

IHR PARTNER IN DER SCHMERZTHERAPIE



Zofingen

Schmerz



Zentrum

Konzertierte Aktion durch den Zuweiser	Seite 4
Unser interventionelles Konzept	Seite 6
Rückenschmerzen – so finden wir die Nadel im Heuhaufen	Seite 8
Radikulärer Schmerz – ein schmerztherapeutischer Notfall	Seite 10
HWS-Syndrome – ein Chamäleon	Seite 11
Trigeminus-Neuralgie – die Hölle im Gesicht	Seite 12
Hightech-Medizin für spezielle Indikationen	Seite 14
Das vernetzte Team	Seite 16
Kennenlernen und Weiterbildung in einem	Seite 18
Der Standort Zofingen	Seite 19
Literatur, Anmeldung, Situationsplan	Einklappstreifen
Kopiervorlage Patientenanmeldung	Rückseite

## ALS ZUWEISER ORCHESTRIEREN SIE DAS THERAPIEKONZEPT FÜR IHRE PATIENTEN ...

### Das Problem Schmerz

Die gesellschaftliche Bedeutung chronischer Schmerzen wird zunehmend erkannt. Gemäss der Studie Pain in Europe 2003 haben 16 % der Schweizer chronische Schmerzen<sup>1</sup>, im Schnitt seit 7,7 Jahren, 26 % davon seit sogar über 20 Jahren. Jeder Sechste sagt zeitweise, er wolle wegen seiner Schmerzen nicht mehr leben, 28 % fürchten um ihren Arbeitsplatz, 16 % verlieren ihren Arbeitsplatz tatsächlich.

### Schmerztherapie – ein neues Fach

Die Erkenntnisse über die Pathophysiologie des Schmerzes nehmen rasant zu: Die Zahl der Veröffentlichungen über Schmerz hat von 13 000 im Jahr 1996 auf über 25 000 im Jahr 2002 zugenommen<sup>2</sup>. Auch die Therapiemöglichkeiten in der Schmerztherapie werden komplexer und bedürfen spezialisierter Fachärzte. Die Bedeutung eines interdisziplinären Ansatzes für ein optimales Behandlungsergebnis wird zunehmend erkannt.

### Partnerschaftliche Zusammenarbeit

Die Schmerztherapeuten des Schmerz Zentrums Zofingen stellen sich in den Dienst des Zuweisers und unterstützen ihn bei der Betreuung seiner Patienten. Sie können zum Beispiel Vorschläge für eine Optimierung der medikamentösen Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen machen. Sie können in Problemfällen eine Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen bieten und mögliche Alternativen aufzeigen. Durch erfolgreiche Schmerztherapie wird die konservative Behandlung effizienter. Das Schmerz Zentrum Zofingen ist keiner Spital- oder Rehabilitations-Institution verpflichtet.

<sup>1</sup> Freisens, U., Pain in Europe – Schweiz. NFO Worldgroup, 2003. [www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)

<sup>2</sup> National Library of Medicine, Search Strategy: «Chronic» and «Pain». Medline Search, 2004. USA: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=&DB=PubMed>



... UND WIR MACHEN DIE MUSIK.



### Die ganze Klaviatur moderner Schmerztherapie

Die Spezialärzte des Schmerz Zentrums Zofingen bieten die ganze Palette moderner Schmerztherapie an – von der medikamentösen Einstellung über die interventionelle Diagnostik und Therapie bis zu multimodalen Konzepten mit verhaltensorientierter Psychotherapie. Damit ergänzen wir die konservative Therapie und bieten echte Alternativen zu einem operativen Vorgehen.

### Für welche Patienten sind wir da?

Grundsätzlich für alle Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen. Eine detaillierte Auflistung der Indikationen können Sie dem kopierbaren Anmeldeformular auf der Rückseite dieser Broschüre entnehmen.

Eine Chronifizierung erschwert den Erfolg. Daher sollte die interventionelle Therapie frühzeitig ins Behandlungskonzept integriert werden. Outcome-Studien zeigen, dass 60–70 % derjenigen Patienten, welche nach 2 Monaten nicht schmerzfrei sind, auch nach 12 Monaten noch unter Schmerzen leiden. Davon entwickeln 8–9 % invalidisierende Schmerzen<sup>3, 4</sup>.

Deshalb wird bei bei Rückenschmerzen nach 8–10 Wochen erfolgloser konservativer Therapie die Zuweisung zum Schmerzspezialisten empfohlen.

Bei hochgradiger Chronifizierung kann meist keine komplette Schmerzfreiheit, aber fast immer noch eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden.

<sup>3</sup> Croft, P.R., et al., Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ*, 1998. 316(7141): p. 1356–9.

<sup>4</sup> Von Korf, M., et al., Back pain in primary care. Outcomes at 1 year. *Spine*, 1993. 18(7): p. 855–62.

Schmerz



Zentrum

## UNSER INTERVENTIONELLES KONZEPT BERUHT AUF ...

### Klares Konzept – tiefere Kosten

Das Schmerz Zentrum Team besteht aus Anästhesisten, internationalen Schmerzexperten und Psychologen. Bei Bedarf werden Spezialisten anderer Fachgebiete wie Neurologie oder Orthopädie hinzugezogen. Gemeinsam erarbeiten wir ein klares Therapiekonzept unter Einbezug einer Kosten-Nutzen-Analyse. Damit können zum Wohl des Patienten, aber auch des Gesundheitswesens überflüssige Untersuchungen, unnötige Rehabilitations- und Kuraufenthalte sowie Operationen<sup>5, 6</sup> vermieden werden.

<sup>5</sup> Bogduk, N., and B. McGuirk, Causes and sources of chronic low back pain, in Medical Management of Acute and Chronic Low Back Pain. An Evidence-Based Approach, N. Bogduk and B. McGuirk, Editors. 2002, Elsevier Science, Amsterdam: p. 15–17.

<sup>6</sup> Junge, A., et al., Predictors of bad and good outcome of lumbar spine surgery. A prospective clinical study with 2 years' follow up. Spine, 1996. 21(9): p. 1056–64; discussion 1064–5.



## ... ERFAHRUNG UND MODERNSTER TECHNOLOGIE



### Diagnostik

Auch in der Schmerztherapie ist die korrekte Diagnosestellung Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Die Überlegenheit der interventionellen Diagnostik gegenüber der radiologischen Bildgebung<sup>7</sup> oder der klinischen Untersuchung<sup>8,9</sup> ist Evidenz-basiert. Wir setzen hochpräzise Nervenblockaden unter Röntgenkontrolle, um die Schmerzursache eindeutig zu identifizieren. Unsere diagnostischen und therapeutischen Algorithmen entsprechen den Guidelines der ISIS (International Spinal Injection Society)<sup>10</sup> und der SSIPM (Swiss Society for Interventional Pain Management).

<sup>7</sup> Schwarzer, A.C., et al., The ability of computed tomography to identify a painful zygapophysial joint in patients with chronic low back pain. *Spine*, 1995. 20(8): p. 907–12.

<sup>8</sup> Dreyfuss, P., et al., The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine*, 1996. 21(22): p. 2594–602.

<sup>9</sup> Seffinger, M.A., et al., Reliability of spinal palpation for diagnosis of back and neck pain: a systematic review of the literature. *Spine*, 2004. 29(19): p. E413–25.

### Therapie

Die interventionelle Schmerztherapie zielt auf die Unterbrechung der Schmerzafferenz bzw. Modulation der Schmerztransmission. Diese Behandlungen werden unter Röntgenkontrolle in Lokalanästhesie durchgeführt, sind wenig belastend, können ambulant vorgenommen werden, sind hocheffizient und haben kaum Nebenwirkungen<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> International Spinal Injection Society ISIS, GUIDELINES FOR THE PERFORMANCE OF SPINAL INJECTION PROCEDURES. 2004, <http://www.spinalinjection.com/ISIS/standards.htm>.

<sup>11</sup> Kornick, C., et al., Complications of lumbar facet radiofrequency denervation. *Spine*, 2004. 29(12): p. 1352–4.

Schmerz



Zentrum

Zofingen

## RÜCKENSCHMERZEN – SO FINDEN WIR DIE NADEL IM HEUHAUFEN:

### Rückenschmerzen – häufig und komplex

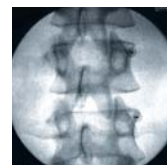
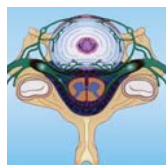
Rückenschmerzen sind die häufigste Ursache chronischer Schmerzen. 80 % der Rückenschmerzen wurden bis anhin als unspezifisch beurteilt. Studien konnten zeigen, dass fast alle Rückenschmerzen eine spezifische Ursache haben. In Abhängigkeit vom Patientenkollektiv verteilen sich die Schmerzursachen wie folgt: Intervertebralgelenke 15–40 %<sup>12</sup>, Bandscheiben 40 %<sup>13, 14</sup>, Iliosakralgelenke 15 %<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Manchikanti, L., Facet Joint Pain and the Role of Neural Blockade in Its Management. *Curr Rev Pain*, 1999. 3(5): p. 348–358.

<sup>13</sup> Schwarzer, A.C., et al., The relative contributions of the disc and zygapophyseal joint in chronic low back pain. *Spine*, 1994. 19(7): p. 801–6.

<sup>14</sup> Schwarzer, A.C., et al., The prevalence and clinical features of internal disc disruption in patients with chronic low back pain. *Spine*, 1995. 20(17): p. 1878–83.

<sup>15</sup> Maigne, J.Y., A. Aivaliklis, and F. Pfefer, Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain. *Spine*, 1996. 21(16): p. 1889–92.



## NERVENBLOCKADEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE



### Klarheit durch strukturierte Diagnostik

Durch diagnostische Anästhesien und Provokationsdiskographien kann eine somatische Ursache mit hoher Sensitivität und Spezifität differenziert werden<sup>16</sup>.

Wir prüfen folgende Strukturen auf ihre Schmerzrelevanz: Fazettengelenke, Iliosakralgelenk, Nervenwurzeln, Bandscheiben, lumbaler Sympathikus und Ganglien<sup>17, 18</sup>.

### Erfolg mit effizienten Behandlungsmethoden

Fazettogener Schmerz: Lang anhaltende Erfolge in bis zu 85 % der Fälle durch Thermokoagulation der Rami Mediales zur Denervation der Fazettengelenke<sup>19, 20</sup>.

ISG-Problematik: Röntgenkontrollierte Gelenksinfiltration in Kombination mit manualtherapeutisch-chiropraktischer Behandlung.

Diskogene Schmerzen: Lateral Disc Denervation mittels radiofrequenter Thermokoagulation im Annulus Fibrosus oder IDET (IntraDiscal Electrothermic Therapy)<sup>21, 22</sup>.

<sup>16</sup> North, R.B., et al., Specificity of diagnostic nerve blocks: a prospective, randomized study of sciatica due to lumbosacral spine disease. *Pain*, 1996. 65(1): p. 77–85.

<sup>17</sup> Bogduk, N., and B. McGuirk, An algorithm for precision diagnosis, in *Medical Management of Acute and Chronic Low Back Pain. An Evidence-Based Approach*, N. Bogduk and B. McGuirk, Editors. 2002, Elsevier Science: Amsterdam. p. 15–17.

<sup>18</sup> Nakamura, S.I., et al., The afferent pathways of discogenic low-back pain. Evaluation of L2 spinal nerve infiltration. *J Bone Joint Surg Br*, 1996. 78(4): p. 606–12.

<sup>19</sup> van Kleef, M., et al., Randomized trial of radiofrequency lumbar facet denervation for chronic low back pain. *Spine*, 1999. 24(18): p. 1937–42.

<sup>20</sup> Dreyfuss, P., et al., Radiofrequency facet joint denervation in the treatment of low back pain: a placebo-controlled clinical trial to assess efficacy. *Spine*, 2002. 27(5): p. 556–7.

<sup>21</sup> Pauza, K.J., et al., A randomized, placebo-controlled trial of intradiscal electrothermal therapy for the treatment of discogenic low back pain. *Spine J*, 2004. 4(1): p. 27–35.

<sup>22</sup> Davis, T.T., et al., The IDET procedure for chronic discogenic low back pain. *Spine*, 2004. 29(7): p. 752–6.

Schmerz



Zentrum

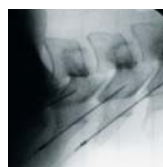
## AKUTER RADIKULÄRER SCHMERZ – EIN SCHMERZTHERAPEUTISCHER NOTFALL

### Diagnostik

Initial wird der neurologische Status erhoben. Liegt klinisch der Verdacht auf eine Conus- oder Caudasyndromatik vor, veranlassen wir ein MRI und weisen bei positivem Befund den Patienten umgehend unseren wirbelsäulenchirurgischen Partnern zu. Bei rein radikulären Schmerzen – bei Discushernie oder Herpes Zoster – leiten wir dagegen eine interventionelle Behandlung ein. Auch hier führen wir primär eine diagnostische Blockade durch, um das segmentale Niveau zu verifizieren.

### Therapie

Es erfolgt eine Kombinationsbehandlung: Einerseits wird am Ganglion Dorsale gepulste Radiofrequenz appliziert<sup>23, 24</sup>. Es handelt sich um ein nicht neurodestruktives Verfahren zur längerfristigen Modulation der Schmerzleitung. Zusätzlich erfolgt eine transforaminal-epidurale Steroidinstillation zur Verminderung des entzündlichen Reizzustandes<sup>25</sup>. Durch das kombinierte Vorgehen erreicht man schnell eine dauerhafte Schmerzreduktion. So können flankierende Massnahmen wie Physiotherapie frühzeitig und effizient eingesetzt und Operationen vermieden werden<sup>26</sup>.



<sup>23</sup> Sluiter, M.E., et al., The effects of pulsed radio frequency fields applied to the dorsal root ganglion – a preliminary report. *The Pain Clinic*, 1998. 11 (2): p. 109–117.

<sup>24</sup> Ahadian, E.M., Pulsed radiofrequency neurotomy: advances in pain medicine. *Curr Pain Headache Rep*, 2004. 8(1): p. 34–40.

<sup>25</sup> Rathmell, J.P., C. Aprill, and N. Bogduk, Cervical transforaminal injection of steroids. *Anesthesiology*, 2004. 100(6): p. 1595–600.

<sup>26</sup> Vad, V.B., et al., Transforaminal epidural steroid injections in lumbosacral radiculopathy: a prospective randomized study. *Spine*, 2002. 27(1): p. 11–6.

## HWS-SYNDROM – EIN CHAMÄLEON



### Vielfältige Symptomatik

Abgesehen von Schmerzen im Nacken können auch okzipitale Kopfschmerzen, atypische Gesichtsschmerzen sowie Schulter-Arm-Schmerzen ihre Ursache in der HWS haben<sup>27</sup>. Die Ursache ist meistens eine degenerative Veränderung oder traumatisch bedingt. Die Schmerzen führen zu funktionellen Einschränkungen und verunmöglichen eine effiziente konservative Behandlung. Etwa 3 % der Schmerzen nach Schleudertrauma werden chronisch<sup>28</sup>. Insbesondere bei dieser Problematik empfehlen wir ein interventionelles Vorgehen nach spätestens 3 Monaten.

### Diagnostik und Therapie

Bei chronischen HWS-Schmerzen können in über 50 % der Fälle schmerzhafte Fazettengelenke als Ursache festgestellt werden<sup>29</sup>. Diagnostik und Behandlung erfolgen analog unserem Algorithmus bei Rückenschmerzen. Bei degenerativen Veränderungen wird zuverlässig ein gutes Resultat erreicht<sup>30, 31</sup>, die Problematik des Schleudertraumas ist oft komplex und erfordert ein multimodales Behandlungskonzept<sup>32</sup>.

<sup>27</sup> Fukui, S., et al., Referred pain distribution of the cervical zygapophyseal joints and cervical dorsal rami. *Pain*, 1996. 68(1): p. 79–83.

<sup>28</sup> Drotning, M., P.H. Staff, and O. Sjaastad, Cervicogenic headache (GEH) after whiplash injury. *Cephalalgia*, 2002. 22(3): p. 165–71.

<sup>29</sup> Lord, S.M., et al., Percutaneous radiofrequency neurotomy for chronic cervical zygapophyseal-joint pain. *N Engl J Med*, 1996. 335(23): p. 1721–6.

<sup>30</sup> Niemisto, L., et al., Radiofrequency denervation for neck and back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine*, 2003. 28(16): p. 1877–88.

<sup>31</sup> McDonald, G.J., S.M. Lord, and N. Bogduk, Longterm follow-up of patients treated with cervical radiofrequency neurotomy for chronic neck pain. *Neurosurgery*, 1999. 45(1): p. 61–7; discussion 67–8.

<sup>32</sup> Wallis, B.J., S.M. Lord, and N. Bogduk, Resolution of psychological distress of whiplash patients following treatment by radiofrequency neurotomy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain*, 1997. 73(1): p. 15–22.

Schmerz



Zentrum

## TRIGEMINUSNEURALGIE – DIE HÖLLE IM GESICHT ...

### TGN – häufiger, als man denkt

Die TGN gehört zu den häufigeren neurologischen Erkrankungen. Die Inzidenz bei der Normalbevölkerung liegt bei 4–5/100 000<sup>33</sup>. Die Prävalenz bei Multipler Sklerose ist noch deutlich höher, die Angaben schwanken hier zwischen 2,4 % und 4,4 %<sup>34</sup>. Die medikamentöse Behandlung mit Antikonvulsiva wirkt bei 50 % der Patienten ungenügend oder hat zu ausgeprägte Nebenwirkungen<sup>35</sup>. Daraus ergibt sich für die Schweiz die Zahl von ca. 150–200 Patienten und Patientinnen mit insuffizient behandelter TGN.

### Die Therapie – einfach und zuverlässig

Die minimalinvasive Behandlung der TGN wird am sichersten mit der von Sweet and Wepsic 1968 beschriebenen Thermo-koagulation des Ganglion Gasseri vorgenommen<sup>36</sup>. Der Früherfolg dieser Methode liegt zwischen 96 % und 98 %, d.h. fast alle Patienten sind nach dem Eingriff beschwerdefrei. Das Komplikationsrisiko ist insgesamt sehr gering, in den meisten Fällen handelt es sich um passagere Sensibilitätsstörungen. Die Inzidenz der Anaesthesia Dolorosa wird in der Literatur mit 0,8 % angegeben<sup>37</sup>. In einer Langzeitbeobachtung bei über 700 Fällen durch unseren Partner Dr. Olav Rohof<sup>38</sup> trat diese Komplikation in keinem einzigen Fall auf.

<sup>33</sup> Katusic, S., et al., Incidence and clinical features of trigeminal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945–1984. *Ann Neurol*, 1990. 27(1): p. 89–95.

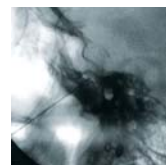
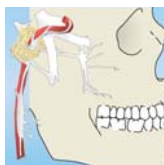
<sup>34</sup> Jensen, T.S., P. Rasmussen, and E. Reske-Nielsen, Association of trigeminal neuralgia with multiple sclerosis: clinical and pathological features. *Acta Neurol Scand*, 1982. 65(3): p. 182–9.

<sup>35</sup> Göbel, H., in *Die Kopfschmerzen: Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie in der Praxis*. 1997, Springer: Berlin – Heidelberg. p. 683–699.

<sup>36</sup> Sweet, W.H. and J.G. Wepsic, Treatment of chronic pain by stimulation of fibers of primary afferent neuron. *Trans Am Neurol Assoc*, 1968. 93: p. 103–7.

<sup>37</sup> Kanpolat, Y., et al., Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: 25-year experience with 1,600 patients. *Neurosurgery*, 2001. 48(3): p. 524–32; discussion 532–4.

<sup>38</sup> Rohof, O., *Die perkutane thermokontrollierte Radiofrequenzläsion zur Behandlung der Trigeminalneuralgie – eine Langzeitbeobachtung*. 2002: Bonn.



## ... UND WAS WIR DAGEGEN TUN KÖNNEN



### Der Eingriff – wenig belastend

Der Eingriff wird ambulant in Monitored Anaesthesia Care durchgeführt und ist wenig belastend. Diese Behandlung kann somit auch bei Hochrisiko-Patienten angewendet werden, bei denen ein neurochirurgischer Eingriff nicht in Frage kommt<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Janetta, P.J., Trigeminal Neuralgia: Treatment by microvascular decompression, in Neurosurgery Vol III, R.H. Wilkins, S.G. Rengachari, and M.G. Hill, Editors. 1985: New York.

Schmerz



Zentrum

## HIGHTECH-MEDIZIN FÜR SPEZIELLE INDIKATIONEN

### Das Prinzip des Hinterstrangstimulators

Das erste System wurde 1967 implantiert<sup>40</sup>. Die Modulation der Schmerzleitung erfolgt durch elektrische Stimulation des Tractus Spinothalamicus mittels epidural eingelegter Elektroden. Ein subkutan implantierter Impulsgenerator kann durch den Patienten telemetrisch kontrolliert werden. Der Hauptvorteil dieser Methode: Es treten keine Nebenwirkungen auf.

### Indikationen

Studien belegen die hohe Wirksamkeit dieser Methode bei folgenden Indikationen:

- Neuropathische Schmerzen<sup>41</sup>
- Failed Back Surgery Syndrome<sup>42</sup>
- Complex Regional Pain Syndrome CRPS<sup>43,44</sup>
  - CRPS Typ I (Morbus Sudeck)
  - CRPS Typ II (Kausalgie)
- Therapieresistente Angina Pectoris<sup>45</sup>
- PAVK<sup>46</sup>
- Metabolische Polyneuropathie<sup>47</sup>

<sup>40</sup> Shealy, C.N., J.T. Mortimer, and J.B. Reswick, Electrical inhibition of pain by stimulation of the dorsal columns: preliminary clinical report. *Anesth Analg*, 1967. 46(4): p. 489–91.

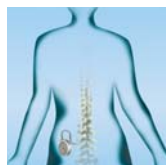
<sup>41</sup> Taylor, R.S., et al., The cost effectiveness of spinal cord stimulation in the treatment of pain: a systematic review of the literature. *J Pain Symptom Manage*, 2004. 27(4): p. 370–8.

<sup>42</sup> Turner, J.A., et al., Spinal cord stimulation for patients with failed back surgery syndrome or complex regional pain syndrome: a systematic review of effectiveness and complications. *Pain*, 2004. 108(1–2): p. 137–47.

<sup>43</sup> Stanton-Hicks, M., et al., An updated interdisciplinary clinical pathway for CRPS: Report of an expert panel. *Pain Practice*, 2002. 2(1): p. 1–16.

<sup>44</sup> Kemler, M.A., et al., The effect of spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy: two years' follow-up of the randomized controlled trial. *Ann Neurol*, 2004. 55(1): p. 13–8.

<sup>45</sup> Andrell, P., et al., Cost-effectiveness of spinal cord stimulation versus coronary artery bypass grafting in patients with severe angina pectoris-longterm results from the ESBY study. *Cardiology*, 2003. 99(1): p. 20–4.



## HINTERSTRANGSTIMULATOR, MEDIKAMENTENPUMPEN



### Vorgehensweise

Der Erfolg dieser Methode hängt hochgradig von einer strengen Indikationsstellung und Patientenselektion ab. Unsere Implantationskriterien machen die Ausschöpfung der konservativen, nichtoperativen Therapie und die psychologische Evaluation zur Grundbedingung. Die Implantation verläuft in 3 Phasen:

- Phase 1 Implantation von Testelektroden mit externem Impulsgenerator
- Phase 2 Ambulante Evaluationsphase während 2–3 Wochen unter Alltagskonditionen
- Phase 3 Bei positiver Evaluation definitive Implantation des Systems

<sup>46</sup> Ubbink, D.T., et al., Systematic review and meta-analysis of controlled trials assessing spinal cord stimulation for inoperable critical leg ischaemia. Br J Surg, 2004. 91(8): p. 948–55.

<sup>47</sup> Kumar, K., C. Toth, and R.K. Nath, Spinal cord stimulation for chronic pain in peripheral neuropathy. Surg Neurol, 1996. 46(4): p. 363–9.

### Hospitalisation

Die Implantation der Testelektroden und des definitiven Systems erfordern eine Hospitalisation von je 1 bis 2 Tagen. Die Eingriffe werden in der Klinik Villa im Park in Rothrist – The Swiss Leading Hospitals – durchgeführt<sup>48</sup>. Wie alle unsere Behandlungen steht auch diese Methode allgemein versicherten Patienten zur Verfügung.

<sup>48</sup> [www.villaimpark.ch](http://www.villaimpark.ch)



**Dr. med. Marc Mayer**  
FMH Chirurgie, Schwerpunkt  
Allgemeine Chirurgie und  
Unfallchirurgie

Unser chirurgischer Partner im Team für die operativen Implantationen von Hinterstrangstimulatoren oder Medikamentenpumpen. Chirurgische Interventionen bei Kompressionssyndromen (z. B. Carpaltunnelsyndrom).

## DAS SCHMERZZENTRUMTEAM – UND EIN FLEXIBLES SPEZIALISTEN-NETZWERK ...

### **Dr. med. Roland Glinz** (*hinten links*)

Facharzt für Anästhesiologie / Intensivmedizin,  
speziell Schmerztherapie

1978–84 Studium der Humanmedizin an der  
Universität Basel

1984 Staatsexamen an der Universität Basel

1987 Promotion an der Universität Basel

1986–1990 Ausbildung in Psychiatrie und  
Innerer Medizin

ab 1990 Ausbildung in Anästhesiologie am  
Kantonsspital Aarau und an der  
Universitätsklinik Basel

1994 Facharzttitel Anästhesiologie

1995 Diplom der European Academy of  
Anaesthesiology

1997 Facharzttitel Intensivmedizin

ab 1997 als Oberarzt und Leitender Arzt  
Anästhesiologie/Intensivmedizin/Schmerz-  
therapie in verschiedenen Kliniken, schmerz-  
therapeutische Ausbildung durch  
Dr. O. Rohof, Chefarzt der Schmerzambulanz  
des Maasland Krankenhauses Geleen/Sittard (NL)  
Seit 1. Juli 2000 in selbstständiger schmerz-  
therapeutischer Praxis im Schmerz Zentrum  
Zofingen

### **Manuela Honegger** (*vorne links*)

Medizinische Praxisassistentin, beim Schmerz  
Zentrum Zofingen seit 2004

### **Ulf Klostermann DEAA** (*hinten Mitte*)

Facharzt für Anästhesiologie, Rettungsmedizin,  
Spezielle Schmerztherapie (D)

1984–91 Studium der Humanmedizin an den  
Universitäten Köln und Kiel (D)

1993 Approbation als Arzt

Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie:

1991–95 Institut für Anästhesiologie und  
Reanimation, Kantonsspital Luzern

1995–99 Klinik für Anästhesiologie und  
Intensivtherapie, Universitätsklinikum Charité,  
Humboldt-Universität zu Berlin

1998 Facharzttitel Anästhesiologie

1999–00 Oberarzt-Stv. am Institut für

Anästhesiologie, Kantonsspital Obwalden

2000–04 Fach- und Oberarzt am Institut für  
Anästhesiologie, Intensivmedizin/Schmerz-  
ambulanz, Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil

Ausbildung in Interventioneller Schmerz-  
therapie bei Prof. Dr. med. Menno Sluijter

2001 Diplom der European Academy of

Anaesthesiology DEAA

2004 Erlangung der Titels «Spezielle Schmerz-  
therapie» durch die Ärztekammer Berlin (D)

Seit 1. Februar 2004 Partner im Schmerz  
Zentrum Zofingen

### **Dr. med. Olav Rohof** (*hinten rechts*)

Facharzt für Anästhesiologie,  
speziell Schmerztherapie

1968–76 Studium der Humanmedizin  
an der Universität Nimwegen (NL)

1976 Approbation als Arzt

1976–77 Tätigkeit als Allgemeinarzt  
in Hengevelde (NL)

1977–81 Weiterbildung zum Facharzt für  
Anästhesiologie am Institut für Anästhe-  
siologie der Universität Nimwegen

1981– 89 Tätigkeit als Facharzt  
für Anästhesiologie

seit 1989 Tätigkeit als schmerztherapeutischer  
Anästhesist, Chefarzt der Schmerzambulanz  
des Maasland Krankenhauses Geleen/Sittard (NL)

sowie in freier Praxis in Köln-Rodenkirchen (D)

Seit 1. Juli 2000 Partner und Konsiliariums im  
Schmerz Zentrum Zofingen

### **Karin Suter** (*vorne rechts*)

Medizinische Praxisassistentin, beim Schmerz  
Zentrum Zofingen seit Juli 2000



## ... RUND UM UNSERE KERNKOMPETENZEN



**Dr. med.  
Stefan Reinbott**  
Spezialarzt für Neurologie,  
Konsiliarius

Exakter Neurostatus zur eingrenzenden oder gar eindeutigen Diagnose. Analyse komplexer Kopf- und Gesichtsschmerzen. Abgrenzende Diagnostik, EEG und Liquoruntersuchung zum Nachweis von Entzündungen am Nervensystem. Elektroneurographie (ENG), Elektromyographie (EMG) und Somato-Sensibel Evozierte Potentiale (SEP) zum Beweis einer ursächlichen, fehlerhaften Funktion von Nervenfasern und -bahnen, zur Differenzierung peripherer, zentralnervöser und neuropathischer Schmerzsyndrome und zur gezielten Einleitung notwendiger, z. B. operativer Massnahmen. Individuelle Anpassung neuropharmakologischer Therapiekonzepte. Spezialbehandlung mit Botulinumtoxin.



**Diana Hurter**  
lic. phil.  
Psychologin FSP

Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung und Stressbewältigung. Problemlösetraining, Aufbau von effizienteren Verhaltensweisen. Abbau des Schonverhaltens bei gleichzeitiger Aktivierung des allgemeinen Wohlbefindens. Entspannung (u. a. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson).



**Dr. med.  
Hanno Saltenberger**  
Spezialarzt Orthopädie,  
Konsiliarius

Beurteilung von Wirbelsäulen- und Gelenkstatus, insbesondere bei komplexen Fragestellungen mit arthrotischen oder posttraumatischen Veränderungen an mehreren Gelenken. Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln, Beurteilung und ggf. Optimierung bestehender Hilfsmittel. Hilfestellung bei der Indikationsstellung zu weiteren diagnostischen Massnahmen. Erläuterung von weiteren Therapiemöglichkeiten, insbesondere operativer Massnahmen, wenn bisher durchgeführte konservative und minimalinvasive Massnahmen nicht erfolgreich waren.



**Dr. med. Gabriela Zuber**  
Traditionelle chinesische  
Medizin (TCM)

Die Behandlung beginnt mit einem Gespräch, in welchem man den Menschen als Einheit mit allen seinen Problemen zu erfassen versucht. Auf Grund dieser Ergebnisse entsteht ein Therapiekonzept, welches aus den vier Therapiemöglichkeiten Kräutertherapie, Akupunktur, Tuina und Diätetik bestehen kann. Die TCM arbeitet mit Energien und nicht mit Organen. So ergänzen sich Schulmedizin und TCM ideal.

Zofingen

Schmerz



Zentrum

## UNS KENNEN LERNEN UND SGAM-WEITERBILDUNGSCREDITS ERHALTEN ...

### Evaluation und Fortbildung in einem

Im Einklappteil dieser Broschüre finden Sie eine Einladungskarte für eines unserer Vorabend-Seminare. In kompakter Form vermitteln wir Ihnen einen Überblick über den aktuellen Stand der minimalinvasiven Schmerztherapie und stellen Ihnen unsere Praxis vor.

Verbinden Sie dabei das Angenehme mit dem Nützlichen: Sie können Ihren Besuch bei uns, bei dem Sie sich eine Meinung über unser Angebot bilden, als Weiterbildung gemäss SGAM deklarieren. Für unser Kompaktseminar können Sie mindestens 2 Credits einsetzen.



### Weiterführende Literatur ...

Sluiter, M.E., Radiofrequency, Part 1: A review of radiofrequency procedures in the lumbar region. 1 ed, ed. M.E. Sluiter. Vol. 1. 2001, Meggen / Lucerne, CH: FlivoPress. 186.

Sluiter, M.E., Radiofrequency, Part 2: Thoracic and Cervical Region, Headache and Facial Pain. 1. ed, ed. M.E. Sluiter. Vol. 2. 2001, Meggen / Lucerne, CH: FlivoPress. 166.

Bogduk, N., and B. McGuirk, Medical Management of Acute and Chronic Low Back Pain. An Evidence-Based Approach, ed. N. Bogduk and B. McGuirk. Vol. 13. 2002, Amsterdam: Elsevier Science.

### ... für Interessierte

Waddell, G., The Back Pain Revolution. 3rd ed. 2000, Edinburgh – London – New York: Churchill Livingstone.

McQuay, H.J., and R.A. Moore, An evidence-based resource for pain relief, ed. H.J. McQuay and R.A. Moore. Vol. 1. 1998, New York: Oxford University Press. 257.

Fenton, D.S., and L.F. Czervionke, Image-Guided Spine Intervention. 1 ed, ed. D.S. Fenton and L.F. Czervionke. 2003, Philadelphia: Saunders. 298.



## ... IM HISTORISCHEN STADTKERN VON ZOFINGEN



### **Im Herzen der Schweiz und damit für alle da, die uns brauchen**

Die Thut-Stadt Zofingen strahlt bei aller Weltverbundenheit (der grösste Medienkonzern der Schweiz hat seinen Sitz hier) eine gewisse Ruhe aus und die historische Altstadt ist sorgfältig erhalten. Sie finden uns im «Consulanhaus» – einem bedeutenden Jugendstilbau im äusseren Ring der Altstadt. Parkplätze in unmittelbarer Nähe oder im Bahnhofparking.

Beachten Sie bitte den Ortsplan und die Anfahrtsbeschreibung auf der Einklappseite!

