vom Alleinsein, Vereinsamung, weg von der Selbstunsicherheit, dem Niedergedrücktsein, vom Leiden, nicht alles negativ erleben und deuten. Die genannten Vorschläge führen weg vom Kreislauf von Leid und Isolation.

Wer sich seinem Schicksal passiv ausgeliefert fühlt, erlebt Dauerstress. Verlassen Sie die Grübeleien mit Gedankenverschieben, ängstlichem Nachdenken über sich selbst, Tagträumen und sich dem Alleinsein zu überlassen.

Eine Stress-Reduktion fördert die eigene Selbstwirksamkeit (Autonomie) und erzeugt positive Gefühle.

An 1. Stelle steht das gemeinsame, eigenmotivierte Handeln, also nicht mit dem Kopf allein. Denken sie dabei an Bewegung und gemeinschaftlichem Erleben:

- Geldgeben, es kommt nicht auf die Höhe an, verbessert aber das Befinden.
- Geld für sich selbst ausgeben, für Kino, Musik, Städtereisen, Urlaub – Suche im Internet, es darf auch sehr preiswert sein.
- langandauernde positive Erlebnisse werden lebenslang positiv
- intensive positive Erlebnisse in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter (z. B. in der Gruppe) bleiben lebenslang erhalten
- eigenmotiviertes Suchen und Erleben von gemeinsamen Tätigkeiten: Wandern, Singen, Musizieren (Blockflöte, Gitarre); etwas gemeinsam basteln, Steine suchen und bestimmen, Pilze/Blätter im Wald suchen, dienen dem Aufbau einer vertrauensbildenden Gemeinschaft mit dem Ziel des Beachtens nicht-materieller Werte.

**ZIEL:**

Verringerung von Grübeln, Angst, Stress, gemeinsame Investition in gemeinsame Erlebnisse.

Wir haben nun lange über beeinträchtigende Schmerzzustände aller Art gesprochen. Zu den Behandlungen möchte ich mich auf einige Schmerzzustände beschränken und zwar auf die primären unspezifischen und ausgeweiteten Schmerzen auf dem Boden von andauerndem, chronischem Stress mit seinen komplexen, schwerwiegenden Beeinträchtigungen und psychosozialen Folgen.

Leider ist ein netter Hausarzt und ein Orthopäde unzureichend: bei der Verschreibung, was man zu benötigen meint, einer Spitze bei „wahnsinnigen“ Schmerzen. Alles wird immer verstärkt, überhöht, unerträglich erlebt – es handelt sich ja um eine allgemeine Überempfindlichkeit, um ein chronisches **Stressgeschehen**.

Die „Diagnose“ wird immer noch durch Zählung der Tender points bestimmt, der Aussage, dass Schmerzen „überall“ vorliegen.

Deswegen lacht man ja bundesweit.

„Schmerz“ ist ja ein allgemeinverständliches Phänomen, von „psychischen Dingen“ will man ja sowieso nichts wissen.

Allgemein nennt man heute, seit Mitte 1995, einen Schmerzzustand immer noch „Somatoforme Schmerzstörung“, ohne aber diese psychiatrische Diagnose beim Wort zu nehmen, man spricht dann von einer Störung ohne Krankheitswert, da nur harte, fassbare, objektivierbare Beeinträchtigungen zählen.

Das wird sich auch bei der neuen ICD-11 (zunächst) nicht ändern, da auch hier von unspezifischem und ausgeweitetem (Widespread) Schmerz die Rede ist.

Hat man Ihre Beeinträchtigungen schon einmal ernst genommen oder entledigt man sich ihrer mit einem Rezept oder einer Überweisung?

Ich will Sie hier nicht mit Medikamenten und ihrer oft schwierigen und nebenwirkungsreichen Anwendung belasten/belästigen. Selbstverständlich bleibt es bei der Therapie der vorliegenden Grund-Erkrankungen (Diabetes etc.).

Prinzipiell geht es um Veränderungen im Tagesablauf, Umstellung auf Mischkost (mediterrane), auf Aktivität und leichtem Ausdauersport, evtl. kurzzeitig auf Medikamente und vor allem auf eigenmotivierte Aktivitäten, bevorzugt in einer kleinen Gemeinschaft mit viel Spaß und Lachen. Übungen sind professionell angeleitet zu erlernen und eigenständig fortzuführen, aber mit Kontrollen in Abständen. Es schleichen sich immer wieder Unaufmerksamkeiten und falsche Routinen ein.

Da in der Regel psychische, soziale Probleme, Hilflosigkeit, Angst vor der Zukunft, gefühlte Einsamkeit und Alleinsein vorliegen, sind diese spezifisch anzugehen. Das gilt auch für psychische Parallelerkrankungen, ich nenne hier Angst, Depression, Zwangsstörung und öfter als man denkt, eine posttraumatische Belastungsstörung. Nach Auslösern von akutem und chronischem Stress ist genau und detailliert zu fahnden, da dieser dauerhaft bestehen kann und sehr negative Auswirkungen hat. „Stress“ bedeutet nicht den „täglichen Grabenkrieg“ oder Belastungen Aushalten, Stress ist viel mehr (siehe dazu vorherige Kapitel).

Das ist sehr viel wichtiger als chronische Rückenschmerzen und eine „Bandscheibe“ als Schmerz- und Beeinträchtigungsbegründung.

Verschlimmernd wirkt Katastrophisieren. Meine Schmerzen werden schlimme Folgen haben. Folgen zeigt eher der chronische Stresszustand: zudem Furcht, Angst, dass Bewegung die Erkrankung negativ beeinflussen wird, besonders bei chronischen Rückenschmerzen.

Ähnlich negative Folgen haben Bagatellisieren, Ignorieren, Durchhaltestrategien und Bekämpfen von Schmerzen. Dieses Verhalten fördert den Vorgang der Chronifizierung ungemein. **Die Lösung: Schmerzen in den Alltag einbauen, es sind ja „nur“ Schmerzen ohne Lebensverkürzung, ohne Notwendigkeit zur Operation.** Schmerzen sind eindeutig mit kognitiver Verhaltenstherapie subjektiv zu verbessern. Jeder sollte in diese Technik der KVT zumindest eingewiesen werden, er sollte das Prinzip gut kennen.

Einbau in den Tagesablauf durch „Mindfulness“ ist heute die wichtigste und erfolgreichste Methode, leider wird sie nur wenig professionell eingesetzt; die meisten Psychotherapeuten sind dazu leider (noch) nicht ausgebildet.

Die Methode ist an Meditationstechniken angelehnt – durch MRT-Studien ist nachgewiesen, dass die Gehirnfunktion im Schmerznetzwerk aktiviert wird.

Der Schlüssel zur Schmerzlinderung ist die eigenmotivierte Beschäftigung mit dieser Methode und die regelmäßige tägliche Anwendung.

Falls Sie meinen sollten, Sie hätten dazu keine Zeit, sind Sie falsch beraten, befinden sich auf dem Holzweg oder vertrauen ihrem Orthopäden. Jammern und allen erzählen, wie schlecht es Ihnen geht, ist wohl die letzte Methode. Auch die Spritze vom Orthopäden bei akuten Schmerzen nach 2–5 Stunden Wartezeit ist das nachletzte.

Schieben Sie ihre Schmerzen nicht auf Ihren stärksten belasteten Lebenslauf, gescheiterte Beziehungen; da geht es um andere Dinge, die als Risikofaktoren für ihre Schmerzen anzusehen und zu erkennen sind. Die Bedingungen „machen“ aber keine Schmerzen.

Von depressiver Störung lassen sich Ihre Schmerzen kaum ableiten, sie kann vielmehr vorliegende, auch leichtgradige Schmerzen, verstärken und als quälend erleben lassen.

Eine depressive Störung ist nach Kriterien zu entwickeln, aber selbst Psychiater diagnostizieren eine derartige Störung in der Regel aus dem Bauch heraus oder „diagnostizieren“ eine solche nach Fragebögen. Es ist eine Schande, wie leichtfertig mit psychiatrischen Störungen allgemein, besonders gutachtlich, „umgegangen“ wird.

Viele Betroffene reagieren gut und schmerzlindernd auf „einfache Maßnahmen“ wie eine EXAKTE Diagnose(n). Ich habe in den vergangenen 25 Jahren tausende Schmerzzustände (auch bei der Begutachtung) ohne eine genaue Diagnose gesehen, selbst in der Berufungsinstanz vor den Landessozialgerichten.

Sich bei Wikipedia zu informieren ist kontrapunktiv, ich will den Mist gar nicht weiter kommentieren, der dort bei chronischen Schmerzzuständen mitgeteilt wird.

Informationen hinsichtlich Stressminderung, Verbesserung von Schlaf, Bewegung (besonders bei akuten Schmerzattacken dringend, die Methode der Wahl, am schlimmsten ist Bettruhe von bis zu 3 Wochen), ein einziges gutes Übungsprogramm – das dann auch konsequent zu betreiben ist angesagt – man muss nicht 14 Programme kennen und NICHT anwenden! Natürlich kann man jeder Empfehlung hinterherlaufen, auch jahrelang: Beispiel Frau A. aus A. 2x/Jahr hat Sie endlich ihren Schmerzwegmacher gefunden.

Sehr wichtig ist die Steuerung der Arztkontakte: Kontrolle dieser und Reduktion, auch von irgendwelchen eingeschliffenen Routinebehandlungen („ich hole mir alle 4 Wochen eine Spritze“). Gibt es da einen mit verborgenen Sinn? Fixierung an die Nadel nannten wir das vormals, auch Placebo und ...

Auch die beliebte Rundreise durch die Ärzteschaft erweist sich regelmäßig als Schuss ins „Knie“ mit weiterer Chronifizierung, Abhängigkeitsproblemen, „Igelei“ (wie in 1-Euro-Laden, wo es alles gibt, was man nicht braucht).

Viele Partner machen alles Mögliche, um zu „helfen“, das ist gut und lobenswert, führt aber zu Reisen durch halb Europa, zu Operationen beim unglaublichen Spezialisten in der Provinz, in Grobhinterpoppelshausen.

Kürzlich war eine Patientin im Abstand von einem halben Jahr 3mal im Elsass (Thannhausen) zu Eingriffen an der HWS, natürlich auf „Anraten“ einer guten Freundin. Ergebnis: eine nötige Notfaloperation in der Universität in Hamburg-Eppendorf beim Neuro-Chirurgen.

Noch schlimmer ist, wenn „Geld“ vorhanden ist und die Spezialisten einfach so „abgegrast“ werden. Bei bestimmten seltenen Erkrankungen kann das sinnvoll sein, aber die Diagnose muss stimmen. Ein chronischer Schmerzzustand kommt nun mal nicht selten vor.

Aber auch die verantwortlich arbeitende „Koryphäe“ benötigt Zeit. Die mitgebrachten Unterlagen sagen in der Regel wenig aus, da dort ausschließlich nur Diagnosen, gebietsbezogene Apparate-Ergebnisse und Spritzen dokumentiert sind, abgesehen von 2–4 je 1–2 kg Röntgentüten – „übertreibe ich“?

Schließlich wird nur „Action“ vergütet, Schmerzanalyse und tiefergehende Aufnahme der Krankengeschichte nicht: also findet das Wichtigste NICHT statt. Ohne diese fachübergreifende Tätigkeit ist (fast) alles vergebliche Mühe. Im Hintergrund sollte stets die Überlegung stehen, dass bei chronifizierten Zuständen nur maximal 30–40 % Schmerzlinderung zu erreichen ist; der Einzelne kann mehr oder weniger profitieren.

Vor allen Dingen sollte sich die/der Betroffene keinen Behandlungsrisiken aussetzen. Auch die nicht geprüfte Kunststoff-Bandscheibe aus Frankreich zerbröselt irgendwann.

Nun geraten so die gemeinschaftlichen Aktivitäten bei diesem Wissen immer mehr in den Vordergrund. Diese machen Freude, schaden nicht und die Schmerzen stehen nicht mehr im Vordergrund.

Chronischer Stress-/Chronischer Schmerzzustand – Auszüge aus zwei Gutachten

Sehr geehrter Herr Richter,

ich beziehe mich auf mein fachübergreifendes Gutachten vom 00.00.2017 und fasse die sozialmedizinischen Beurteilungsergebnisse unter Berücksichtigung des fachorthopädischen Zusatz-Gutachtens von Dr. X. vom 00.00.2018 zusammen.

Dr. X. vergleicht seine Bewertung im Rentenrecht mit denen im fachorthopädischen Gutachten Dr. Y. vom 00.00.2017 und dokumentiert „keine wesentliche Abweichung“ der dort erkannten Funktionsstörungen mit der quantitativen Leistungsbeurteilung seines Gutachtens.

Ein Nachtrag erfolgte nach der gutachtlichen Untersuchung. Als Anlage wurde ein aktueller Befundbericht des X-Hospital K. beigefügt, nach stationärer Behandlung der Klägerin vom 00.00. bis 00.00.2018 (siehe auch den Aktenauszug des Berichts der Schmerzzambulanz dieses Hauses vom 00.00.2017).

Die Diagnosen lauten: „Bandscheibenvorfall L5/S1, Wirbelsäulen- und Bandscheibenverschleiß L4/S1“.

Eine neurologische Untersuchung ist nicht dokumentiert!

Man behandelte so eine MRT-Bildgebung konservativ mit PRT-Infiltrationen (neben die Nervenwurzeln), Infusionen und physiotherapeutisch; ambulante, konservative Behandlung sei fortzuführen, die Diagnosen und deren Behandlung seien zu überprüfen, da sich die bisherigen Therapieansätze als völlig ineffektiv gezeigt hätten.

Bitte vergleichen Sie die Funktionsbeeinträchtigungen und die daraus folgenden Diagnosen und deren Bewertung des sozial-medizinischen Leistungsvermögens im GA Dr. Z. vom Dez. 2017.

- Ich beschreibe den orthopädischen Untersuchungsbefund Dr. S. und beschränke mich auf die Auffälligkeiten – Folgerungen und Anmerkungen kursiv ...

Es handelt sich überwiegend um statische Befundung von geringen Auffälligkeiten, aus denen ein chronischer Schmerzzustand nicht zu entwickeln ist. Es ist von fast fehlenden peripheren Auffälligkeiten zu sprechen – eine Funktionsbefundung, wie geschehen, ist daraus kaum zu entwickeln.

Siehe die Befundung der radiologisch ermittelten degenerativen Veränderungen der HWS – beginnende Spondylarthrosen, Facettenarthrosen der unteren HWS, Osteochondrosen C4/5 und C5/6 sowie der BWS – Kyphose im mittleren Abschnitt mit z. T. keilförmig deformierten Spondylarthrosen.

Aus diesen geringgradigen degenerativen Verschleißveränderungen sind keine Funktionsbeeinträchtigungen zu entwickeln, da zwischen den erlebten und für die Probandin realen und leistungsbeeinträchtigenden chronischen Schmerzen KEINE Korrelation vorliegen kann.

Aus diesen Befunden können KEINE Funktionsbeeinträchtigungen ermittelt werden, die zu kodierbaren Diagnosen führen könnten.

Andererseits werden folgende „Erkrankungen“ mitgeteilt: ein X-„Syndrom“ bezeichnet nur die Lokalisation eines Gebiets, dort, wo es sich befindet, nicht mehr und nicht weniger. Der mitgeteilte „Ganzkörperschmerz“ und gar „Funktionsbeeinträchtigungen“ können so nicht begründet werden:

- Chronisch rezidivierendes HWS-Syndrom bei Wirbelsäulenverschleiß und degenerativen Bandscheibenschäden
- Chronisches Brust- und LWS-Syndrom bei Verschleiß und Bandscheibenschaden, Bandscheibenvorfall der unteren LWS
- Schmerzhaft endgradige Funktionseinschränkung beider Schultergelenke auf dem Boden eines sich entwickelnden Schulterengpass-Syndroms und eines sich entwickelnden Schultergelenksverschleißes
- Senk-/Spreizfuß bds.
- Beginnender Hallux valgus bds.
- Generalisierte Fibromyalgie

Zudem lägen chronisch rezidivierende Wirbelsäulenbeschwerden vor.

Kniende und hockend angeforderte Tätigkeiten sollten wegen Verstärkung der Beschwerden im Bereich der LWS nicht angefordert werden, das gilt auch für Zwangshaltungen.

Ebenso seien häufige Überkopf- und Überschulterarbeiten zu vermeiden (wg. HWS-Beschwerden und Schulterschmerzen).

Heben und Tragen von Lasten sei nur kurzfristig bis maximal 10 kg zu leisten.

Chronische Schmerzstörung („Störung“ ist ein psychiatrischer Begriff) der Wirbelsäule verbiete Tätigkeiten auf Gerüsten, Leitern und Regalleitern.

Umwelteinflüsse seien zu vermeiden, da diese zu einem Aufflackern der Beschwerden der Wirbelsäule führen könnten.

Nach den mitgeteilten Befunden und den erwähnten Leistungseinschränkungen seien leichte Tätigkeiten bis zu 6 Stunden werktäglich zumutbar.

Diese Beurteilung schließe nicht das Fibromyalgie-Syndrom ein.

Unter Berücksichtigung dieses chronischen Schmerzsyndroms und der bisherigen frustrierten Therapie sei die Einschätzung eines geringeren Leistungsvermögens durchaus möglich.

Die Gehfähigkeit sei nicht eingeschränkt.

Der ÖPNV und ein Kfz könnten uneingeschränkt benutzt werden.

Die Funktionseinschränkung der LWS läge seit 00.00.2013 vor.

Eine Behebung der „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ sei zukünftig unwahrscheinlich. Bei den Erkrankungen des Halte- und Bewegungssystems handele es sich um Verschleißerscheinungen mit „jahrelangen chronifizierten Beschwerden“.

Eine kausale Therapie sei hier nicht möglich.

Zusammenfassung und Bewertung: chaotischer geht es kaum noch.

- Bei vorliegendem Rentengutachten trifft man auf dauerndes **Schmerzerleben, auf seelische Leiden**, auf eine Diagnose, die als „**Fibromyalgie bzw. Somatisierungsstörung** oder Schmerzerkrankung“ behandelt wird, auch auf orthopädisch orientierte **Funktionsstörungen des Halte- und Bewegungssystems**, die aber nicht im Vordergrund stehen und eher aus den radiologischen Befunden abgeleitet wurden, dabei steht die durch Myogelosen - Muskelkontraktionspunkte/Trigger-Punkte/Stränge mit Astrahlungsphänomenen – **veränderte Skelettmuskulatur im Vordergrund, nicht die degenerativen Veränderungen**.

Aus der Aktenlage war zu ersehen, dass ein **Schmerzzustand** vorliegt mit psychiatrischen **Ko-Morbidität(en)**; aus der Literatur ergibt sich, dass es bei dieser Konstellation zu einer gravierend häufigeren Feststellung von Reduktion des quantitativen Leistungsvermögens kommen kann (M. Philipp, Med. Sach. 2014, S.168ff).

Die unterschiedliche Leistungsbeurteilung kann auch auf Unterschiede in der Diagnostik zurückzuführen sein, durch neu erarbeitete Diagnosen, besonders hinsichtlich psychiatrischer Diagnostik, unter Beachtung der Kriterien, wobei immer daran zu denken ist, dass **Diagnosen sich aus Funktionsbeeinträchtigungen ergeben**. Eine Somatisierungsstörung schlägt nicht oder „kaum“ auf die Leistungsfähigkeit durch, in der Regel wird sie nur als qualitativ wirksam bewertet, obwohl die Symptome eine identische Wirkung auf die Leistungsfähigkeit haben – das ist aber nichts für Organmediziner.

- Aus andauerndem chronischen Stresszustand ergibt sich u. a. ein chronischer Schmerzzustand. Schmerzen werden in der gleichen Hardware im Vorderhirn gespeichert, wie verarbeitet.

Das individuelle Schmerzgeschehen wird durch die bio-psychoziale Gesamtverfassung der Probandin und nicht durch das Ausmaß der peripheren Schädigung bestimmt.

Schmerzen, vor allem chronische, sind etwas völlig anderes als akute (akute werden **als Notfallprogramm im Stresssystem** verarbeitet - Cortisol, Nor-Adrenalin), bei andauerndem Stress chronifiziert die Stressreaktion und kann monate-, jahrelang bestehen bleiben und verändert die daran beteiligten Hirnareale.

- Chronische Schmerzen, speziell ein Schmerzzustand, bedeuten erhebliche Behinderungen und **immer** psychosoziale Folgen.
- Chronifizierung bedeutet nicht „Schwere“ der Beeinträchtigungen, sondern Ausmaß der Auswirkungen, mehrdimensional, nicht als „Mehr“ an Schmerzen, Müdigkeit, u. a. der Symptome.
- Entscheidend wird so der **Gesamtkrankheitszustand** mit seinen globalen Auswirkungen hinsichtlich des Leistungsvermögens.

Jede **psychische Störung ist eine Störung der Gehirnfunktion**, auch oft mit körperlichen Symptomen und Erkrankungen einhergehend; auch jeder interessante Vortrag verändert die Gehirnfunktion.

Der **Grad der Sensitivierung** neuronaler Schaltkreise einerseits und die **bewussten und unbewussten Wahrnehmungen von innen und außen** ergeben das **Ausmaß der** im Gehirn produzierten **Antworten**.

Bei einer Somatisierungsstörung handelt es sich um eine psychiatrische Störung, die geistige Beeinträchtigungen beschreibt und die „beschreibend“ aktuell noch nach



ICD-10 anzuwenden ist, nicht simpel, wie man es oft sieht, nach fehlenden „organischen“ Befunden, z. B. bei „fehlender Funktionsbeeinträchtigung“ im Skelettsystem.

Die Begriffe „**somatoform**“ und „**Schmerzstörung**“ **verschwinden** im (neuen) DSM-5 (05/2013, deutsch 12/2014) wegen Unklarheit und schlechter Studienlage, vor allem durch Aufgabe der Dichotomie körperlich/seelisch. Warten auf die neue kommende ICD-11, die dem **nicht belegten** (H. Merskey, Canada) **Spuk** von Konversion, Konflikt und Schmerzen ein Ende bereitet.

Ebenso wichtig und begründend können psychosoziale Faktoren sein: nach einschneidenden Lebensereignissen, Akutereignissen, wie **Überforderung** bei diesen; hier auffällige Bindungstypologie, körperlich orientierte Behandlung von Schmerzen beim Burn-out sind hier zu beschreiben, Ausgrenzung, Vernachlässigung genuiner psychiatrischer Störungen wird selten deskriptiv (beschreibend) nach Kriterien gesucht und in den Kontext gestellt.

Siehe dazu auch die deutsche Ausgabe der DSM-5, Seite 422.

Schmerz begründung ist u. a. bio-mechanistisch, d. h. auf dem Boden physiologischer/pathophysiologischer Prozesse zu erkennen, kann aber auch Leitsymptom psychischer Störungen sein (PTBS), sowie Subtyp der Körperlichen Belastungsstörung F45.1 nach DSM-5; diese sollten streng diagnostisch differenziert (abgetrennt) werden, abgesehen von neurologischen Begründungen. Siehe auch die Ausprägung von körperlich erlebten Panikattacken mit Luftnot, Enge im Hals, Stiche in der Brust, Magenschmerzen, Angst vor dem Tod und Sterben u. a.

Der Begriff „Fibromyalgie“, die behandlungsbezogene Diagnose heißt Fibromyalgie-Syndrom, wird als Zustand zentraler Sensibilisierung (C. Woolf, Neurobiologie, Harvard, 1997, 2011) verwendet, nicht als Folge von Veränderungen im Bindegewebe (Weichteilrheumatismus!), Skelettsystem und Sehnen, Bändern (obwohl die ICD-10 GM-Kodierung das fordert). Die Grundlagen zu der neuen ICD-11 wurden 06/2018 in Genf von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht.

Man findet heute, besser begründet, auch den Begriff „Stress-induzierte Sensitivierungsprozesse“ (Volumenerhöhung der Amygdala und Schrumpfung des Hippocampus nach frühkindlichen, jugendlichen und späteren Belastungen. Mitbeteiligung der Stressachse – Hippocampus-Hypophyse-Nebenniere (HPA) – und des Sympathikus, der LC-NE – der Locus coeruleus – Nor-Adrenalin-Achse, (U.T. Egle), „Begutachtung...“ – Elsevier 2014).

Schmerz in Abwesenheit von Körperschäden? „Praktisch fehlende organische Befunde“, aber Beobachtbarkeit von konsistenten Beschwerden und Funktionsbehinderungen – Psychopathologie – „kein Befund und trotzdem krank“ (u. a. Hausteiner-Wiehle, Murnau/P. Henningsen, TU München, Klinikum rechts der Isar – Schattauer 2015).

In diesem Gutachten geht es um Stress-induzierte Hypersensitivität. Es handelt sich um einen ZUSTAND mit erhöhter Empfindlichkeit, Muskelschmerzen, starker Müdigkeit, Erschöpfung, Stimmungsschwankungen, kognitiven Beeinträchtigungen wie Konzentrationsmängel, Schlafstörungen u. a.; in der aktuellen Psychosomatik findet man den Begriff „stress-induzierte hyperalgetische Sensitivierungsprozesse“.

- **Immer kommt es zu erheblichen Beeinträchtigungen mit psychosozialen Folgen.** FMS wurde bisher als Schädigungen im Muskel-Skelett-System und im Bindegewebe verstanden und nach WHO – ICD-10 zugeordnet und kodiert – ICD-10 GM M79.70; tatsächlich hat FMS keine Korrelation zu organischen Veränderungen/Schädigungen. Y. N. Harari in Homo Deus unterscheidet das mitteilende und erfahrende Selbst, wobei das Narrative nur den Endpunkt der zuletzt erfahrenen Ereignisse – als Mittelwert – hervorkehrt, nicht „Stärke“ und „Dauer“; p. 296 s der engl. Ausgabe.
- Die durch **Muskelkontraktionsknoten**, Trigger Punkte, veränderte Muskulatur, mit und ohne Ausstrahlungsphänomenen, kann einen Schmerzzustand unterhalten und andauern lassen. Es handelt sich hierbei um ein sekundäres Geschehen, wobei die Muskelfaszien, der N.vagus und die Zytokine eine entscheidende Rolle spielen (Schaible, Jena; Schleip, Ulm).
- Die oft beschriebene Diskrepanz zwischen Schmerzen und Befund besteht nicht im Erleben der Probandin oder zweckgerichteter Ausgestaltung von Schmerzen, sondern in der **unzureichenden Einschätzung** des Gutachters, der ausschließlich nach peripheren mechanistischen Funktionsbeeinträchtigungen Ausschau hält.
- Schmerzerleben ist durch Betrachtung von Strukturschädigungen nicht zu erfassen, d. h. auch der Umkehrschluss ist zu unterlassen (ca. 50 % der Bandscheibenvorfälle sind Beschwerden- und schmerzfrei – Münze werfen). Man trifft zudem immer wieder auf Bemühungen, radiologische Beschreibung von Vorwölbungen (Protrusionen) der Bandscheibe als Schmerzgeneratoren umzudeuten, das gilt auch für degenerative Veränderungen. Selbst 50 % der Vorfälle sind schmerz- und beschwerdefrei. Ein „Bandscheibenvorfall“ im MRT bedeutet gar nichts, besonders ohne neurologische Auffälligkeiten.
- Schmerz an sich ist nicht das Problem, sondern die Chronifizierung mit erheblichen Beeinträchtigungen und **IMMER mit psychosozialen Auswirkungen, auch hinsichtlich der Leistungsfähigkeit. z. B.** als Minderung der Erwerbsfähigkeit.



- Zudem führen unterschwellige Reize aus der Tiefe der Rückenmuskulatur zu nozizeptivem Einstrom über spezialisierte Neurone der Schicht der grauen Substanz des Hinterhorns (Sandkühler, Wien).

Nicht zu vergessen sind bei chronischen Rückenschmerzen Trigger-Punkte der Mm.thoraco-lumbales.

Das Arthron (Segmentkomplex) und biomechanische Vorgänge bei degenerativen Veränderungen spielen aktuell keine Rolle mehr zur Erklärung des Schmerzerlebens.

- Es ging überwiegend um die Überzeugung „organisches Leiden“ der Probandin. Es handelt sich aber um etwas gänzlich anderes, nämlich um die Erfassung komplexer Vorgänge und Zustände von chronifizierten Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit.

Hier liegen erhebliche **Beeinträchtigungen vor** (unabhängig von der „Ursache“) mit zu beschreibenden psychosozialen Folgen.

Schmerzbegründend sind so nicht die Ursachen, besonders nicht sog. degenerative Veränderungen, sondern die Schwere der chronifizierten und anderer Einflussfaktoren (sowie die Anzahl der Schmerzlokalisationen); insgesamt erfolgen die Beeinflussungen von innen und außen, überwiegend unbewusst.

- Diese subjektiv erfahrenen Beeinträchtigungen schlagen nicht nur als QUALITATIVE Einschränkungen (dass sie vorliegen), sondern auch auf die QUANTITATIV wirksame Leistungsfähigkeit, wieviel, in welchem Ausmaß.
- Übersicht: Es erfolgen „angenehme“ Schmerzbewältigungsstrategien, diese bewegen sich eher im Wellnessbereich, wenn diese überhaupt praktiziert werden. Ich betone den sehr hohen (subjektiven) Leidensdruck der Probandin, dieser ist für sie REAL beeinträchtigend.
- Im Vordergrund steht die **subjektiv** „erschöpfte“ schmerzhaftes Skelettmuskulatur mit orthopädisch orientierten Symptomen, Beeinträchtigungen und folglich Diagnosen mit Schwäche, Kraft- und Leistungsminderung, Schmerzen, obwohl ein gewisser Stand an Funktionalität aufrechterhalten wird.

Es geht nicht um Schmerzen allein, wie oben schon dargestellt, sondern parallel und gleichwertig um Antrieb, Stimmung, Leidensdruck, kognitive Fähigkeiten, also um etwas anderes als anatomische Schädigungen.

Soziale Kontakte sind „beeinträchtigt“ bis inexistent.

Das Gesamtkrankheitsgeschehen setzt sich aus dem Schmerzzustand mit Beeinträchtigungen und psychosozialen Folgen, evtl. Ko-Morbiditäten, z. T. durch degenerativ-periphere organische Erkrankungen und betont, im Vordergrund, psychischer Beeinträchtigungen zusammen.

Das Beschwerdebild konnte seit dem Säuglingsalter entwickelt werden, auch mit gestörtem Bindungsverhalten, zudem mit tiefgreifenden überfordernden Lebensereignissen, dauerhaft, chronischen Belastungen, frühkindlichen Belastungen, verändertes Bindungsverhalten, Burn-out, Erschöpfung und übermäßige Reaktionen auf eine Vielzahl von tiefgreifenden Ereignissen. Stress-Belastungen als Risikofaktor für chronische Schmerzen können erfasst werden.

■ Zusammenfassung

Die Anzahl nach Zählung der Tender Points zeigt die Ausweitung von chronischen Schmerzen an, unabhängig von peripheren Schädigungen, die keine Korrelation in der Radiologie zu Schmerzen aufweisen.

Die genannten TPs (Tender Points, ohne anatomische Substanz und Histologie) waren nie für den klinischen Gebrauch konzipiert (ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke – von Anfang an – 1990).

- Die Klägerin und deren Behandler führten Schmerzen zurück auf periphere Schädigungen (Verschleißveränderungen) und Bandscheibenvorfällen ohne neurologische Symptomatik. Zu erfassen sind psychosoziale Beeinträchtigungen. Mehrere zerstörende, überfordernde Ereignisse wurden erlebt und begründen schlussendlich Veränderungen im Verhalten der Probandin.

**Psychiatrische Diagnosen sind getrennt zu stellen
und zu kodieren (aus dem bio-psychosoziale
Krankheitsmodell sind keine psychiatrischen
Ko-Morbiditäten zu entwickeln –
Fabra, Hamburg; Stevens, Tübingen).**



Anmerkung: Man hatte jahrelang mit allen möglichen „Schmerz“-Diagnosen versucht, sich einem chronischen Schmerzgeschehen anzunähern, einem chronifizierten Schmerzzustand – wie er verstanden wurde.

Im Vordergrund der Belastungen und Symptomatik standen allerdings die erheblichen Auswirkungen funktioneller Körperbeschwerden.

Vorgutachtlich scheiterte man an der Aufgabe, die präsentierten Symptome zu konkreten Funktionsbeeinträchtigungen zu bündeln; so blieb es bei der Annäherung mittels der Diagnose einer Somatisierungsstörung mit dem Gedanken, dass so kein Krankheitswert vorlag, da peripher orthopädisch halt keine Leistungsminderung zu belegen war.

- Orthopädischer/Neurologischer Befund

Screening auf Schmerzen in verschiedenen Körperregionen: die PIP-Gelenke D2 und D4 rechts und links bei mittelgradig zunehmender Druck-Palpation mit Schmerzantwort, ebenso die angrenzenden proximalen und distalen Phalangen.

PIP-Gelenk D3 und Phalangen bds. nur mit leichter Schmerzreaktion.

Tiefe Palpation der lateralen Arm- und Beinabschnitte: beide OA und UA und beide OS und US gleichermaßen mit mittelgradiger schmerzhafter Response.

Objektivierender Hinweis auf Schmerzen quer durch den gesamten Körper fehlt, aber die Diskrepanz zwischen Schmerzerleben und peripheren Funktionsbeeinträchtigungen, abgesehen von heftiger Schmerzantwort auf Druckpalpation von Triggerpunkten im linken M.masseter und im linken Temporalis, deutlich weniger im rechten Temporalis und Masseter. Keine Muskelkontraktionsknoten in den Scalenii, den SCMs, in den Digasternuskeln.

Deutlich schmerzhaft Trigger-Punkt-Pakete in beiden Schulterhöhen, jeweils die linke Körperhälfte betont, und zwar mit Ausstrahlungen in die Schultern und die Oberarmschäfte, es handelt sich dabei um sehr empfindliche para-scapuläre Trigger-Punkte medial para-scapulär betont links, um Trigger Punkte in den Infrasspinati und den Teres-Gruppen bds., betont erhebliche Überempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit links, jeweils mit Ausstrahlungen auch in beide Arme, links bis in die Finger.

Keine Bouchard- oder Heberden-Arthritiden in den Endgelenken (PIPs oder DIPs). Keine auffallenden Funktionsbeeinträchtigungen im Achsenskelett und den Extremitäten, aber tiefsitzende, als sehr schmerzhaft beeinträchtigende, andauernde Rückenschmerzen mitgeteilt (keine Links- oder Rechtsverbiegung der Wirbelsäule).

Einige wenige Trigger Punkte in den mittleren und unteren Thorako-lumbales links betont. Extrem schmerzhaft Trigger Punkte besonders im linken, weniger im rechten Quadratus lumborum.

Ein oval förmiges Gebiet von ca. 20x35 cm Fläche von den Ansätzen der Muskulatur an beiden Beckenkämmen nach kranial ist extrem berührungsempfindlich, behindert die Vor- und Rückbeugung. Das linke, weniger das rechte ISG, ist stark schmerzempfindlich mit Ausstrahlungen in die Hüften (> links) und bis in das gesamte linke Bein, rechts nur wenig bis in die hintere Kniebeuge, rechts auch Ausstrahlung nach vorn in den Unterbauch.



Info:

In der Regel zeigt diese Art von tiefen Rückenschmerzen ca. 70–90 % neuropathische Mitbeteiligung (Freyenhagen, Baron, Töle, Leimkühler).

Ein derartiger Schmerz neuropathischer Begründung ist als solcher eine eigene Entität.

Ein Teil der tiefen Rückenschmerzen kann von den ISGs und den Quadrati ausgehen.

Objektive Gewebepathologie liegt nicht vor, abgesehen von einigen Trigger-Punkten-Strängen.

Neurologisch keine Auffälligkeiten bei der MDR- und BHR-Prüfung.

Beim Finger-Nase-Versuch werden beidseits die Nasenflügel berührt. Unauffällige Diadochokinese, muskulär bds. etwas eingeschränkt.

Linkshänderin.

Keine evozierbare taktil dynamische Allodynie, fehlende Evozierung von Kälte-Allodynie (taktildynamisch, punktuell, als windup, Kältestick), keine Nachschwankung, Nachhall. Keine Seitenbetonung.

Bei Prüfung der Pallaesthesia erfolgt keine aversive Reaktion über beiden Außenknöcheln, Prüfung selbst unauffällig.

Der Laseque ist bds. negativ, erst oberhalb von 40 Grad bei zusätzlicher Dorsalflexion des/der Füße und Anheben des Kopfes wird „Ziehen“ mitgeteilt. Die Peroneusgruppen sind unauffällig (Heber, Senker).

Stressfaktoren (psychosozial) können auslösend oder verschlimmernd sein.

Die Behandlung sollte das „**Verletzungsmodell**“, d. h. Schädigungsfolgen, **aufgeben**. Der degenerative radiologische Befund spielt nur eine sekundäre Rolle, ist nicht mit Schmerzen assoziiert.

Es war zur gefühlten, subjektiven Schmerzausweitung und -verstärkung bei Bewegung gekommen mit regionalen Muskelknotenschmerzen.

Psychosomatische Faktoren und schmerzpsychologische Anteile wurden versucht zu beschreiben; mitgeteilter, stimmiger, sozialer Rückzug, Reduktion von Alltagsfunktionen für schwere Arbeiten, ansonsten Hilfe oder Arbeit in Etappen.

Kein Kalottenschmerz bei Beklopfen, Stirn- und Kieferhöhlenregion; die NAPs als wenig empfindlich bei Palpation mitgeteilt.
Deutliche perikraniale Schmerzhaftigkeit mit Trigger-Punkten.

Schmerzhafte Cranio-Mandibuläre Dysfunktion (CMD) links, DD Myoarthropathie (MAP). Kein Schulter- und Beckenschiefstand.

Der Kinn-Sternum-Abstand ist nicht eingeschränkt.

Beweglichkeit und ROM in beiden Schultergelenken gering in alle Richtungen muskulär eingeschränkt, Komplexbewegungen mit Ausweichbewegungen sind zu leisten, bds. o. B.

Brachialgien bds., betont links. Bei Feinbelastung der linken Hand intermittierend auftretende „Verkrampfungen“.

Prüfung der groben Kraft in beiden Händen (überkreuz) mit wenig Kraftminderung (erreicht wird Kraftgrad ca. 4 bds.), mit verlangsamtem Kraftaufbau – die Krafteinwirkung kann mehrere Sekunden gehalten werden.

Keine Hypermobilität.

Insgesamt sind die Bewegungsausschläge der WS (Beugung, Streckung, Rotation, Seitneigung) schmerzhaft wenig muskulär eingeschränkt, abgesehen von sehr schmerzhafter Vorbeugung aus den Hüften.

Zusammengefasst handelt es sich um regionale (sekundäre) Hyperalgesie der Skelettmuskulatur mit Trigger-Punkten (Ausdruck regionaler Sensibilisierung der Muskulatur) in beiden Schulterhöhen, abgesehen von denen im tiefen Rücken und den oben beschriebenen.

Ott/Schober sind als Befund nicht relevant zur Schmerzprüfung, ebenso nicht der Finger-Boden-Abstand. Kein Vorlaufphänomen der ISG.

Die Hüftgelenke sind wenig muskulär beeinträchtigt.

Unauffällige Streckung in beiden Hüftgelenken. Die Strecker erscheinen unauffällig, auch bei Aktivität gegen Widerstand. Die linken Hüftbeuger in Schonhaltung, verbessert bei Wiederholungen der Hüftbeugung. Die gestreckten Beine können auch gegen leichten Widerstand erhoben werden.

Lagerung und Aufsetzen aus der Rückenlage wird langsam, schmerzbetont ausgeführt. In Bauchlage wird versucht, die Hände spontan über dem Kopf zu kreuzen, es gelingt mit Verzögerung.

Knick-Senk-Spreizfüße. Kaum Abrollschmerz. Regelrechte Beschwiellung, Venen- und Sehnenrelief nicht auffällig (allenfalls Besenreiser-Strukturen).

Der Finger-Boden-Abstand 38 cm.

Beide Knie zeigen keine Funktionsbehinderung.

Einbeinstand bds. wackelig, schwankend, 1–2 Sekunden ausführbar. Hacken- und Vorfußgang mit Hilfe (Sicherung gegen Sturz) zu leisten.

Diagnosen (leistungsbeeinträchtigend **):

- **** Chronischer Schmerzzustand** mit erheblichen Beeinträchtigungen (mixed Pain-Aspekt bei chronischen Rückenschmerzen), ICD-10 GM, R52.2, F54, F62.80, d. h. mit psychosomatischem Wechselspiel, psychosozialen Folgen und Symptomen von Persönlichkeitsänderung mit Passivität, Interessenverlust und dysphorischer Stimmungslage.

Anmerkung: Fibromyalgie-Syndrom wird in der WHO-Klassifikation ICD-10 als organische Erkrankung des Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes unter M79.70 kodiert; eine Somatisierungsstörung ergibt sich aber aus Konflikten mittels Konversion und wird unter Somatisierungsstörung F45.0 geführt oder als abgespaltene Kategorie anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.40 begriffen (bei Dauer von unter 2 Jahren als undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1).

Ab 2009 erschien die von der DSM-IV-TR abgeleitete Form als chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Faktoren F45.41.

- ** Neuro-muskuläre Trigger-Punkte/Stränge**, ICD-10 M62.89, sekundäre regionale Schmerzempfindungen, palpierbar, mit Ausstrahlungsphänomenen.

- *** Posttraumatische Belastungsstörung** F43.1 (DSM-5) mit dissoziativen Symptomen, ohne Depersonalisation und ohne Derealisation, teils mit verzögertem Beginn.

Spezifische Phobie F40.231 und 40.248 liegt vor; ist hier aber Symptom einer PTBS.

- ** Panikstörung** F41.0 nach DSM-5 in belastender Ausprägung.

- * Persistierende Depressive Störung** F34.1 nach DSM-5 – diese Störung ist hier nach Kriterien zu entwickeln, ohne Major Depression, in leichtgradiger Ausprägung.

Es handelt sich dabei um ein Amalgam aus dysthymen Störung und chronisch depressiver Stimmungslage.

Das aktuelle Gesamtkrankheitsgeschehen (seit 12/2013) in der heutigen Ausprägung und Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit seit der REHA.

- ** Körperliche (somatische) Belastungsstörung** F45.1 nach DSM-5 ist zu kodieren; sie basiert auf belastenden somatischen Symptomen (ohne dass eine medizinische Erklärung notwendig wäre), in der Art und Weise, wie sie dargeboten und interpretiert werden.

Subtyp mit:

- **überwiegendem Schmerz (für die somatischen Symptome)** mit durchgehendem diffusem Schmerzempfinden, kontextabhängigen und regionalen Schmerzen (muskulär) **andauernd**
- **mittel- bis situativ schwergradiger Ausweitung**

Anmerkung: man hatte jahrelang mit allen möglichen „Schmerz“- Diagnosen versucht, sich einem chronischen Schmerzgeschehen anzunähern, einem chronifizierten Schmerzzustand.

Im Vordergrund der Belastungen und Symptomatik standen allerdings die erheblichen Auswirkungen Funktioneller Körperbeschwerden.

Vorgutachtlich scheiterte man an der Aufgabe, die präsentierten Symptome zu konkreten Funktionsbeeinträchtigungen zu bündeln; so blieb es bei der Annäherung mittels der Diagnose einer Somatisierungsstörung.

* **Extreme Persönlichkeitsänderung** F62.80 ICD-10 GM ist als Folge eines chronischen Schmerzzustands zu diagnostizieren; parallel dazu sind deutliche Beeinträchtigungen zwischenmenschlicher, sozialer und beruflicher Fähigkeiten zu erfassen und beobachten.

Es kam zu sozialem Rückzug, zu passivem Verhalten, Interesseverlust, Anhedonie und Einschränkung bis Sistieren der meisten Aktivitäten.

Müdigkeit, Kraftlosigkeit, fehlende Belastbarkeit, Schlafstörungen, fehlende Energie, reduziertes Selbstbewusstsein, Minderwertigkeitsgefühle, keine Schuldgefühle, aber Konzentrationsstörungen, Gefühl von Hoffnungslosigkeit.

CMD Myoarthropathie links K07.6, Okklusionsstörung, geringgradiger Zahnab-
schliff und wenige Zungenrandimpressionen,

* **Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, M47.8, M47.2, M47.9,**

* **Bandscheibenschädigungen, M51.2, M51.9,**

*** **Chronische Rückenschmerzen** M54.9, hohe neuropathische Mitbeteiligung
G60.0, überwiegend neuro-muskulär, ISG bedingt,

Autoimmunthyreoiditis Hashimoto, substituiert, und Struma nodosa, ICD-10 E03.9,
E04.9.

Die Thematik der Objektivierung ergibt sich eben wegen Aggravation, Simulation, Verdeutlichung. Im vorliegenden Fall musste sehr sorgfältig unterschieden werden: Simulation (bewusstes Vortäuschen zu erkennbaren Zwecken), Aggravation (verschlimmernde/überhöhende Darstellung von Gesundheitsstörungen zu diesen Zwecken), Verdeutlichung (Versuch der Überzeugung des SV vom Vorhandensein der geklagten Symptomatik).

- Nur körperlich leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeiten bis zu 5 kg Heben und Tragen bis zu 10 Metern, Verschieben nur mit Laufrädern
 - Tätigkeiten in wechselnden Positionen, ohne Zwangshaltungen.
 - Gelegentlich im Knien, Hocken, keine Arbeiten im Bücken, in der Rumpfvorbeuge, gelegentlich Überkopf- und Überschulterarbeiten.
 - Gelegentlich bis zu 2 Stufen Höhe.
 - Die Gebrauchsfähigkeit der Hände ist durch leichtgradige Kraftminderung eingeschränkt, bei Feinarbeiten neigt die linke Hand zu „Verkrampfungen“, die Probandin ist Linkshänderin. Die Entfaltung schneller und voller Kraftausübung beider Hände ist gering vermindert, die Feinmotorik ist links für schnelle Griffe, Tastaturbedienung gelegentlich eingeschränkt.
 - Überwiegend sind Arbeiten im Freien (nur unter Witterungsschutz) und unter Witterungseinflüssen zu vermeiden.
 - Arbeiten in Wechselschicht, Nachtschichten, sowie unter Zeitdruck sind nicht anzufordern, Publikumsverkehr ist ebenso zu vermeiden (siehe oben Auftreten von Panikstörungen möglich).
 - Arbeiten mit besonderen, durchschnittlichen Anforderungen an Konzentration, Reaktion sind nicht zu leisten, aber solche mit Übersicht und häufig mit durchschnittlicher Aufmerksamkeit.
 - Keine Einschränkungen hinsichtlich Hör- und Sehvermögen. Bildschirmarbeit gelegentlich, keine Probleme bei umgangssprachlicher Verständigung.
- Das quantitative Leistungsvermögen ist beschränkt auf 3–4 Stunden leichter, gelegentlich mittelschwerer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Bei Betrachtung der zumutbaren Willensanstrengung sind die mit ** gekennzeichneten Funktionsbeeinträchtigungen wegen der Chronifizierung der funktionellen Körperbeeinträchtigungen nicht aus eigener Kraft zu verbessern, zu „überwinden“.

Die Gesundheitsstörungen erscheinen z. T. behandelbar, sind aber wegen der Chronifizierung sich gegenseitig verstärkender Faktoren nach medizinischer Erfahrung nur langfristig zu verbessern, auch abhängig von der Motivationslage der Probandin, da psychische Aspekte routinemäßig gewohnt ausgeblendet wurden.

Es geht um Stimmigkeit, Konsistenz.

Diskussionspunkte:

Es geht um Validität der geltend gemachten Beschwerden, um die hier vorgetragenen Beeinträchtigungen, die beobachtbaren Einschränkungen, die psychopathologischen Befunde, d. h. um Validität und Reliabilität (sind nicht zu unterschätzen).

Die psychopathologischen Befunde konnten schwierig, aber ausreichend erhoben werden. Die Hinweise in den Fragebögen waren hilfreich.

Die AUSWIRKUNGEN auf die Leistungsfähigkeit sind beschrieben.

Die Probandin versuchte, den Gutachter durch terminangepasste Hinweise adäquat die Beschwerden darzustellen. Zeit dazu war ausreichend vorhanden. Z. T. katastrophisierende Darstellung wurde erkannt und in die Beurteilung eingebracht. Übertragungsprobleme konnten diskutiert werden.

Man hatte den Eindruck, dass die „Schmerzdiagnosen“ vorgutachtlich auf dem Fehlen „harter Befunde“ beruhen könnten, indem diese dann in die Psychiatrie verschoben wurden („somatoform“, „Schmerzstörung“, „chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Folgen“, ICD-10).

Das Ausmaß der Beanspruchung des Gesundheitssystems wurde berücksichtigt. Während des Termins bestand beobachtbar keine relative Beschwerdenreduktion (fehlende Inkonsistenz), auch die Bewegungen erfolgten ohne auffällige Problematik. In der Anamnese und Befundung/Beobachtung spielen folgende Faktoren eine Rolle, die zum Erfassen von Funktionsbeeinträchtigungen führten (Namenskonvention Diagnosen): Beginn, Dauer, Merkmale, lindernde/verstärkende Faktoren, Begleitsymptome, Auswirkungen, aktuelle und frühere Behandlungen mit Reaktion und/oder Nebenwirkungen.

Selbsteinschätzung der körperlichen Funktion steht hier nicht klar beobachtbar in engem Zusammenhang mit der aktuellen körperlichen Funktionsfähigkeit. Fehlen körperlicher Pathologie, der Wunsch nach Kompensation ist zunächst nicht ausreichend für die Bewertung, dass die Probandin ein konkretes Ziel erreichen will.

Schmerzen sind ein komplexes multifaktorielles Problem.

Zudem treten strukturelle Schäden und andauernde Schmerzbeschwerden/Beeinträchtigungen nicht unbedingt gemeinsam auf.

Deshalb ist der Versuch notwendig, zu einem umfassenden Überblick zu gelangen (Gesamtgeschehen) und zu bewerten.

Adäquate Schmerzeinschätzung als Teil des Gesamtkrankheitsgeschehens betrifft die Evaluation der gesamten Person (jeweils im Rahmen der Rechtsform).

Es geht unter dem Strich immer um Beeinträchtigungen, um psychosoziale Folgen nach Chronifizierungsvorgängen, d. h. wie immer man das Kind auch benennt, die Auswirkungen und Folgen unterscheiden sich kaum – die Bewertungen ähneln sich so auffallend.

Gutachtlich ist bekannt, dass chronifizierte Schmerzen mit ihren Folgen regelmäßig im Zusammenhang mit Ängsten, depressiver Störung auftreten (Prof. M. Phillip, med. Sach., s. Literatur).

Nach zentraler Sensibilisierung, mit welcher Begründung auch immer, wird ALLES überschießend empfunden und erlebt. Wichtig sind die **konsistenten Beeinträchtigungen (Leiden) und deren Interpretation** durch die Probandin.

Keine Somatisierung/Somatisierungsstörung. Psychotische Elemente waren nicht zu erkennen.

Belastende körperliche Symptome, die die Alltagsfunktionen signifikant beeinträchtigen, wurden im beschriebenen Ausmaß berichtet.

Die Sicht der Herangehensweise ändert sich: **es geht um die Besorgnis, Ängstlichkeit**, den Zeit- und Energieaufwand **hinsichtlich der erlebten Beschwerden**, auch um Schmerzen, falls sie im Vordergrund stehen, um Persistenz und Stratifizierung erlebter Beeinträchtigungen und um deren Interpretation. Die Probandin gibt die Schmerzen an, nicht der Untersucher.

Beschwerden sind ausnahmslos subjektiv und für die Betroffene **real**.

Die Präsentation und Interpretation empfundener und erlebter Beeinträchtigung/Funktionsbeeinträchtigungen zeigen **maladaptive (unpassende)** Gedanken, Gefühle und Verhalten; diese waren, mit ihren inhärenten Beschränkungen nicht vollständig nachvollziehbar, objektivierbar, beobachtbar, überwiegend stimmig, von negativer Antwortverzerrung ist nicht zu sprechen.

Bei der Probandin liegt erheblicher Leidensdruck vor.

Subjektive Beschwerden wurden dargestellt und auf Konsistenz hin geprüft. Der Begriff „zentrale Überempfindlichkeit“ konnte entwickelt werden, sodass untrennbare körperliche und psychische Empfindungen als stark (neurologische fehlen!) überhöht erfasst werden konnten.

Die affektive Verfassung, allgemein die Psychopathologie, konnte hier aber besser, stimmig erfasst werden, da das Material zur Bearbeitung ausgiebig mitgeteilt und schon in den Akten z. T. ausgebreitet worden war (erfolgte Aktenanalyse).

Konsistenz:

Bei der Konsistenzprüfung wurde der Tagesablauf mit einbezogen.

Von Ratlosigkeit der Klägerin ist im Großen und Ganzen zu sprechen, ebenso von teils willensferner Gefühlsverarmung mit Beeinträchtigung der Vitalgefühle.

Leiden und Beeinträchtigung waren so zu erfassen. Vordergründig geschieht Darbietung und Erleben von Schmerzen, die biografische Begründung überfordernder Ereignisse, Burn-out, chronische Belastungen gingen in den Akten (fast) unter. Fehlen wesentlicher peripherer Schäden veranlasste Gutachter, die Beeinträchtigungen umgehend als somatoform, in eine Somatisierungsstörung, eine somatoforme Schmerzstörung, chronische Schmerzen mit psychischen und organischen Faktoren **zu verwandeln**.

Diskrepanz ist teils möglich, obwohl die **Betroffene keinen vollständigen Leistungsabfall erlebt**.

Nie objektive Messbarkeit, daher Beobachtung, Analogieschluss bei angenommener Ursache von Beschwerden, mehrere Symptomarten, Ko-Morbidität, auffällige Persönlichkeitszüge, Persönlichkeitsänderung, mehrdimensionale Ätiologie und Folgen (bio-psychosozial).

Übersicht notwendig hinsichtlich des psychosozialen Kontexts, Erklärungsmodelle, Krankheitsverhalten, Gesamtmuster an Körperbeschwerden, Frage nach dem körperlichen Leitsymptom.

Mitgeteilte Müdigkeit, Energiemangel u. a. führte zu erheblichen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen (Angst, Panikstörung, Vermeidensverhalten, Wiedererinnerungen): die Folgen waren stimmig zu erfassen.

Es handelt sich so um teilweise Inkonsistenz zwischen geklagten Beschwerden, Beobachtbarkeit und körperlichen Untersuchungsbefunden.

Beschwerdvalidierungstests (Testpsychologie) erfassen nur körperliche Beschwerden, d. h. dass das so oder so ist, mit dieser oder jener Wahrscheinlichkeit.

Abgleich der Parameter:

Beschwerden der Probandin sind nachvollziehbar und beobachtbar (das Problem „Schmerz“ wurde besprochen). Bei der Ausprägung der Beschwerden und den hieraus sich ergebenden Einschränkungen ergeben sich KEINE Zweifel.

Die vorangehende Sichtweise entspricht seit vielen Jahren nicht mehr wissenschaftlichen Erkenntnissen; sie erleichterte Nicht-Psych.-Gebieten die Abschiebung chronischer Schmerzen in die Psychiatrie mit der Bewertung „ohne Krankheitswert“, einfach so, ohne Anwendung von Kriterien.

In der DSM-5 und in der kommenden ICD-11 der WHO verschwindet die Somatisierungsstörung der ICD-10 aus Konflikt(en) hergeleitet, ein Konversionsprozess ließ Schmerzen erscheinen, wichtig für den Beginn, die Fortdauer und die Aufrechterhaltung von chronifizierten Schmerzen.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich in der Gesamtheit die beschriebenen Auffälligkeiten.

Die Alltagskompetenzen/-funktionen sind insgesamt beeinträchtigt (Schonverhalten, Ruhe, Wellnessaktivitäten). Im Wesentlichen ist der Haushalt (bis auf delegierte schwere Arbeiten), wenn auch nur oberflächlich, noch zu führen.

Die psychopathologischen Befunde, die Verhaltensbeobachtung ist detailliert nachzulesen.

Auf dem Boden dieser Befunde (Funktionsbeeinträchtigungen) wurden die Diagnosen gestellt (nach ICD-10 und/oder DSM-5). Die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Probandin sind beschrieben.

Die Frage nach **vermeintlicher Objektivierung** stellt sich regelmäßig: Psychometrie, Testpsychologie, Bildgebung (eine Befundung ist hier sekundär, es geht nämlich um die **Auswirkungen** auf der Befundebene).

Es fragt sich auch, welchen Stellenwert die vorliegenden (angeblich) orthopädisch orientierten Beeinträchtigungen spielen. Auch hier sind von den degenerativen Veränderungen in der Bildgebung keine (chronischen) Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen abzuleiten.

Das Zusammenwirken ist untrennbar, da körperlich/seelisch nicht als Entweder/Oder zu betrachten sind.

Die sozialmedizinischen, quantitativen Leistungsbeeinträchtigungen unterliegen nicht nur gefühlten und endgradigen Bewegungseinschränkungen, sondern zudem dem chronischen Schmerzempfinden/-erleben; erhöhtes Schmerzempfinden infolge zentraler Sensibilisierung, verstärkt durch depressive Symptomatik einer chronisch depressiven Störung und anderen psychosomatisch begründbaren Beeinträchtigungen als Funktionelle Körperbehinderungen oder Körperliche Belastungsstörung war deutlich zu entwickeln.

Bei chronischen Schmerzen und multilokulärem Vorkommen geht es nicht mehr um die Diagnose(n) und den Schmerz-„Ursprung“, der „Ursache“: d. h. hinsichtlich von Schmerzempfinden treten die degenerativen Veränderungen in den Hintergrund, da bildgeberische Veränderungen nicht mit Schmerzen zu assoziieren sind, wie schon gesagt.

Persönlichkeitsänderung mit Passivität, Interessenverlust und dysphorischer Stimmungslage.

- Nach Lage der Beeinträchtigungen, der Chronifizierung, der Dauer der Krankheits-symptomatiken, des Gesamtkrankheitszustands, der Ausprägung und besonders der Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, ist die letzte Tätigkeit nicht mehr zu leisten, Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind für leichte Tätigkeiten auf **> 3, aber weniger als 5 Stunden begrenzt.**

Es liegen aber noch zusätzliche wesentliche Funktionsbeeinträchtigungen vor, die oben redundant beschrieben wurden. Keine Einschränkungen hinsichtlich Verantwortungsbewusstsein/Verantwortlichkeit; die geistige Beweglichkeit erscheint eingeschränkt wegen Müdigkeit, schneller Erschöpfbarkeit, fehlender schneller Reaktionsfähigkeit; die Konzentration ist nicht nur subjektiv beeinträchtigt, die Aufmerksamkeit ebenso.

- Es wird berichtet und kann objektiviert werden, dass chronifizierte Schmerzen seit 23 Jahren (1994) empfunden und erlebt werden (im Alter von 23 Jahren). Akute Episode einer Panikstörung 1999.

Von „Ängsten“ wird seit 2000 berichtet. Weitere akute Belastungsreaktionen.

Erneute akute Belastungsreaktion vor 2 Jahren.

Verstärkung und Ausweitung seit Ende 2013, vor der REHA-Maßnahme. Das aktuelle Gesamtkrankheitsgeschehen liegt seitdem unverändert vor.

Die quantitative Leistungsminderung liegt seit Ende 2013 vor, also nicht erst seit Antragstellung.

- Die Beeinträchtigungen wurden aufgezählt und begründet: chronifizierte Schmerzen mit den folgenden Beeinträchtigungen, den psychischen und sozialen Folgen; die multiplen Funktionellen Körperbeschwerden mit ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (Dauerermüdung, schnelle Erschöpfung mit verzögerter Erholbarkeit, regionale beeinträchtigende Muskelschmerzen, Myogelosen, Trigger Punkt-Stränge und Ausstrahlung), Folgen psychischer Beeinträchtigung, Kraftminderung; diffuse negative, unangenehme, muskuläre Beeinträchtigungen; lange andauernde chronifizierte depressive Störung, ohne die Kriterien einer Major Depression zu erreichen (es fehlen dazu mindestens 4 Symptome: DSM 5, s. Manual Seite 217–232, deutsch Dez. 2014).

Folgen bei Tätigkeit über mehr als 4 Stunden: nach medizinischer Erfahrung (mit Vorbehalt) Fehlzeiten über mehr als 6 Monate im Jahr, da für diese Zeitspanne (> 4 Stunden) keine Leistungsfähigkeit vorliegt.

Hier sind Voraussagen nach medizinischer Erfahrung schwierig. Ausfallzeiten von über einem halben Jahr liegen aber im Bereich des Wahrscheinlichen.

Diese Minderung der Erwerbsfähigkeit ist nicht zu beheben, da sie von Behandlern und der Probandin als rein somatisch, mechanistisch begriffen wird.

Deshalb sind auch „Heilmaßnahmen“ nicht förderlich, es sei denn, die Maßnahmen umfassen eine Multimodale Schmerztherapie. Auch bei Anwendung Multimodaler Schmerztherapie (mindestens 100 Stunden) in spezialisierter **interdisziplinär** geführter Einrichtung (außerhalb der Regelleistung der Krankenkassen) ist ein positives Outcome nach medizinischer Erfahrung nicht vorhersehbar.

Falls es wider medizinischer Erfahrung überraschenderweise zu einer, wenn auch geringen, Verbesserung der qualitativen Leistungsfähigkeit kommen würde, d. h. einer Verbesserung der Lebensqualität, ist damit nicht automatisch eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit verbunden.

Danach sind Transferleistungen notwendig, die besondere Aufmerksamkeit im psychologischen/psychosomatischen/psychiatrischen Bereich erfordern, zudem abhängig von der Motivationslage der Probandin.

Für eine nicht wahrscheinliche medizinische Verbesserung ist ein Zeitraum von wenigstens 2–3 Jahren anzusetzen.

- Angeforderte sorgfältige Begründung:

Eine Besserung des Leistungsvermögens erscheint möglich, wenn auch einzuschränken ist, dass eine derartige Verbesserung des Gesundheitszustands nicht automatisch

mit einer Leistungsverbesserung parallel einhergeht. Besonders bei chronifizierten, langjährigen Verläufen gibt es keine sichere Antwort, auch nicht nach medizinischen Erfahrungen.

Zur multimodalen Behandlung (6–8 Wochen zunächst) wären spezielle Einrichtungen auszuwählen, die interdisziplinär diagnostisch und therapeutisch arbeiten (also diejenigen, die diese fachübergreifende, gemeinsame Behandlung wirklich durchführen – und nicht nur abrechnen). 2 Wochen = 10 Tage, bedeuten keine Erfüllung der Anforderung der definierten Leistungen.

Andererseits wird sofort sichtbar, dass die übliche Routinebehandlung der Gebiete hier hilflos und auch überwiegend nicht angebracht ist (Schmerzmittel, Injektionen, Gespräche – und unkoordiniert abläuft u. a.).

Weiterhin ist das Angebot einer **multimodal orientierten Schmerzlinik** zu suchen: DRK Wiesbaden, Casser; Univ. Saarbrücken, Häuser; Murnau, Hausteiner-Wiehle; Rechts der Isar; Henningsen; Hopfen am See; Schön-Kliniken Bad Bramstedt; Prien am Chiemsee.

Behandlungsmotivation war allerdings nicht eindeutig zu erkennen, abgesehen vom utopischen Wunsch „schmerzfrei“ zu werden. Routinemaßnahmen der verschiedenen Gebiete greifen sicherlich nicht, da in der Regel nicht multi-modale Ansätze erfolgen.

Von gewöhnlicher REHA ist dringend abzusehen, da das vorliegende Krankheitsgeschehen üblicherweise so unbeeinflussbar ist. Ein gutachtlich konzipierter Entlassungsbericht besitzt ohnehin kaum einen zielführenden Impact und Folgerungen, da die vorgeschlagenen Maßnahmen üblicherweise abgenickt und nicht implementiert werden.

3-wöchige Herausnahme aus dem Routine-Alltag zeigt regelmäßig kurzfristige Verbesserung der Lebensqualität.

Fazit und Ausblick: Vergebliche körperlich orientierte Behandlungsbemühungen chronifizierten die Beeinträchtigungen. Ohne psychologisch/psychiatrisch/psychosomatische Aufarbeitung kann es zu keiner Verbesserung kommen, voraussetzen sind tragfähige DIAGNOSEN. Unbedingt ist dabei die Motivationslage der Probandin zu beachten und einzuschätzen.

Liegen einmal chronifizierte Schmerzen vor, sind diese nicht auf null zurückzuführen, „wegmachen“ geht nicht. **Schmerzfrei zu werden ist ein unrealistisches Ziel** – und darf deshalb so nicht angeboten werden.

Die Schmerzproblematik findet eben nicht auf rein organischer Ebene statt, sondern mit **seelischen Begründungen und Begleiterscheinungen, sozialen Ursachen und Auswirkungen**. **Dass man das heute noch formulieren muss ...**

- Der Orthopäde Dr. XY. begutachtete die Probandin für die DRV- X und erarbeitete diese Diagnosen:
 - generalisiertes FMS
 - BSV L5/S1, z. Z. ohne Funktionseinschränkungen der LWS
 - Z. n. Borreliose

Er schätzt die Leistungsfähigkeit der Probandin für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in allen unterschiedlichen Positionen in allen Schichtformen mit Einschränkungen im Halte- und Bewegungssystem ein, im zeitlichen Umfang für **6 Stunden und mehr, ebenso für die letzte Arbeit als Verkäuferin.**

Anmerkung: ein Fibromyalgie-Syndrom ist nicht zu diagnostizieren, ebenso liegen ausschließlich muskuläre ausstrahlende Funktionsbeeinträchtigungen in das linke Bein vor. Eine Borreliose war nicht zu diagnostizieren. Dr. Z. beschreibt nur EINE orthopädisch orientierte Gesundheitsstörung. Entsprechend ist die quantitative Einschätzung der Leistungsfähigkeit, die das Gesamtkrankheitsbild mit seinen quantitativen Auswirkungen auch gar nicht beschreiben kann.

Neurologisch teilte Dr. ZX. als Diagnosen mit:

- Fibromyalgie
- lumbaler BSV
- reaktive Angstzustände

Das quantitative Leistungsvermögen bewertete die Gutachterin für leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselnden Positionen, ohne Nachtschicht, weiter wie Dr. M., aber verminderte Leistungsfähigkeit für die **letzte Tätigkeit als Verkäuferin** von nur noch **unter 3 Stunden.**

Anmerkung: Wie mitgeteilt, war die „Diagnose“ Fibromyalgie (oft unkorrekter Weise synonym einer somatoforme Schmerzstörung gesehen) nicht zu stellen. Die Diagnose „Bandscheibenvorfall“ allein ist Rubbish. „Reaktive“ Angstzustände gab es nur in der ICD-9.

Wiederholt erschien die Diagnose (einer unkodierten) Anpassungsstörung:

F43.22 – Angst und depressive Reaktion gemischt, Dauer bis zu 2 Jahren. F43.2 – kurze depressive Reaktion, nicht länger als 1 Monat; F43.21– längere depressive Reaktion, bis zu 2 Jahren kodierbar.

Bei Chronifizierung als Persistierende Depressive Störung, nicht im ICD-10 abbildbar: in der DSM-5 unter F34.1, eine Major Depression ist separat zu kodieren.

Bericht aus einer Schmerzambulanz Anfang 2017:

Anmerkung: Die PTBS blieb unkodiert; nach Kriterien entwickelt? Somatoforme Schmerzstörung synonym FMS, d. h. M-Diagnose = F-Diagnose > Äpfel = Birnen.

- Notwendig sei nun fachgerechte Evaluation der Vorgeschichte, gefolgt von ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, Fortsetzung der Bewegungstherapie.

Dr. Y. legt am 00.00.2017 ein neurologisch-psychiatrisches Fachgutachten vor:

Neurologische Unauffälligkeit hinsichtlich der Hirnnerven, der WS, der oberen und unteren Extremitäten, ebenso seitengerechte Koordination, keine Sensibilitätsstörungen; Fehlen extrapyramidaler, vegetativer, neuropsychologischer Defizite.

Keine Gefühlsstörungen, keine Lähmungen.

Einige Test konnten nicht adäquat ausgeführt werden wegen der mitgeteilten befürchteten Verstärkung von Schmerzen in der LWS.

Psychopathologisch deutliche Fixierung auf Schmerzen, keine Aufmerksamkeits- einbußen oder Konzentrationsstörungen. Keine Aggravation.

Diagnosen:

- Somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4
- Degeneratives HWS-/LWS-Syndrom mit wiederholten Zervikobrachialgien ohne Neurologie ICD-10 M47.2, M53.1

Anmerkung: Die beschriebene Definition einer somatoformen Störung entspricht nicht den Kriterien. Die Auswirkungen degenerativer Veränderungen sind minimal, wie von Dr. F. korrekt beschrieben. Zu betonen ist: KEINE neurologischen Plus- oder Minus-Symptome!

Angststörung oder depressive Störung waren nicht zu erfassen.

Keine PTBS (angeblich fehlende Kriterien).

FM entspräche sinngemäß einer somatoformen Schmerzstörung.

Anmerkung: Siehe aber auch die Definition der WHO – ICD-10 M79.70 – rein organisch. Die sich in Arbeit befindliche ICD-11 wird von primären chronischen Schmerzen (Widespread pain) sprechen.

Der Tagesablauf ist durchaus strukturiert.

Das Leistungsvermögen lässt sich wie folgt beschreiben: leichte Arbeiten für 6 Stun-

den und mehr bei Beachtung der qualitativen Einschränkungen; in wechselnden Positionen mit selbst bestimmbarer Körperposition, keine Nachtschichtarbeit oder solche unter Zeitdruck, nur geistig mittelschwere, ohne Notwendigkeit zusätzlicher Pausen. Ambulante Psychotherapie könnte Besserung des Gesundheitszustands bewirken, eine Besserung der Leistungsfähigkeit wäre jedoch nicht zu erwarten.

Anmerkung: Da war doch nichts – nun Psychotherapie?

Fachorthopädische Begutachtung vom mit den Diagnosen:

- HWS-Syndrom mit kaudaler Diskopathie (Bandscheibenschaden im unteren HWS-Bereich) und Neuroforamenstenose (knöcherne Verengung des Nervenaustrittskanals) und endgradiger Funktionseinschränkung,
- Myostatisches BWS- und LWS-Syndrom mit Osteochondrose L4 bis S1 und schmerzbedingt endgradiger Funktionseinschränkung (muskelbedingte Veränderungen im HWS-/BWS-Bereich mit Verschleißveränderungen),
- PHS (entzündliche Veränderungen im Schultergelenk) bds., mit beginnender ACG-Arthrose (Verschleiß im Schultergelenk) und endgradiger Funktionseinschränkung,

Anmerkung: „HWS-Syndrom“ mit etwas Degenerativem, ansonsten wenig, auch bei der BWS und LWS. Hervorgehoben wird ein statisches Muskelproblem (mit welchen Auswirkungen?).

PHS (Entzündung im Schultergelenk) etc. ist aus Vorberichten, Vorgutachten übernommen: nur „endgradige“ Funktionseinschränkung. Hier keine wesentliche Funktionseinschränkung; die leicht- bis gelegentlich mittelgradigen Funktionsbeeinträchtigungen des linken Arms und der linken Hand ergeben sich aus Ausstrahlungsphänomenen der neuro-muskulären Trigger Punkte/Pakete um die linke Scapula herum (Infraspinati, Teres-Gruppe).

Beide Gutachten mit dürftigen Diagnosen, praktisch ohne Auswirkungen. Nun soll noch ein orthopädisches GA folgen...

- Als Ergebnis der jetzigen gutachtlichen Bemühungen erscheint der Gesamtkrankheitszustand mit den sich ergebenden Ausprägungen und Auswirkungen auf das Leistungsvermögen.

Die Funktionsbeeinträchtigungen, die sich ungünstig negativ in zeitlicher Hinsicht auswirken, spielen wechselseitig eine sich verstärkende Rolle.

Die degenerativen Veränderungen im Halte- und Bewegungssystem sind nicht mit Schmerzempfinden korreliert.

Die Betroffene erlebt und empfindet körperliche, psychische sowie soziale Beeinträchtigungen als überempfindlich, überhöht, verstärkt, ausgeweitet, d. h. Erleben und Empfinden von funktionellen Beeinträchtigungen mit katastrophisierender Verarbeitung.

Regionale Schmerzen wurden stimmig, konsistent und authentisch vorgetragen und konnten auch sicher erfasst werden.

Zusammenfassung:

Es haben sich bei den Diagnosen (die aus Funktionsbeeinträchtigungen und Beschwerdensymptomen entwickelt wurden) Änderungen- und Abweichungen im Vergleich zu den Vorgutachten ergeben mit Entwicklung quantitativer Leistungsbeeinträchtigung, die bisher nur vereinzelt erkennbar und dargestellt wurde.

Andererseits änderte sich auch nur die Sichtweise, indem die periphere Pathologie nur eine untergeordnete Stellung erhält (wie vorgutachtlich in Berichten und auch Gutachten angedeutet).

Insgesamt lag vor den Berichterstattern und Gutachtern die Aufgabe, Schmerzerleben, ein Fibromyalgie-Syndrom als Somatisierungsstörung, weitere seelische Leiden (gleichwertig) und vermeintliche Funktionsstörungen im Halte- und Bewegungssystem nach sozialmedizinischen Vorgaben zu bearbeiten.

Gegenüber den vorliegenden Befunden ist keine Änderung seit 2014 eingetreten.

So erscheint das quantitative (sozial-medizinische) Leistungsvermögen der Klägerin ausreichend erklärt. Es wurde WERT AUF INTERDISZIPLINÄRE Bearbeitung gelegt – die ja das Wesentliche der allgemeinmedizinischen und fachübergreifenden schmerzmedizinischen Arbeit bedeutet (s. auch Rubrum).

Schlussfolgerungen:

Dr. XX. erfasst gutachtlich nur wenige periphere organische Schädigungen in seinem Fachgebiet, die dann aber zu erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen führen sollen (die unkodiert im Raum stehen).

Orthopädisch sind die chronischen Schmerzen aber nicht zuzuordnen, – dies erklärt die jahrelangen frustranen körperlich/organischen Behandlungsansätze; diese waren organisch/orthopädisch orientiert und verliefen so im Sand.

Die radiologischen Verschleißveränderungen waren ohne Korrelation zu erlebten und mitgeteilten Dauerschmerzen.

„Syndrome“ von Abschnitten der Wirbelsäule überwiegen, geben aber nur die Lokalisation der funktionellen Veränderungen an.

So überrascht die begutachtete Einschätzung des verbliebenen quantitativen Leistungsvermögens: leichte Tätigkeiten bis zu 6 Stunden werktäglich. Die Hauptrolle bei der quantitativ erfassten Leistungsminderung spielte wohl das nicht-orthopädische, unkodierte „Generalisierte Fibromyalgie-Syndrom“ (das bei somatoformer Zuordnung „ohne Krankheitswert“ sein soll). Das ist aber nicht der Diagnose, der Klassifikation anzulasten, sondern den Gutachtern, die psychosoziale, psychologische und pathopsychologische Beeinträchtigungen in ihrer Wertigkeit (immer noch Trennung psychisch: organisch) nicht akzeptieren.

Die Minderung der sozial-medizinischen Leistungsfähigkeit begründet sich vielmehr durch differente Funktionsbeeinträchtigungen, die im nun vorliegenden GA ermittelt, kodiert und bewertet sich wiederfinden.

Diese vermeintlichen orthopädisch verstandenen Funktionsbeeinträchtigungen werden aber fehlerhaft einem Fibromyalgie-Syndrom angelastet, ein „generalisiertes“ ist inexistent, zudem hier nicht kodiert.



Leitlinie Begutachtung chronischer Schmerzzustände Herbst 2017

Wie Sie wissen, stehen chronische Schmerzen oft im Vordergrund vieler Beschwerden/Funktionsbeeinträchtigungen. Es geht um die neutrale Feststellung von Art und Umfang geklagter Schmerzen und den damit verbundenen Folgen (u. a. psychosozial).

Wichtig ist das Wissen um Schmerzentstehung, -verarbeitung und -chronifizierung. Zudem geht es nicht nur um Kompetenz hinsichtlich körperlicher Zustände, sondern auch – und oft betont – um derartige psychische, psychiatrische und psychosomatisch orientierte Beeinträchtigungen, d. h. es handelt sich um fachübergreifende (interdisziplinäre) Arbeit.

Oft trifft man auf Diskrepanz zwischen Schmerzerleben und objektivierbaren Schädigungen, diese Sicht allein ist aber nicht mehr zulässig, da auch psychische Beschwerden objektivierbar und gleiche Wertigkeit bedeuten! Falls parallel mit Schmerzen psychische Erkrankungen zu erfassen sind, sollten getrennte Diagnosen erfolgen. Getrennt davon sind besondere Schmerzsyndrome zu beschreiben, ich nenne hier u. a. den Phantomschmerz, das CRPS, die PTBS.

Schmerz ist ja das, was man fühlt. Schmerz ist also immer subjektiv.

Das wird aber wieder nicht in der Leitlinie deutlich.

Einseitig orientierte Behandlungen – rein körperliche Ursachenbegründung, keine fachübergreifende Diagnostik, fehlerhafter Einsatz von starken Opioiden, um nur einige zu nennen, sind Behandlungsfehler.

Mehrere Schmerzkategorien sind zu unterscheiden und nach der dann neuen ICD-11 oder nach der DSM-5 zu kodieren. Körperlich orientierte Diagnosen sind von denen psychischer Art IMMER getrennt darzustellen.

Die oft angewendete Diagnose-Kodierung ICD-10 F45.41 – chronische Schmerzen mit körperlichen und psychischen Faktoren – ergibt sich nicht automatisch wegen des Vorliegens chronischer Schmerzen. Diese wird häufig bei unzureichender Expertise und Kompetenz ohne Anwendung von Kriterien aus dem Bauch heraus gestellt.

Schmerzen kann man nicht messen, auch nicht quantifizieren in leicht, mittel-, schwergradig.

Sie treten auf:

- nach Gewebeschädigung und -erkrankung
- leider wird immer noch zwischen „gewöhnlichen“ und „außergewöhnlichen“ Schmerzen unterschieden, besonders bei der Begutachtung in der Gesetzlichen Unfall-Versicherung (GUV)
- Mischbilder von Schmerzen bei Gewebeschädigung, verschlimmert durch psychische Parallelerkrankung und Beachtung neuropathischer Anteile; auch durch unzureichende und fehlerhafte, fehlende Behandlungen, mangelhafte Motivation
- Schmerzen bei psychischer Grunderkrankung
- Schmerzen bei stress-induzierter Hypersensitivität

Also geht es um die Aufgabe, Schmerzen detailliert im täglichen Leben (der sozialen Teilhabe, der Aktivitäten), auch im zeitlichen Verlauf, zu erfassen; ebenso der Entwicklung des Erlebens, der Behandlungsmaßnahmen detailliert zu erfassen und evt. auch zu hinterfragen. Anwendung von Fragebögen, um Hinweise auf bisher unbekannte Problematiken zu erhalten und diesen dann nachzugehen.

Auffällige Befunde der Bildgebung sind unspezifisch und kommen auch bei gesunden Menschen vor (Bandscheibenvorfälle).

Prüfung auf Konsistenz (Stimmigkeit) der Beschwerden und Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Krankengeschichte, dem aktuellen Zustand, den Befunden und der Beobachtung. Beantwortung der Fragen der Steuerbarkeit unter Beachtung persönlicher Ressourcen.

Oft liegt komplexe, widersprüchliche Befundlage vor (deutlich erhöhter Zeit- und Bewertungsaufwand). Es geht um belegbare Auswirkungen der chronischen Schmerzen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und auf psychosoziale Funktionen.

Zu erfassen sind fehlgeschlagene Behandlungsanstrengungen, die Persönlichkeitszüge (Persönlichkeitsstörungen), welche Kompensationsmöglichkeiten liegen vor („nicht können oder nicht wollen“, da Dauerschmerzen). Höhe des Schmerzerlebens –

wahnsinnig, lähmend – und der Chronifizierungsgrad sind nicht brauchbar, da beide keine Aussage über die Funktionsbeeinträchtigungen geben können.

Die Beurteilung umfasst sichere Diagnosen, anhaltende Funktionsbeeinträchtigungen z. B. von Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Einschränkung von Aktivitäten, sozialer Rückzug, Erschöpfbarkeit, eigene Vernachlässigung, mehrjähriger Verlauf, vergebliche Behandlungen, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, viele invasive Maßnahmen. Einsatz eigener Mittel, gestörte Selbstwahrnehmung, verminderte Steuerungsfähigkeit von Affekten/Impulsen, wenig Flexibilität, gestörte Kontaktfähigkeit; überall Probleme: Mobbing, Kränkungen, Verlust des Arbeitsplatzes, Familie, Verstärkung durch den Arzt, Alter, wenig Bildung, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz.

Zu beachten sind auch folgende Hinweise:

- körperlich funktionelle Beeinträchtigungen
- emotionale Beschwerden/Beeinträchtigungen, wie Ängste, Zwänge, depressives Denken
- Beeinträchtigungen der sozialen Dimension, wie Rückzugsverhalten, Gereiztheit, Misstrauen

Wichtig:

Liegen die geklagten Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen tatsächlich vor?

- Diskrepanz zwischen geklagter Intensität der Beschwerden, Schmerz- und Funktionsschilderungen vage und diffus
- Diskrepanz zwischen Schilderung massiver Beschwerden und Befundung in der gutachtlichen Situation
- Diskrepanz zwischen Aktenlage, Schilderung, Verhalten
- Diskrepanz zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und intaktem Funktionsniveau im Alltag, in der Familie, Haus-/Gartenarbeiten u. a.
- Desinteresse, Freudlosigkeit, Antriebsmangel

Selbsthilfe

Die Selbsthilfe ist aus unserem Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken.

In vielerlei Hinsicht ergänzt die Selbsthilfearbeit die professionelle Arbeit der Ärzte und Physiotherapeuten und wird von den Krankenkassen entsprechend unterstützt und gefördert.

In den verschiedensten Selbsthilfegruppen die es gibt, finden Menschen die mit einer Behinderung leben müssen, sowie chronisch Kranke Hilfe, Rat und Unterstützung. Dort teilen sich Betroffene ihre Sorgen mit und finden gemeinsame Lösungen und können sich so gegenseitig unterstützen.

Selbsthilfegruppen dienen im Wesentlichen dem Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen und Angehörigen, der praktischen Lebenshilfe sowie der gegenseitigen emotionalen Unterstützung und Motivation.

Um sich mit der Fibromyalgie-Erkrankung besser auseinanderzusetzen und damit leben zu können, ist es besonders wichtig sich auszutauschen. Betroffene können mitfühlen, mitreden und empfinden! Nur durch gegenseitigem Verstehen und Mut zuzusprechen sind solche Aufgaben zu meistern.

Und hier folgen noch einige Tipps:

Zeit haben (oder sich dringend nehmen) für Information und Austausch von Verbesserungsmöglichkeiten bei chronisch Erkrankten und zwar gemeinsam auch bei gesellschaftlichen Aktivitäten.

In der Arbeit der Selbsthilfe ist nicht Arztschelte, allgemeine Unzufriedenheit, Diskussion über die Unzulänglichkeiten des Gesundheitssystems in den Vordergrund zu stellen.

Obwohl zunehmend allein, einsam, ist der Mensch ein soziales Wesen.

Eine Selbsthilfegruppe beschränkt sich nicht auf die Herausgabe eines Flyers, investiert nicht allein in öffentliche Veranstaltungen, macht Pressearbeit, hat eine schicke Homepage. Hier geht es hauptsächlich um Austausch, Informationen und gegenseitiges Verständnis. Da ja alle Teilnehmer mehr oder weniger die gleichen Beschwerden, Beeinträchtigungen und Probleme haben, profitieren alle von den Erfahrungen des Einzelnen. Dies wird als sehr hilfreich empfunden.

Es gibt viel mehr Möglichkeiten, ohne Medikamente oder Apparate gegen Schmerzen, Angst und Depression vorzugehen, als den meisten bewusst oder bekannt ist, oder ganz bewusst Hilfe abzulehnen, die etwas mit „Psyche“ zu tun hat. Es geht sicher nicht um den Austausch von Adressen von einem Spritzendoktor in Burghausen.

Ihr Armen, hier liegt der Hase im Pfeffer; Opiode machen euch nur kaputt, besonders wenn die Einnahme nicht angebracht ist. Den meisten SHG-Teilnehmern fehlt sowieso eine exakte Diagnose, mit den (zugehörigen) Parallelerkrankungen. Das soll heißen – viele Schmerz Betroffene sind ohne exakte Diagnose(n), auch die vielen Parallelerkrankungen zu „Schmerzen“ sind generell nicht nach Vorgaben diagnostiziert.

Offensichtlich verfehlen die etablierten Strategien für Chroniker ihr Ziel. Da muss es doch etwas anderes geben: dies herauszuarbeiten war Ziel der Artikel in diesem Buch.

Dieses „Andere“ möchte ich hier zusammenfassen, da es direkt die Gemeinschaft und deren gemeinsame Aktivitäten angeht. Andererseits sind die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen zu präzisieren.

Schmerz ist auch eine „einsame“ Erfahrung, die den Betroffenen auf sich selbst zurückdrängt, allein ist es wegen der Komplexität schwierig damit fertig zu werden.

Die Gesellschaft verändert sich. Wegen der zunehmenden Individualisierung, Stressbelastung, dem sozialen Rückzug (betont durch soziale Medien, die genau das Gegenteil von dem sind, was sie vorgeben zu sein), ist es so wichtig, zu gemeinsamen Aktivitäten zurückzukehren.

Die Verarbeitung von chronischem Stress geschieht halt in den Hirnregionen, die auch für chronischen Schmerz zuständig sind. Die Behandlung von körperlichen, organischen Schmerzzuständen ist nicht das Problem, sondern die der begleitenden Beeinträchtigungen, Diagnosen, der psychosozialen Folgen.

DAFÜR ist unser Gesundheitssystem nicht geeignet, dafür gibt es kein Geld. Priorität hat: sich um sich selbst kümmern.

Also müssen wir das in besonderen Gruppen machen. Welche Leute mit welchen Krankheiten zusammenkommen, ist zweitrangig. **Es geht eigentlich immer um ähnliche Folgeproblematiken.**

Hoffen Sie nicht darauf, dass Ihnen geholfen wird. Es gibt so viel mehr als medizinische Behandlung. Auch die etablierte psychologische Psychotherapie lässt Sie in der Regel im Stich. Das Wichtigste bei chronischen Stress-/Schmerzzuständen ist eine interdisziplinär erarbeitete exakte Diagnose – und eine gute Selbsthilfegruppe! Lassen Sie aber eine professionelle kognitive Verhaltenstherapie und die Methode der „Mindfulness“ („Achtsamkeit“) nicht aus. Hier als ACT dargestellt.

**Tun Sie was, bewegen Sie sich,
machen Sie es GEMEINSAM, unterstützen Sie sich!**

.... zum SCHLUSS

Ich hoffe, Sie haben sich durch einige für Sie interessante Kapitel durchgearbeitet, durchgewühlt.

Was verstehen wir unter „Schmerzen“? Ist doch ganz schön kompliziert ...

Sie wissen aber nun, dass Sie diese beeinflussen können – das ist doch nicht nur ein bisschen Hoffnung. Wissen und Verständnis soll Sie nun zum passenden Verhalten gegenüber Schmerzen veranlassen. Sie sollten sich da hineinknien und eigenmotiviert nach Lösungen suchen, damit Schmerz NICHT Ihr Leben bestimmt.

Sie wissen ja, die dosierte Wiederholung ist das Salz in der Suppe.

Was Ihnen nicht gefallen hat, zu viel Unverständliches? Schimpfen Sie nicht – sagen Sie es mir.

Sie haben erfahren können, welche komplexen Probleme ein Dauer-Schmerzzustand mit sich bringt und welche Rolle die verschiedenen Abteilungen des Gehirns mit ihrem Netzwerk spielen.

Dieses Buch versuchte Ihnen mitzuteilen, dass außer Schmerzen noch viele andere Emotionen, Beschwerden und Beeinträchtigungen vorliegen können. Schmerzen werden oft vorgetragen, obwohl da etwas ganz anderes im Vordergrund steht, beeinträchtigt.

Die Betroffenen meinen, dass ein Behandler auf „Schmerzen“ eher anspringt, eher zuhört als auf andere Beschwerden (z. B. Müdigkeit, Mattigkeit usw.) – und innerlich nur lächelt oder die Augen verdreht.

Sie waren der Ansicht, dass ein Behandler etwas von „Schmerzen versteht“, waren aber oft bitter enttäuscht, dass Sie nur eine Überweisung oder mehrere Überweisungen quer durch die Fachgebiete erhielten, die noch weniger damit anfangen konnten.

Manchmal schaute der „Untersucher“ noch nicht einmal von seinem Monitor auf, geschweige denn hörte er aktiv und aufmerksam zu, mit Mitgefühl oder stellte (Nach)-fragen.

Verschreibung von Schmerzmitteln, da Schmerzen ja mit Schmerzmitteln zu behandeln sind!?! Womit denn sonst! Ich hoffe, Sie wissen es nun besser.

Sie haben erfahren, welche Rolle die von innen und von außen herangetragenen Einflüsse spielen, die bewussten und noch mehr die unbewussten.

Es geht so nicht (ausschließlich) um irgendwelche durch Labormethoden, Untersuchungen, der Bildgebung erfassbaren Veränderungen im Körper, in der Wirbelsäule, in den Muskeln, Sehnen und Bändern, den Gelenken und Weichteilen.

Im Medizinstudium habe ich nichts über Schmerzen erfahren. Erst auf der Intensivstation des Inselspitals in Bern habe ich von zwei jungen Chefs etwas darüber erfahren.

Erst über die Anästhesie (regionale, örtliche Betäubung, Allgemeinanästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Rettungswesen) kam ich 1972/1973 in Kontakt mit dem „neuen“ Gebiet der „Schmerzmedizin“. Als Chefarzt vermittelte mir der Leitende Chirurg, dass ich ja nur Erfüllungsgehilfe für die Chirurgie sein könnte.

Sehr schnell habe ich die lukrative Stellung gekündigt und mich auf Rat eines guten Freundes der Allgemeinmedizin zugewendet, mit dem Hintergrund, dass ich ja nun „fachübergreifend“ tätig sein könne, um mich auch in Richtung Schmerzmedizin zu orientieren, fachübergreifend und gutachtlich.

Heute geht die Runde, dass Schmerzmedizin nur durch einen Opioid-Hersteller, auch in Deutschland, gesponsert und vertrieben wurde. Das mag für die 90er Jahre z. T. gelten. Heute erwarten wir aber ein „Überschwappen“ von einem bestimmten Opioid aus den Staaten nach Europa ...

Sehr schnell wurden die Methoden der Schmerzlinderung, die vorwiegend aus Injektionen querbeet an schmerzende Gebiete, Regionen bestand, frei nach dem Sizilianer aus Seattle, Bonica, der selbst als Schmerz betroffener sich von seinen Mitarbeitern (die Gruppe bestand nur aus berühmten Namen, die die Schmerzmedizin weltweit als Spritzenakrobaten voranbrachten) behandeln ließ. Regionale Blockaden, die Regionalanaesthesie lernte ich z. B. von Moore. Sein Buch, 4. Auflage 1975, steht heute noch sichtbar in meiner Nähe, wie ein Schatz.

Keine Rede von Psyche, sozialen Problemen. Ich wunderte mich, dass ein Rückenschmerz betroffener durch eine „Blockade“ im tiefen Rücken nur 2–3 Stunden schmerzfrei war, dass aber diese umso heftiger zurückkamen. Da musste es noch etwas anderes geben. Führend waren damals die Amerikaner und Schweden.

Anfang der 80er Jahre sprach eine Gruppe des neugegründeten „Schmerztherapeutischen Kollegiums“ in Deutschland von Schmerzen und deren „psychosozialen Aspekten“. Die Kliniker an Universitäten und großen Krankenhäusern gründeten einen mehr wissenschaftlich orientierten Verein, einen Ableger der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, die Deutsche Schmerzgesellschaft, und zwar 1976, ein Jahr nach dem ersten Weltkongress der internationalen Gesellschaft in Florenz; einer der Teilnehmer war ein gewisser kleiner Doktor.

Schließlich fand ich ein spezielles Arbeitsgebiet, nämlich das der chronischen Schmerzen, dessen chamäleonartige Vielschichtigkeit ich damals nicht ahnte. Mit einem invalidisierenden Schmerzzustand wusste man nichts anzufangen, führte ihn auf organische Schädigungen zurück, nannte diesen Ende der 80er Jahre „fibromyalgia“, im deutschsprachigen Raum fügte man noch einige Beschwerden/Beeinträchtigungen hinzu und sprach vom Fibromyalgie-Syndrom. Schließlich reservierte man eine „Somatisierungsstörung“ für diesen Zustand. Später kamen dann die körperlichen und psychischen Anteile hinzu. Aktuell ist die Rede von chronischen primären Schmerzen.

Die Diagnose wurde festgemacht an einer Zählung von sog. Tender Points (ohne dass irgendetwas Anatomisches, Fassbares vorlag), die Punkte wurden nach 164 Raster-Quadraten an bestimmten Patienten ausgewählt.

Schon damals verdrehten Neurologen, Orthopäden die Augen, wenn sie etwas von FM hörten.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkannte FM als Erkrankung an, die man klassifizieren und kodieren konnte; begründete sie aber auf Gewebeschädigungen im Muskel-/Skelett-/Bindegewebssystem. Hier befand man sich vollständig auf dem Holzweg. Auch eine Small-Fiber-Neuropathie konnte nichts zur weiteren Klärung beitragen.

Über eine Somatisierungsstörung, der Somatoformen (körperbezogenen) Schmerzstörung, die von Neurologen, Orthopäden u. a. einfach so, aus dem Bauch heraus, als „Schmerzdiagnose“ die Welt erblickte, stehen wir nun vor der Aufgabe, eine neue Klassifikation zu erarbeiten, die die Fehleinschätzungen eines chronischen Schmerzzustands zu korrigieren versucht.

Zurückblickend bin ich froh und dankbar, Teil dieser Entwicklung gewesen zu sein. Ich wünsche mir, dass Leid, Leidensdruck, Beeinträchtigungen, sowie Folgen, die die Betroffenen ihr Leben lang begleiten können, mit Empathie, aktivem Zuhören, ausgestattet mit besserem Wissen erfasst und bewertet, anerkannt werden.

Die „alten“ Vorstellungen von Schmerzen der vergangenen Jahre (von 1960 bis 2000), „Reste“ davon überdauern bis heute, sollten endlich anderen Vorstellungen weichen; Teile davon konnten Sie hier nachvollziehen.

Ich hoffe zudem, dass sich psychotherapeutische Behandlungsmethoden, die klinische Wissenschaft der Psychosomatik und Psychiatrie intensiver mit Schmerzzuständen auseinandersetzen werden (Ansätze dazu gibt es).

Selbst die Psychiatrie hat bemerkt, dass eine Depressive Störung körperbezogene Beschwerden und Beeinträchtigungen als Gesamtzustand ausmacht (also auch den

gesamten Körper betrifft), ebenso wie z. B. die posttraumatische Belastungsstörung, die auf fast unglaublichen Veränderungen von Hirnteilen beruht (Amygdala, Hippocampus besonders) mit in der Mehrzahl unterschätzten lebenslangen Funktionsbeeinträchtigungen. Das gilt auch weiteren Schmerzzuständen wie der CRPS, dem Phantom u. a.

Adieu dem Begriff Fibromyalgie, der „Diagnose“ Fibromyalgie-Syndrom. Endlich. Die „Somatoforme Schmerzstörung“ erhält ein Begräbnis ohne Weihwasser.

Es ist weniger die Diagnose, die nun zu vermeiden ist, als deren Handhabung durch Behandler, Gutachter, die Schwierigkeiten mit nicht-organischen Schmerzen zeigen, die nicht „objektivierbar“ seien und deshalb ohne Krankheitswert erscheinen.

Die Small-Fiber-Neuropathie (SFN) ist nach genetischen Untersuchungen eine Variante der Neuropathien. Die Zukunft wird zeigen, inwieweit das komplexe Zusammenwirken genetischer Varianten zu verstehen ist, d. h. in welchem Ausmaß klinische Auswirkungen zu beschreiben sind, da ja auch die motorische Nervenzelle betroffen sein kann, nicht nur die Peripherie. Wahrscheinlich spielen mehrere Varianten einen zusammenwirkenden Einfluss. Bei der Migräne sind auch mindesten 100 Genvarianten beteiligt.

Aber auch das ist seit 2015 schon wieder Makulatur. Nun hat man erkannt, dass man vor 2015 nur sehr vage Vorstellungen von der Funktion eines Gens hatte, man nannte diese Gene candidate genes.

Jedes Gen macht verschiedene Dinge, dem man leicht eine „Funktion“ anhängen konnte. Dreiviertel der Gene funktionieren im Gehirn.

Bei den candidate genes wurden zudem nur die 2% studiert, die für Proteine zuständig sind, die anderen 98% blieben außen vor.

Auch unsere Lehrbücher für Diagnostik können wir in Zukunft einstampfen, da sich z. B. Schizophrenie, die bipolare Störung, die depressive Störung weitgehend genetisch überlappen.

Auch das Magazin „Fibromyalgie-aktuell“ wird bald unter einem neuem Namen erscheinen müssen und die Kenntnisse hinsichtlich Stress-und Schmerzzuständen berücksichtigen.

Ich bitte um Kritik und Verbesserungsvorschläge. Weitere Themen werden von mir regelmäßig in dem Magazin „Fibromyalgie-aktuell“ der Fibromyalgie-Liga, welches vierteljährlich erscheint, veröffentlicht.



49. GLOSSAR

ACC – vorderer cingulärer Cortex im Vorderhirn (zur Lage bitte Text einsehen), andere Teile liegen hinten-seitlich, vorne-mittig, jedes Areal oder weitere Untereinheiten bestehen aus Trillionen an Nervenzellen

ACT Achtsamkeit – Akzeptanz- und Commitment–Therapie

Adaption – bezeichnet Vorgänge der Anpassung

Afferent – zum Rückenmark, Gehirn oder zu Organen leitende Nerven

Aggravation – bedeutet in der Medizin die Verschlechterung bzw. Verschlimmerung eines Symptoms oder einer Erkrankung. In der Psychologie und Psychiatrie wird mit Aggravation auch das bewusste Übertreiben vorhandener Krankheits-symptome durch einen Patienten bezeichnet.

Agoraphobie – Platzangst

Alexithymie – Unfähigkeit eigene Gefühle wahrzunehmen

Algesiometer – Schmerzdruckmesser

Allel – Variante eines Gens, entsteht durch Mutation(en), d. h. ein Gen kann viele Allele haben

Allodynie – spontan oder auf einen harmlosen Reiz hin auslösbare Schmerzempfindung

Algogenes Psychosyndrom – wörtlich: psychische Folgen auf Schmerz hin; der Begriff ist aufgegeben

Amygdala/Mandelkern – Teil des limbischen Systems, befindet sich unterhalb der Hirnrinde im Schläfenlappen, nimmt alle Reize von innen und außen auf, alles was Aufmerksamkeit erregt; vermittelt Angst, Furcht und Aggression

Anaesthetisch – den Schmerz ausschaltend, mit Unempfindlichkeit gegen bestimmte Reize, besonders gegen Schmerzen

Analgesie – Aufhebung der Schmerzempfindung, Schmerzlosigkeit

Anamnese – Krankengeschichte

Anhedonie – Freudlosigkeit

Antagonisten – Gegenspieler

Arthron – Knochen- und Gelenke, Bänder eines Wirbelkörpers

Ätiologie – Lehre von den Ursachen/Begründung von Krankheiten

Aversiv – Widerwillen hervorrufend

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, dort sind unter anderem die Leitlinien des Fibromyalgie-Syndroms veröffentlicht

BG – Berufsgenossenschaft



Brachialgien – Armschmerzen (keine Diagnose, sagt nur, wo sich Schmerzen befinden)

Bruxismus – ist das unbewusste, meist nächtliche, aber auch tagsüber ausgeführte Zähneknirschen oder Aufeinanderpressen der Zähne, durch das die Zähne verschleiben, welches den Zahnhalteapparat überlastet und zusätzlich das Kiefergelenk, die Kaumuskulatur, aber auch andere Muskelgruppen, die zur Stabilisierung des Kopfes angespannt werden, geschädigt werden können.

Catecholaminerge Funktion – Funktion der Neuro-Hormone Nor- und Adrenalin, Dopamin, verantwortlich für Stressreaktionen

CCM – Hornhaut-Mikroskopie

CFS – siehe Fatigue-Syndrom

Chimäre – nennt man in Medizin und Biologie einen Organismus, der aus genetisch unterschiedlichen Zellen bzw. Geweben aufgebaut ist und dennoch ein einheitliches Individuum darstellt

Chromosom – speichert Erbinformationen

Chronisch-rezidivierend – Erkrankungen, die langandauernd (chronisch) sind, zwischendurch eine Besserung zeigen, aber phasenweise wiederkehren (rezidivieren)

Clearance – Ausscheidung von Harn pro Minute

COPD – chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Corpus callosum – Balken: verbindet die beiden Hirnhälften

CRPS – steht für Complex Regional Pain Syndrome (komplexes regionales Schmerzsyndrom)

Cytosin – ist eine der vier Nukleinbasen in der DNA und RNA, zusammen mit Adenin, Guanin und Thymin

Degenerativ – infolge von „Verschleiß“ verändert

Deletionen – als Deletion bezeichnet man in der Genetik den Verlust eines DNA-Abschnitts. Die Deletion ist eine Form der Genmutation. Von einer Deletion können nur einzelne Basen der DNA (Punktmutation) oder größere Basensequenzen, d. h. ganze Abschnitte eines Chromosoms betroffen sein. DNA - Träger der Erbinformationen, besteht aus 2 Strängen (Doppelstrang) und enthält die Gene. Diese werden in RNA „umgeschrieben“ und dann in Proteine „übersetzt“.

Depersonalisation – Störung beim Erleben der Person oder Identität; sie kommt sich als fremd, verändert, wie ein anderer vor

Derealisation – alles erscheint unwirklich oder verändert, die Umgebung/Umwelt erscheint als nicht vertraut, sonderbar oder gespenstisch

Determiniert/determinieren – bestimmt, festgelegt

DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Diadochokinese – Fähigkeit, einander entgegengesetzte Bewegungen rasch hintereinander auszuführen (z. B. mit den Händen)

Dichothomie – beschreibt den Gegensatz körperlich: psychisch, bedeutet keine „Struktur“, sondern entgegengesetzte Pole

Dissimuliert/Dissimulation – besonders eine Krankheit oder ihre Symptome verbergen, verheimlichen

Dissoziativ – meint (unbewusst) abgespalten, die normal integrierten Systeme von Bewusstsein, Gedächtnis, der eigenen Identität oder der Wahrnehmung sind nicht mehr ein Ganzes, auch Empfindungen und Bewegung können gespalten sein

Dogmatisch/Dogma – unter einem Dogma versteht man eine feststehende Definition oder eine grundlegende, normative Lehraussage, deren Wahrheitsanspruch als unumstößlich festgestellt wird

DSM-5 – Diagnostic und Statistical Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft

Dysfunktion – fehl-funktionierend

Dysphorisch – ängstlich-bedrückt, freudlos, gereizt und leicht reizbar

Dystymia – leichte Beeinträchtigung der Stimmungslage, erreicht nicht die Ausprägung einer depressiven Störung in der ICD-10

Dysthymie – länger anhaltende sehr leichte depressive Verstimmung

Efferent – auf Nerven bezogen, vom Zentralnervensystem oder Organen wegführend

Empathie – Mitgefühl

Endometriose – Gebärmutter-Schleimhautgewebe im Bauchraum, auf dem Dünn- und Dickdarm, zwischen Scheide und Enddarm, auf den Eierstöcken u. a., (ich kenne Fälle von diesem Gewebe in der Speiseröhre, ein Fall von Gewebe tief im Rücken als behandlungsresistenter Dauer-Rückenschmerz)

Endotheliale Dysfunktion – bezieht sich auf Zellen der Innenauskleidung von Gefäßen

Enthesiopathie – schmerzhaft Veränderungen im Bereich der Sehnenansätze ohne klar fassbare anatomische Veränderungen

Entität – vorliegender Fakt

Enzym – ein Protein, das chemische Reaktionen beschleunigt, hemmt oder verlangsamt

Epigenetik – Lehre vom 2. Genom mit seinen chemischen Anhängseln, den Methylgruppen, die Gene an- oder abschalten können

Epigenom – das sog. 2. Genom, die chemische Methylgruppen mit der Proteinverpackung

Evozierbar – auslösbar

Exazerbation – wiederholte akute Phase einer Erkrankung

Facilitation – Bahnung im Gegensatz zu Hemmung von Nervenfunktionen

Fatigue-Syndrom (CFS) – lähmende Müdigkeit unbekannter Ursache, soll eine Erkrankung der Mitochondrien sein, bei Krebs Teil der Kachexie

fMRT – funktionelles MRT

Gehirn – bearbeitet 3 Hauptthemen: a) Furcht, Angst, Aggression, Wachsamkeit, b) Belohnung, die Vorwegnahme und Motivation, c) die Relutation im vorderen Großhirn und Verhaltenszügelung. Nichts kommt von nichts. Das Gehirn ist keine Insel.

Gen – Erbinheit

Genom – alle genetischen Informationen

Genuin – echt, wahr, authentisch

Glia-Zellen – es gibt 10x mehr Glia- als Nervenzellen im Gehirn und um die Nerven herum (Nervenumscheidungen). Die Glia-Zellen versorgen die Nervenzellen mit Glycogen, Glutamat. Während der Entwicklung wandern die neugebildeten Nervenzellen entlang von Glia-Stützen. Die Astroglia versorgt die Nervenzellen mit Energie.

Guanin – ein Buchstabe von vier, die einen Code bilden, ein Teil der Genstruktur

Hallux valgus – Deformität des Großzehengelenks

Hippocampus – hier lernen wir, Fakten zu behalten (z. B. Telefonnummern)

Hypaesthetisch – mit verminderter Schmerzempfindlichkeit

Hypästhesie – erniedrigte Schmerzempfindung

Hyperalgesie – gesteigerte Schmerzüberempfindlichkeit

Hyperaesthesie – erhöhte Schmerzempfindlichkeit

Hypermobilität – Überbeweglichkeit

Hyperragibilität – überschießende Erregbarkeit

Hypersensitivität – Überempfindlichkeit

Hypophysenhormone – Sammelbezeichnung aller in der Hypophyse (Hirnanhangdrüse) gebildeten bzw. freigesetzten Hormone (6)

Hypothalamus – erhält Impulse vom Mandelkern (Amygdala) zur Regelung der andauernden Stressantwort (im Gegensatz zur akuten), hier wird ein anderes Stresshormon aufgeschüttet (CRH), das wiederum ACTH in der Hirnanhangsdrüse bilden lässt und dann den Cortisol Spiegel in den Nebennieren reguliert. Auch das Grosshirn sendet sensible Impulse zum Hypothalamus.

IASP-Kriterien – beziehen sich hier auf die CRPS, der Name seit 1994, vorher Algodystrophie, Reflexdystrophie, davor M. Sudeck, die Budapester Kriterien zur Diagnose wurden 2007 in Budapest verabschiedet

ICD-10 – Internationale Klassifikation der Krankheiten; demnächst ICD-11

Inhärent – innewohnend, dazugehörend

Inkonsistenz – Widersprüchlichkeit, fehlende Stimmigkeit (in Gutachten)

Insuffizienzgefühl – Erfahren/Erleben von Minderwertigkeit, vermindertem Leistungsvermögen

Insula – die Inselrinde, auch Inselcortex, genannt, ist ein Teil der Großhirnrinde

Intermittierend – mit Unterbrechungen, zeitlichen Zwischenräumen

Intervention – operativer, interventioneller oder psychologischer Eingriff zur Behandlung

Kalottenschmerz – knöcherner Schädel-schmerz

KHK – Koronare Herzkrankheit

Klassifikation – Einordnung in ein System

Kranial – Richtung Kopf, kaudal – Richtung Steißbein/Füße, ventral – vorn, dorsal – hinten

Kreatinkinase – ein Enzym für den Energiestoffwechsel der Muskelzellen

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) – versuchte Beeinflussung durch Bewältigungsmaßnahmen

Ko-Morbidität – Parallelerkrankung zur Haupterkrankung

Komplementär – zusätzlich, andere Verfahren der Behandlung, z. B. zu standardisierten Behandlungsmaßnahmen

Kontrollattribution – feste Überzeugung

Korrelation – Beziehung, reziprok – bedeutet wechselseitig abhängig

Kortex – graue Substanz des Hirnman-tels mit seinen Windungen – die zentralnervöse Substanz, im Gegensatz zur weißen Substanz

Kupieren – in der Medizin den Verlauf einer Krankheit aufhalten, unterdrücken oder stark abkürzen

Kurativ – der Begriff kurativ bezeichnet therapeutische Maßnahmen, die auf die Heilung/Linderung einer Erkrankung ausgerichtet sind

Kyphose – Wirbelsäulenverkrümmung nach hinten, z. B. BWS-Kyphose

Leitlinie – rechtlich nicht bindende, validierte Behandlungsrichtlinie, nicht fest vorgeschrieben als Standard

Limbisches System – die Namengebung bleibt verborgen, wir verstehen heute unter limbischen Funktionen solche unserer Gefühle (Teil des limbischen Systems sind der Mandelkern,

der Hippocampus und 3 andere kleine Hirnkerngebiete), die Verbindungen sind extrem komplex

LSG – Landessozialgericht

Livide – bläulich-rote Verfärbung der Haut

M. masseter – Kaumuskel

Makulatur – hat keine Gültigkeit mehr

Maladaptiv – unzureichend angepasst

Manual – Handbuch

MdE % – Minderung der Erwerbsfähigkeit in Prozent in der Gesetzlichen Unfallversicherung

Mikroangiopathie – ist eine Erkrankung der kleinen Blutgefäße, meist eine besondere Ausprägung der Arteriosklerose in den Hirngefäßen

Mindful Meditation – Methode der Achtsamkeit

Minimal Chemical Syndrome MCS – aufgegebenes Konzept einer „Umwelterykrankung“

Minussymptome – in der Neurologie, nicht Allodynie, Hyperalgesie (Plussymptome), sondern Taubheit, Kribbeln

Mitochondrien – sind spezielle kleine Zellorgane, die in jeder Zelle vorhanden sind und den Energiestoffwechsel betreffen

Mm. scaleni – je drei der seitlichen Halsmuskeln, liegen treppenartig übereinander

Modifikation – etwas modifizieren, verändern, umwandeln, modulieren

Molekular – die Moleküle betreffend

Multidimensionalität – Vielschichtigkeit

Multilokulär – an mehreren Orten

Myogelosen – synonym Trigger Punkte/Stränge in der Skelettmuskulatur, Muskelkontraktionsknoten

Narrativ – erzählend, auf Erzählung bezogen

N. vagus – der paarige Nervus vagus (kurz Vagus) ist der zehnte (X.) Hirnnerv. Er ist der größte Nerv des Parasympathikus und an der Regulation der Tätigkeit fast aller inneren Organe beteiligt. Auch mit motorischen und sensiblen und viszeralen Afferenzen.

Neglect – siehe Kapitel CRPS

Neurinom – Nervengeschwulst

Neuroanatomie – Wissenschaft, die den Aufbau des Nervensystems untersucht

Neurobiologie – betrifft die Funktionen des Nervensystems

Neuromuskulär – die Nerven und Muskeln betreffend

Neuropathie – Erkrankung des peripheren und/oder zentralen Nervensystems

Neuropathisch – auf veränderte Nerven bezogen, neuropathische Schmerzen entstehen durch Schädigungen oder Erkrankungen des Nervensystems

Neuroplastizität – Veränderbarkeit des Nervensystems, z. B. der Synapsen, der Amygdala und des Hippocampus, bei und nach überfordernden Ereignissen

Neurose – nicht mehr angewendetes psychiatrisches Konzept; heute versteht man darunter die Angststörungen, Zwangsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD-10)

Nor-Adrenalin – ist ein körpereigener Botenstoff, der als Stresshormon und Neurotransmitter wirkt

Nozizeptiv – z. B. Reize aus geschädigtem Gewebe aufnehmend

Nozizeptoren – kleine spezialisierte Areale, wo Druck, Temperatur in elektrische Impulse zur Weiterleitung umgewandelt werden

OCT – Optische Kohärenz-Tomografie, augenärztliche Messung der Sehrinde

Okklusionsflächen – Kontaktflächen der Zähne

Osteochondrose – Verschleißveränderungen z. B. der Bandscheibe

Osteomyelitis – Knochenmarkentzündung

OTC-Präparate – als OTC-Arzneimittel bzw. „Over-the-counter“-Arzneimittel bezeichnet man Arzneimittel, die rezeptfrei, d. h. ohne Verschreibung, abgegeben werden dürfen und in Apotheken frei verkäuflich sind

Pallästhesie – Reduktion des z. B. Vibrationsempfindens

Palpation – Untersuchung mit den Fingern, z. B. Druckpalpation hinsichtlich der Tender Points

Paradigma – eine grundsätzliche Denkweise

Parafunktionen – Sammelbegriff für einen nicht natürlichen Gebrauch des Kauorgans; hierzu zählen: Zähnepressen und Knirschen (Bruxismus)

Paraesthesie – nicht schmerzhaft empfundene Empfindung

Paretisch – die Parese (Lähmung) betreffend bzw. gelähmt

Parodont – Zahnaufhängesystem

Pathopsychologie – bedeutet die Lehre von der Entwicklung psychischer Erkrankungen

Peripherie – in der Neurologie: sich nicht zentral befindend

Persistierend/Persistenz – andauernd, fortwährend, persistierend

Perzeption – Wahrnehmung



Phänotyp – äußere Erscheinungsmerkmale, z. B. blaue Augen, schwarze Haare u. a.

Placebo-Analgesie – Schmerzlinderung durch Nicht-Medikamente

Plastizität – Veränderbarkeit, Neubildung

Plussympptome – spontane Schmerzhaftigkeit, Schmerz nach einem nichtschädlichen Reiz

PNP – Polyneuropathie

Proktologisch/Proktologie – die Proktologie ist ein medizinisches Teilgebiet, das sich mit den Erkrankungen des Enddarms, also genauer des Mastdarms und des Analkanals beschäftigt

Pronation – Einwärtsdrehung von Hand oder Fuß

Prononciert – betont, hervorgerufen

Protein – alle Lebewesen bestehen aus Proteinen, d. h. aus kürzeren (den Polypeptiden) und längeren Aminosäureketten, die dann aufgefaltet und miteinander verbunden werden. Andere Substanzen wie Wasser, Mineralien, Kohlenhydrate und Fette werden in die Proteine eingefügt. Diese führen alle lebensnotwendigen Prozesse im Körper aus.

Protrusion – Vorwölbung der Bandscheibe

Psychisch – bedeutet seelisch, geistig

Psychosozial – man spricht von psychosozialen Beeinträchtigungen, z. B. Arbeitslosigkeit infolge von Insolvenz oder Krankheit mit deren Folgen, psychisch und/oder sozial, auch Yellow flags genannt

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

QST – die halb-quantitative sensorische Testung von 13 Qualitäten, ist keine objektive Methode

Red Flags – sind schwerwiegende Symptome, die zwingend zu klären sind

Redundant – wiederholte Darstellung von Fakten, redundantes System: mindestens 1x abgesichert

Reliabilität – Zuverlässigkeit, Grad der Genauigkeit (einer Messung)

Resektion – operative Entfernung von Organen, Organteilen

Resilienz – psychische Widerstandskraft; Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen

Response – Antwort (Schmerz auf Druck hin)

Reziprok – sich wechselseitig, gegenseitig beeinflussend

Rhizarthrose – Daumensattelgelenk-arthrose

RNA – die DNA-Information wird in die RNA übertragen, d. h. in eine verwandte Sprache. Die DNA ist zu groß und schwer, um sie durch die Zelle zu bewegen. So bleibt die DNA im Zellkern, die RNA übernimmt die Reise in das Zytoplasma (flüssige Füllung der Zellen).

ROM – Range of Motion, Beweglichkeitsausmaß (eines Gelenks)

Scaleni – die drei treppenförmig übereinanderliegenden seitlichen Halsmuskeln

Serotonin – Gewebshormon und Neurotransmitter

Sequenzierung – Erbgut-Entschlüsselung

Sequenzierung des Genoms – bedeutet Sprache der DNA zu lesen, aufzuschlüsseln

SFN – Small-Fiber-Neuropathie

Signifikanz – Bedeutsamkeit

Sistieren – einstellen, unterbrechen

Soft tissue disease – „Weichteilerkrankung“, die sog. Enthesiopathien im amerik. Englisch (wie Tennisellenbogen), „Weichteilrheumatismus“ ist eine Fehlübersetzung und Fehlgebrauch

Somatisierung – Beschwerden/Beeinträchtigungen werden als nicht körperlich begründbar gesehen

Somatosensorisch – die Körperwahrnehmung betreffend, nicht motorisch

Stomatognathes System – als Stomatognathes System bezeichnet man die Gesamtheit aller Strukturen im Kopf-, Mund/Kiefer- und Halsbereich mit ihren weitgehenden Interaktionen und wechselseitigen Abhängigkeiten

Stratifizierung – z. B. leichte, mittelgradige, schwere depressive Störung, also stufenweise Schweregradeinteilung

Stress – Reaktion einer Person auf Reize oder Ereignisse, die das Gleichgewicht stören und ihre Fähigkeit zur Bewältigung beanspruchen oder überfordern.

Stress-induzierte Hypersensivität – Überempfindlichkeit infolge Dauerstress und Dauerausschüttung von Neuro-Hormonen

Suffering – Leiden

Supination – Auswärtsdrehung der Hand oder des Fußes

Synapse – der chemische Bereich zwischen zwei Nervenenden, die der elektrischen Reizübertragung dienen

Synkopen – in der Medizin ist eine Synkope eine plötzlich einsetzende, kurz andauernde Bewusstlosigkeit, die mit einem Verlust der Haltungskontrolle einhergeht und ohne besondere Behandlung spontan wieder aufhören kann

Synoptisch – zusammenfassend gesehen

Systemisch – den ganzen Körper beeinflussend

Temporalis – der Musculus temporalis (lat. für Schläfenmuskel) ist ein Skelettmuskel und gehört zur Gruppe der Kaumuskeln

Tender Points – flächige, schmerzhafte, definierte Areale, die durch Druckpalpation aufgesucht werden und ein Hinweis auf die Schmerzausweitung bedeuten

Testimonial – subjektiver Beweis für die Wirksamkeit eines Verfahrens

Thalamus – der Thalamus (von griech. „Schlafgemach“, „Kammer“) bildet den größten Teil des Zwischenhirns. Er setzt sich aus vielen Kerngebieten zusammen, die eine besonders starke Verbindung zur gesamten Großhirnrinde aufweisen.

Trophische Veränderung – eine trophische Störung ist eine funktionelle und strukturelle Gewebeveränderung der Haut

Validität – Aussagefähigkeit (misst der Test das, was ich messen will?)

VASD – Skala zur Einschätzung von Schmerzen

Vasomotorisch – die Gefäßnerven betreffend

Vigilanz (Hypervigilanz) – stark erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich der Ausprägung von Körperfunktionen

Viszeral – die Eingeweide betreffend

WHO – Weltgesundheitsorganisation

Widespread Pain – großflächige Schmerzausweitung über Teile bis querbeet durch den ganzen Körper

Yellow Flags – auffällige psychosozial begründbare Beschwerden, z. B. Rückenschmerzen

Zentrale Sensibilisierung – Überempfindlichkeit der Hirnleistung

Zervikobrachialgie – bezeichnet von der Halswirbelsäule ausgehende Schmerzen, die in den Arm ausstrahlen

ZNS – Zentrales Nervensystem

Zönaesthesia, Coenaesthesia – Schmerzerleben im schizophrener Formenkreis

Zytokine – entzündungsfördernde oder -hemmende, auto-immune Substanzen in der Rheumatologie



Literatur

Venzlaff/Foerster, Psychiatr. Begutachtung, Elsevier, 4. Auflage, S. 818,
 Der Schmerz, Springer, Bd. 20, Heft 2, S. 99, S. 119, S. 128,
 Kapfhammer, HP, Somatoforme Störungen, MMW, 29/30, 2004,
 Kapfhammer, HP, MedSach. 103, S. 113ff, Gentner 04/2007,
 Proceedings Myopain, München 07/2004; Neuropathic Pain Bermuda
 11/2004/S. Francisco und 2008 Bermuda; Berlin 2007,
 Butler, D., Moseley, L., Explain Pain, NOI-Group Publ., AdelaideCityWest,
 SA 5000; dt. Springer, 2005 – Schmerzen verstehen, Springer 2005,
 Pain 2005, Upgraded Review, Sydney,
 Focus on Pain, Philadelphia 2005, Skriptum,
 Refresher Course, IASP; Pain 2008, idem, Glasgow 2008,
 HJ Möller, Therapie psych. Erkrank., Thieme, 3. Auflage,
 J. Hildebrandt et al., Lendenwirbelsäule, Elsevier, 2005,
 G. Wadell, The Back Pain Revolution, 2nd Edit., 2004, Churchill Livingston,
 Skripten zum Postgrad.-Studium Med. Sach. Univ. zu Köln 2003–2005,
 Der Schmerz, Springer, Bd. 22, Heft 3, 06/2008, „Funktionelle
 Körperbeschwerden“,
www.awmf.net, S3-Leitlinie FMS (interdisziplinär);
www.uni-duesseldorf.de, 2010 und 2012,
 C. Woolf, PAIN, Vol.152, Nr. 3S, 03/2011,
 Der mediz. Sachverständige, Gentner, 02/2011, Artikel M. Schiltenswolf,
 S. 59ff.,
 A. May, PAIN 2008 und Der Schmerz Bd. 23, Heft 6, 12/2009;
 Apkarian PAIN 2004,
 DSM-5, Diagn. and Statist. Manual of Mental Disorders, 05/2013, American
 Psychiatric Association (APA).
 Deutsche Übersetzung Dez. 2014, ICD-11 folgt 2020.

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft f. Neurologie vom 19.09.2013

betreffend FMS als Neuropathie nach Schädigung kleiner Nervenfasern –
 siehe auch PD N. Üçeyler, Univ. Neurologie Würzburg in **BRAIN 03/2013**,
 Artikel Dr. Frieling in „Fibromyalgie – aktuell“ (Magazin der Fibromyalgie-Liga
 Deutschland e.V. vom Sept. 2013 und Dez. 2013; dort vierteljährlich
 weitere Artikel bis zum heutigen Tage),
 Rompe/Erlenkämper, Begutacht. d. Haltungs- und Bewegungsorgane,
 5. Auflage, Thieme, 2009,
 Schönberger Mehrten Valentini, 9. Auflage, Arbeitsunfall und Berufskrankheit,
 ESV, 2010,
 Casser et al., Interdisziplin. Assessment zur multimodalen Schmerztherapie,

Indikation und Leistungsumfang, *Der Schmerz*, Bd. 27, 2013, 4:363ff,
Egle U.T. et al., Mechanismen-bezogene ... Schmerztherapie, *Neurologie* 3,
 2009, Seite 18f,
Egle U.T., *Der Schmerz*, 09/2014, PTBS, Diff.-Diagnose,
Sumpton/Moulin, *Neurol. Clin. Handbook*, 2014,
D. Clauw, *JAMA*, 04/2014, Fibromyalgia, A Clinical Review,
Angew. Schmerzth. Palliativmed. 2014; 7(2),
www.awmf.org/leitlinien/detail,
Colvin/Fallon, *Schmerzmedizin*, Huber 2013, S. 41ff,
Finnerup et al., Neuropathic Pain, Meta-Analysis, *Lancet Neurol.*; 14:162ff.

Dept. Immunology, Columbia Univ. NY, CFS/ME, SEID, Autoimmunerkrankung,
 Persistenz von AK, Tx. mit AK (Rituximab), 2015,
Med. Sach 02/2016, chron. Schmerzzustand, Stress induzierte Hyperalgesie,
 Keller, Egle U.T.,
 Egle U.T., et al., Begutachtung chronischer Schmerzen,
 Philipp, M. Aktenanalyse. *Med. Sach.* 113 1/2017 u. 2014, Urban & Fischer, 2014,
 Hausteiner-Wiehle/P. Henningsen, „Kein Befund und trotzdem krank“,
 Schattauer 2015.

Schmerzmediz. neue/neueste Literatur

(schmerzmedizinisch-gutachtliche Grundlagen):

PAIN, Elsevier, 1997, C. Woolf und Cervero; Grundlagen der zentralen Sensibilisierung;
 Woolf auch im Supplement *PAIN* 2011, S. 3.

Egle U.T., in *Med. Sach.* 02/2016, Gentner,

Colvin et al., *Schmerzmedizin*, Blackwell 2012 und dt. Huber 2013, S. 31, 55;

Diagnostisches und Statistisches Manual ... DSM-5, deutsch 12/2014, Hogrefe;

Hausteiner-Wiehle/Henningsen (Psychosomatik), u. a. „Unklare Körperbeschwerden“,
 S. 5ff, Schattauer, 2015 („Kein Befund und trotzdem krank“),

Egle U.T., *Begutachtung chronischer Schmerzen*, Urban & Fischer (Elsevier), 2014,
 u. a. S. 3-8ff.

Der Mediz. Sachverständige, Gentner:

- a) 04/2015, DSM-5, S. 154ff, S. 162ff
- b) 02/2016: Begutachtung chron. Schmerzzustände S. 56, S. 73ff
(Neurobiologische Mechanismen – Sensitivierungsprozesse –
bei der Begutachtung chron. Schmerzkranker)
- c) Philipp, M. in der Mediz. Sachverst. 2014 und 1/2017, Ko-Morbidität und
Schweregradermittlung ...
- d) Philipp, M. Aktenanalyse. Med. Sach. 113 1/2017 u. 2014,
Urban & Fischer, 2014.



Anhang

Unser Verband

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.
Friedenstraße 36
57392 Schmallenberg
Tel. 02974-833607
www.fibromyalgie-liga.de

Wir sind ein Bundesverband mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland. Die einzelnen Selbsthilfegruppen sind auf unserer Homepage nachzulesen oder bei uns nachzufragen.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Betroffene zu beraten, zu informieren und zu unterstützen.

Als Mitglied der Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V. können auch Sie dazu beitragen, die Interessen der Betroffenen wirksam zu vertreten. Fortschritte in der Forschung und der Aufklärung über das komplexe Krankheitsbild sowie Akzeptanz in der Gesellschaft für die Betroffenen, können nur durch eine starke Gemeinschaft erreicht werden. Wenn Sie Fragen zur Mitgliedschaft haben, wenden Sie sich an uns.

Weitere Vereine, Verbände und Organisationen

Deutsche Fibromyalgie
Vereinigung (DFV) e.V.
Waidachshofer Straße 25
74743 Seckach
Tel. 06292-928758
www.fibromyslgie-fms.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101b
10559 Berlin
Tel. 030-394096890
www.dgss.org

Fibromyalgie-Netzwerk Saarland
Taubenstraße 43
66773 Schwalbach
Tel. 0173-3436179
www.fibro-saar.de

Deutsche Schmerzlīga e.V.
Adenauerallee 18
61440 Oberursel
Tel. 0700-375375375
www.schmerzliga.de

Fibromyalgie Verein Bayern e.V.
Esebeckstraße 17
80637 München
Tel. 089-14903662
www.fibromyalgie-bayern.de

Bundesverband Deutsche Schmerzhilfe e.V.
Sietwende 20
21720 Grünendeich
Tel. 04142-810434
www.schmerzhilfe.de

Deutsche Gesellschaft für
Schmerztherapie e.V.
(DGS)
Adenauerallee 18
61440 Oberursel
Tel. 06171-2860-0
www.dgsschmerztherapie.de

Deutsche Gesellschaft zum
Studium des Schmerzes e.V.
(DGSS)
Obere Rheingasse 3
56154 Boppard
Tel. 06742-8001-21
www.dgss.org

DAG
Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V.
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin –Charlottenburg
Tel. 030-31018970
www.dag-shg.de

NAKOS
Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung
von Selbsthilfegruppen
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Tel. 030-31018960
www.nakos.de

KOSKON
Koordination für die Selbsthilfe
Unterstützung in NRW
Friedhofstraße 39
41236 Mönchengladbach
Tel. 02166-248567
www.koskon.de

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsver-
band – Gesamtverband e.V.
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
Tel. 030-24 636-0
www.der-paritaetische.de

IMPRESSUM

Dieses Buch wurde von der FLD e.V. und dem Autor sorgfältig erstellt und geprüft. Somit wird keine Gewähr und Haftung übernommen.

Alle Rechte sind der FLD e.V. und dem Autor vorbehalten. Jede Verwendung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss von der FLD e.V. schriftlich genehmigt werden.

Bildnachweis: fotolia.com, pixabay.com, privat

Layout: Werbstatt GmbH, Winterberg-Siedlinghausen

Druck und Bindung: Becker Druck, Arnsberg

Kurze Info über Dr. med. Rolf-R. Frieling

- Fachübergreifende Schmerzbegutachtung
– Gesamtkrankheitsgeschehen –
- Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Anästhesiologie
- Postgraduate –cpu- medizinischer
Sachverständiger Universität zu Köln
- Abschluss des univ. Studiums zum Master o. Sc.
„Interdisziplin. Schmerzmanagement“
- Zusatzbezeichnungen: Spezielle Schmerztherapie,
Psychosomatische Grundversorgung, Suchtmedizin, REHA-Wesen, Akupunktur
- Amerik. mediz. Examen/Chefarzt a. D.



Herr Dr. med. Rolf-R. Frieling ist seit Jahren ärztlicher Begleiter und Weggefährte der FLD e.V.

Er unterstützt uns u. a. mit fachlichen Berichten und Artikeln für unser Magazin „Fibromyalgie-aktuell.“

Wir danken ihm für die Zusammenstellung der verschiedenen Darstellungen zum chronischen Schmerz.

Dieses Buch ist gefördert durch die

BARMER