

SchmerzLOS 

AKTUELL

3/2019



Echinocactus grusonii
(Nomen est omen)

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

für mich zeigte es sich bei der Zusammenstellung der Themen für dieses Heft wieder einmal, dass eine positive Grundhaltung so wichtig ist. Eine Nachbarin erzählt mir immer, welche negativen Erlebnisse sie hatte. Da bin ich immer ganz froh, dass ich eine andere Sichtweise habe und eigentlich auch, wenn ich mir nicht jeden Tag so viele negativen Dinge anhören muss.



Durch den Artikel über psychologische Faktoren bei Knie- und Gelenkschmerzen wurde mir deutlich, dass die Erwartung an die Behandlung so viel ausmachen kann. Natürlich ist es schwer, vor einer Gelenkoperation die eigenen Ängste und Befürchtungen auszuschalten. Aber man kann selbst dazu beitragen, dass man ein vertrauensvolles Verhältnis zum Behandlungsteam aufbaut und sich ausmalt, welchen geliebten Aktivitäten man nach der Heilung wieder nachgehen kann. Dazu ist es nicht immer ratsam, in Internetforen „Grusel-Geschichten“ zu lesen, dagegen ist die aktive Teilnahme an einer SchmerzLOS-Selbsthilfegruppe in jedem Fall zu empfehlen. „Wir arbeiten in der Gruppe gemeinsam an der Schmerzakzeptanz“, sagte Sabine Pump beim Aktionstag in Lübeck den vielen Zuhörern. In der Selbsthilfegruppe darf man sich natürlich „ausweinen“, aber es handelt sich nicht um „Jammergruppen“, in denen das Jammern über die eigene Befindlichkeit im Vordergrund steht. Vielmehr lernen die Teilnehmer viel über chronischen Schmerz und profitieren von dem Austausch in dem vertraulichen Rahmen. Wir begrüßen es, dass sich so viele neue Selbsthilfegruppen unter unserem Dach gründen oder zu uns stoßen. Nun dürfen wir sogar die ersten beiden Selbsthilfegruppe aus Österreich bei uns willkommen heißen. Der Selbsthilfgruppenleiter Rolf Fahnenbruck berichtet über seine eigenen Erfahrungen mit der Cannabis-Therapie.

Von Mona, der Geschäftsstellenkatze, darf ich Ihnen ausrichten, dass sie sich über Post von ihrer Leserschaft freut. Sie meint, dass sie schon viele Fans hat, was ja durch Mails an Mona zu beweisen wäre. Wenn es nicht mehr so heiß ist, wird sie auch ihre Mails beantworten. Sie lag zuletzt auf ihrem Lieblingsplatz hoch oben auf dem Regal in der Geschäftsstelle – und hielt ein geruhsames Nickerchen. Immerhin wird sie noch wach, wenn ihr „Diener“ die Dreamies-Schublade öffnet.

Werden oder bleiben Sie aktiv!

Ihre



Heike Norda

Inhalt

Psychologische Faktoren bei Knie- und Gelenkschmerzen	3
Cannabis in der Schmerzbehandlung	8
Erfahrung eines Schmerzpatienten mit Cannabis	9
Mona, die Geschäftsstellenkatze, berichtet	12
Selbstfürsorge	13
Faszien - Ist an der Hype wirklich etwas dran?	14
Katastrophisieren stört Schmerzmodulation im Hirn	15
Positiv denken - oder gefangen in der Nörgelspirale	16
»Wir teilen gute und schlechte Erfahrungen«	17
SELMA - App zur Verbesserung der Lebensqualität bei chronischen Schmerzen	18
Schmerz-STRANG Nordwest	19
Aktionstag gegen den Schmerz	20
Elf Ratschläge gegen Schmerzen an Muskeln und Skelett	22
Für Sie gelesen: Handbuch gegen den Schmerz	23
Informationen, die weiterhelfen	24
Impressum	26
Unsere Selbsthilfegruppen in D + A	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	28

Psychologische Faktoren bei Knie- und Gelenkschmerzen

Die Rolle der Behandlungserwartungen für den Schmerzverlauf Was können Patienten mit Gelenkschmerz für sich selbst tun?

Viele Patienten mit Knie- und anderen Gelenkschmerzen erleben im alltäglichen Leben, egal ob privat oder beruflich, Einschränkungen. Arthrose der Kniegelenke ist verantwortlich für eine ebenso hohe Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten, wie es bei kardiovaskulären Erkrankungen der Fall ist. Bewegungsfreiheit scheint signifikant zur Lebensqualität beizutragen. Bei Rheuma-Patienten konnte gezeigt werden, dass zusätzliche Beeinträchtigung in der körperlichen Funktionskapazität zu einer Verschlechterung der Stimmung und Lebensqualität führte. Patienten mit Knie- oder Gelenkschmerzen haben oft eine langjährige Vorgeschichte mit zahlreichen konservativen (=nicht invasiven) Behandlungen. Zuletzt unterziehen sich solche Patienten doch meistens einem operativen Eingriff. Diese Eingriffe, besonders die Gelenkersatzoperationen, erzielen einerseits sehr gute Ergebnisse. Andererseits hat aber ein Teil der operierten Patienten auch postoperativ starke Schmerzen.

Dass die Erwartungen an solche Eingriffe hoch sind, zeigen auch die Ergebnisse von sog. Placebo-Operationen, worüber SCHMERZLOS AKTUELL bereits in der Ausgabe 1/2019 berichtete. Chronische Gelenkschmerzen sind wie alle chronischen Schmerzen ein komplexes multidimensionales Phänomen, an dem somatische, psychische und soziale Faktoren

beteiligt sind. In deren Verlauf und auch in der Interaktion mit den beteiligten neurobiologischen und psychologischen und immunologischen Abläufen spielen Behandlungserwartungen eine beträchtliche Rolle.

In Deutschland berichten fast 60 Prozent der Frauen und über 50



Ein Teufelskreis: Körperliche Inaktivität führt zu Bewegungsangst und hält den Schmerz aufrecht

Prozent der Männer, in den letzten 12 Monaten Gelenkschmerzen gehabt zu haben. Bei beiden Geschlechtern stieg die Anzahl mit zunehmendem Alter. Knieschmerzen waren eine der häufigsten Schmerzlokalisationen.

Die Ursachen sind vielfältig, viele Krankheitsverläufe sind wiederkehrend bis chronisch, besonderes bei arthrosebedingten Schmerzen, und weisen wechselweise entzündliche und nicht-entzündliche Phasen auf. Dabei

ist es wichtig zu berücksichtigen, dass somatische (=körperliche) Faktoren allein die mit Arthrose verbundenen Schmerzen und Behinderungen nicht vollständig erklären. Nach dem biopsychosozialen Krankheitsmodell sind auch bei Knie- und Gelenkschmerzen somatische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt. Psychologische Faktoren beeinflussen das Schmerzerleben und schmerzbedingte Beeinträchtigungen - auch im Zusammenhang mit Gelenkverschleiß. Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis werden häufig Symptome einer Depression beobachtet; diese verstärken das Schmerzerleben. Die Depressionen können als Folge eingeschränkter Beweglichkeit durch die Knie- und Gelenkschmerzen gesehen werden. In einer Studie an Rheumapatienten zeigte sich, dass bei den Patienten, die zusätzlich unter Rückenschmerzen litten, eine stärkere Depressivität auftrat. Als Ursache wird vermutet, dass die Funktionskapazität durch die Schmerzen beeinträchtigt war.

Patienten mit Knie- und Gelenkschmerzen sind in der Regel körperlich inaktiv und zeigen eine katastrophisierende Schmerzverarbeitung, wodurch wiederum das Erleben des Schmerzes verstärkt wird. Eine zunehmende Bewegungsangst hält die Schmerzen aufrecht. In diesem Teufelskreis treten in der Folge auch depressive Symptome auf. Diese können in schweren Fällen bis zur Hilf- und

Hoffnungslosigkeit führen, ohne die Hoffnung, sich jemals wieder normal bewegen zu können. Für Betroffene wie auch ihre Behandler stellt ein solcher Zustand eine Herausforderung dar. Der Wunsch nach Linderung der

Eine Studie untersuchte die Behandlungsziele von Patienten mit fortgeschrittener Knie-Gelenksarthrose, die vor der Gelenkersatz-Operation standen. Die meisten von ihnen wünschten sich eine Abnahme der Symptome

einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Das maßgebliche Hindernis, ein solches Training konsequent anzugehen und durchzuhalten, ist einerseits das Schmerzerleben selbst, andererseits aber auch die

mangelnde Motivation zur Verhaltensänderung (z. B. regelmäßig Sport betreiben). Hier setzen die psychologische Schmerzbehandlung an. Einerseits wird mit Hilfe von speziell ausgebildeten Schmerz-Psychotherapeuten die Schmerzwahrnehmung verändert. Diese nutzen verschiedene Techniken, z. B. Techniken der Ablenkung vom Schmerz, Techniken zum Angst- Abbau, Techniken zur Verhinderung von schmerzverstärkenden Einflussfaktoren,



Schmerz-Psychotherapeuten nutzen Techniken der Ablenkung vom Schmerz, Umgang mit der Angst oder Techniken zur Verhinderung von schmerzverstärkenden Einflussfaktoren.

Schmerzen und Minderung der Bewegungseinschränkung ist bei den Betroffenen sehr ausgeprägt. Da nichtoperative Maßnahmen oft nicht zum Erfolg führen, wird oft eine Operation angeraten, z. B. eine Knie-Endoprothese. Die Schmerzen nach einem solchen Eingriff werden ebenfalls stark durch psychologische Faktoren beeinflusst. Hierbei wirkten Schmerzen, die vor einer Operation bestanden, sowie Schmerzkataprophisierung, Depression und schmerzbedingte Bewegungsängste auf das Erleben der Schmerzen nach der Operation.

(z. B. Reduktion der Schmerzen), eine funktionelle Verbesserung (Verbesserung von „körperlicher Funktion“, „Bewegungsumfang“, „Gehstrecke“, „Treppensteigen“, „physischer Tätigkeit“), „Verbesserung der Lebensqualität“ sowie in der Prävention und Sicherheit („Prävention vor sekundären Beeinträchtigungen“, „langes Implantatüberleben“). Den zentralen Stellenwert nahm der Wunsch ein, ihre körperliche Funktionskapazität zu steigern. Für viele Patienten mit Arthrose kann ein moderates körperliches Training, auch schon vor der Implantat-Operation, zu

flussfaktoren, z. B. besserer Umgang mit negativen Emotionen, entspannungsfördernde Techniken, Konfliktlösungsstrategien. Andererseits werden insbesondere zum Aufbau körperlicher Aktivitäten spezifische verhaltenstherapeutische Techniken der Motivationsbildung und zur Verhaltensänderung angewendet. Solche Verfahren werden z. B. in Schmerzbewältigungsgruppen angewendet. Bei einer Gruppenbehandlung werden viele Patienten erreicht, und das Miteinander der Patienten führt zu gegenseitigen Verstärkungseffekten. Sofern

alle GruppenteilnehmerInnen ähnliche körperliche Voraussetzungen haben, wird sich keine Überforderungssituation ergeben. Beispielsweise kann der Patient über die Vereinbarung und Verstärkung kleinster Veränderungsschritte (5 Minuten in der Gruppe mitgehen) angeleitet werden, weiter gesteckte Ziele zu erreichen (die ganze Wegstrecke mitgehen). Die Erfolgswahrscheinlichkeit ist höher, wenn die Behandlungsschritte in einem interdisziplinär und multimodal arbeitenden Behandlungsteam umgesetzt werden.

Nach den Erfahrungen von etlichen Selbsthilfegruppen-Teilnehmern von UVSD SchmerzLOS e. V. kann diese Motivationsförderung bestätigt werden, z. B. wenn man sich mit Gruppenteilnehmern zu moderatem Sport verabredet. So gibt es Verabredungen zu gemeinsamen Stunden für Rückengymnastik, gemeinsame Teilnahme einiger Mitglieder an Wassergymnastikgruppen und vieles mehr.

Sabine Pump, eine Selbsthilfegruppen-Ansprechpartnerin von UVSD SchmerzLOS e.V., sagte: „Der innere Schweinehund hat bei mir keine Chance, wenn ich mich mit anderen zum gemeinsamen Sport verabrede. Das tut mir gut, denn auch die Erlebnisse, die wir gemeinsam haben, und auch dass wir zusammen lachen können, helfen mir dabei, dass es mir besser geht. Wenn ich nicht all die Jahre mich im Fitnessstudio bewegt hätte, wäre ich heute steif.“

Obwohl der Knieschmerz bei Arthrose chronisch wiederkehrend auftritt, hat er seine akute Warnfunktion nicht verloren. Dennoch müssen die Betroffenen Bewe-

gung nicht aufgeben. Wenn sie es schaffen, bewegungstypische Belastungsmuster durch Änderung der Art der Bewegung (z. B. anstatt des Joggens Fahrradfahren) vorübergehend zu ersetzen, können sie trotzdem aktiv bleiben. Die schmerzhafte Stressreaktion der gelenknahen Knochen, die im Rahmen der arthrosebedingten Anpassung auftritt und die sich nach Wochen auch wieder beruhigt, kann auf diesem Wege überbrückt werden.

Eine schmerzlindernde Modulation kann einerseits über Medi-

Die Kraft der Kniemuskulatur ist entscheidend, nicht das Röntgenbild.

kamente und andererseits auch über psychische Prozesse (z. B. Ablenkung) erfolgen. Es stellt sich allerdings die Frage, zu wie viel Bewegung oder Sport ein Patient mit solchen Knie- oder Gelenkschmerzen motiviert werden sollte oder darf, ohne dass dadurch der degenerative Prozess beschleunigt wird. Wie weitgehend sollte oder darf der Betroffene lernen, die Schmerz Wahrnehmung zu unterdrücken? Bei der Schmerzbehandlung von arthrosebedingten Knie- und Gelenkschmerzen ist deshalb zu berücksichtigen, dass die Betroffenen neben der Motivation zu sportlichen Aktivitäten oder Bewegung auch eine gute Körperwahrnehmung erlernen und den Sinn eines ausgewogenen Wechsels zwischen Be- und Entlastung verstehen, um kreativ

unterschiedliche Sportarten oder Belastungen zu wählen und wechselweise zu prüfen, ob dies wieder möglich ist. Ziel ist es, durch den Aufbau und Erhalt der Fitness (Kraft, Geschicklichkeit, Beweglichkeit) das Gelenk gut zu schützen. In diesem Zusammenhang hat die Kraft der Kniemuskulatur mehr Aussagekraft über das mögliche Schmerzerleben als das Röntgenbild.

Psychologische Aspekte der Knie- und Gelenkoperationen

Eine Knie-Endoprothesenoperation kann, wenn alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, die Funktionsfähigkeit verbessern und die Schmerzen lindern. Dennoch erleben 15–30 % der Patienten signifikante Schmerzen nach der Operation, 20 % der Patienten berichten noch ein Jahr nach der Operation über moderate bis schwere Schmerzen. Viele Patienten haben nach der Operation anhaltende Schmerzen, obwohl der operative Eingriff als erfolgreich eingestuft werden kann. Zu den wesentlichen Risikofaktoren für anhaltende Schmerzen nach Implantation einer Kniegelenksprothese zählen vor allem Depressivität und Katastrophisierung. Eine präoperative Erwartung eines negativen Operationsergebnisses aufseiten der Patienten, die zu diesem Zeitpunkt nicht durch medizinische Kriterien begründet ist, scheint sich ungünstig auf die tatsächliche Behandlungsprognose auszuwirken. Eine solche Erwartung, z. B. „Die Operation wird bestimmt schief gehen. Ich werde nie wieder richtig laufen können“, bahnt sich im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“ (einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung) ihren eigenen Weg der Erfüllung.

Erwartungen von Patienten und Einfluss auf die Operationsbehandlung

Die Erwartungen von Patienten sind bedeutende Prädiktoren (=Vorhersage-Variablen) für das



Patienten mit chronischen Schmerzen haben eine lange Vorgeschichte an Behandlungen und damit ganz andere Vorerfahrungen mit medizinischen Behandlungen.

Ergebnis jeglicher analgetischer Behandlungen. Dies konnte sehr eindrücklich anhand der Forschung zum Placeboeffekte gezeigt werden. Im Jahr 2016 wiesen Forscher nach, dass Schmerzen von Patienten durch gezielten Aufbau von Erwartungen gelindert werden können. Aber es zeigte sich auch, dass Erwartungen einen Einfluss auf das funktionsbezogene Ergebnis nach Operationen haben. Die Ergebnisse zeigten signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit hohen und Patienten mit niedrigen vorherigen Erwartungen. Die jeweiligen Ergebnisvariablen (Funktionsfähigkeit und Schmerz) waren besser, je höher die vorherigen Erwartungen sind. Vorherige Erwartungen und Wirksamkeitsüberzeugungen hatten einen Einfluss auf die Erholungszeit nach einer Kniegelenks-Prothesen-Operation. Die

vorherigen Erwartungen bezogen sich auf die Wahrscheinlichkeit der Genesung und die erwartete Veränderung der Lebensqualität (mentale und physische Funktionsfähigkeit, Schmerz und

Funktionsfähigkeit) erhoben nach der Operation. Sowohl vorherige Erwartungen als auch Wirksamkeitsüberzeugungen waren ein Prädiktor für die physisch und mental gesundheitsbezogene Ergebnisvariable. Die Patienten, die eine kürzere Genesungszeit erwarteten, waren zufriedener mit ihrem Behandlungsergebnis nach zwölf Monaten als Patienten, die eine längere Genesungszeit erwarteten.

Behandlungserwartungen und Vorhersage von Behandlungsergebnissen

Patienten mit chronischen Schmerzen haben eine lange Vorgeschichte an Behandlungen und damit ganz andere Vorerfahrungen mit medizinischen Behandlungen. Ihre Erwartungen, z. B. an die Wirksamkeit eines Schmerzmedikaments, können anders ausfallen als die Erwartung

einer grundsätzlich gesunden Person, die lediglich wegen schwacher akuter Schmerzen ein Medikament einnehmen möchte. Die Erwartungen von Patienten spielen eine zentrale Rolle für das eigentliche Behandlungsergebnis. Erwartungen sind der zentrale Mechanismus des Placeboeffekts. Erwartungen werden vermittelt über Prozesse des klassischen und sozialen Lernens und über verbale Anweisungen und sind ebenso durch emotionale Faktoren geprägt.

Erwartungen sind ein kognitiver Prozess, der im Falle positiver Behandlungserwartungen eine gesteigerte Selbstwirksamkeit vermittelt und durch die Aufmerksamkeitslenkung auf positive Aspekte der Behandlung deren Behandlungseffekte steigern kann. Durch positive Behandlungserwartungen können negative Aspekte, wie beispielsweise Behandlungsängste, parallel gemindert werden. Andererseits können negativ getönte Behandlungserwartungen Behandlungsängste auslösen und die Effektivität einer Behandlung reduzieren. Behandlungserwartung hängt auch mit der Vorhersage von Behandlungsergebnissen zusammen. Diese Vorhersage spielt dabei auch für Patienten eine entscheidende Rolle. Patienten wollen vom Behandler wissen, welche Behandlung mit welcher Wirkung auf ihre Schmerzen angewendet wird. Vor einer Operation z. B. wollen die Patienten wissen, wie die Schmerzen postoperativ verlaufen, sie erwarten hierzu vom Behandlungsteam eine Vorhersage und bauen daraufhin eine bestimmte Erwartung auf. Sie beobachten den Krankheits- und Behandlungsverlauf entsprechend dieser Erwartung und gleichen ab, ob die Vorhersage des Be-

handlers eintritt. Wahrgenommene Abweichungen scheinen auch die Wahrnehmung der Schmerzen zu verändern. Wenn die Patienten erwarten, dass sie postoperativ schmerzfrei sind, dann werden bereits geringe Schmerzen als zu viel erlebt und stärker wahrgenommen. Wenn ihnen präoperativ erläutert wird, dass Schmerzen nach der Operation normal sind, aber wirksame Hilfe zur Verfügung stehen wird, dann wird die Schmerztoleranz größer und das Schmerzerleben geringer sein. Die Interaktion zwischen Prognose und „wahrer“ Schmerzreduktion scheint für den Placeboeffekt bzw. einen positiven Behandlungsverlauf von hoher Bedeutung zu sein. Behandler sollten ihren Patienten dazu verhelfen, Zuversicht und realistische Erwartungen aufzubauen.

Es kann helfen, wenn Betroffene eine positive, von Vertrauen geprägte Beziehung zum Behandler bzw. zum Behandlungsteam aufbauen. Die gegenseitige Klärung der Erwartungen und deren realistische Einstufung sind erforderlich. Erwartet der Patient mit Kniegelenksarthrose von der Behandlung eine komplette Schmerz- und Bewegungsfreiheit, dann kann diese Erwartung aufgrund unrealistischer Zielsetzungen enttäuscht werden und diese Enttäuschung zu einer Störung der Patienten-Behandler-Beziehung führen.

Eine positive Patienten-Behandler-Beziehung – geprägt durch Vertrauen, Wärme und Empathie – ist wesentlich, um optimale therapeutische Wirksamkeit einer Behandlung zu erlangen. Ein sehr wichtiges Element einer positiven Kommunikationsatmosphäre ist die therapeutische Allianz, die die Verbindung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten

sowie die Vereinbarung über die therapeutischen Ziele und Aufgaben beinhaltet. Gelingt diese Allianz, dann erleben sowohl der Patient als auch der Behandler, dass sie gemeinsam ein Therapieziel verfolgen und realisieren können. Dazu gehört z. B., dass der Behandler dem älter werdenden Patienten mit Einfühlungsvermögen seine möglicherweise unrealistischen Ansprüche an seine körperliche Leistungsfähigkeit verdeutlicht und gleichzeitig zu alternativen Leistungen motiviert. Eine starke therapeutische Allianz ist gekennzeichnet durch die Wahrnehmung des Patienten, sich respektiert und umsorgt zu fühlen. Die Wahrnehmung solcher Beziehungen durch den Patienten kann das emotionale Wohlbefinden fördern. Wenn Ärzte optimal informieren und Einfühlungsvermögen für die Situation des Patienten zeigen, wenn Patienten die Möglichkeit haben, ihre Bedenken

zu äußern, und wenn der Patient konsistente Botschaften und eine koordinierte Behandlung vom klinischen Team erhält, kann dies die Allianz zwischen Arzt und Patient verbessern. Eine Patient-Behandler-Kommunikation, die den Patienten das Gefühl gibt, dass man sie kennt und versteht, die Hoffnungen, Zuversicht und Würde vermittelt, die Beruhigung und Trost ermöglicht, kann das therapeutische Ergebnis verbessern. Darüber hinaus wird eine

vertrauensvolle und erfolgreiche Therapeut-Patienten-Kommunikation auch durch gemeinsames Verständnis beeinflusst. Die Patienten müssen ein Verständnis für Krankheit, Risiken und Nutzen verschiedener Behandlungsoptionen haben, um fundierte Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen zu können, z. B. über die Einnahme von Analgetika. Behandler müssen die Werte, Vorlieben und Überzeugungen eines Patienten bezüglich der Gesundheit verstehen. Sowohl Behandler als auch Patienten benötigen Fähigkeiten, um ihre Perspektive zu präsentieren und das



Eine Patient-Behandler-Kommunikation, die den Patienten das Gefühl gibt, dass man sie versteht, die Hoffnungen, Zuversicht und Würde vermittelt, die Beruhigung und Trost ermöglicht, kann das therapeutische Ergebnis verbessern.

Gegenstück zu übernehmen. Eine erfolgreiche Patienten-Behandler-Kommunikation ermöglicht ein effektives Informationsmanagement und kann das Engagement des Patienten für die Behandlung erhöhen

Quelle: R. Klinger, J. Stuhlfreyer, J. Schmitz, C. Zöllner, C. Roder, F. Krug: Psychologische Faktoren im Kontext perioperativer Knie- und Gelenkschmerzen: die Rolle der Behandlungserwartungen für den Schmerzverlauf aus „Der Schmerz“ 1/2019

Cannabis in der Schmerzbehandlung



Ärzte dürfen Extrakte, künstliche Cannabinoide oder getrocknete Cannabisblüten verordnen.

Seit 2017 dürfen Ärzte Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und bei fehlenden Therapiealternativen Cannabis (Cannabinoide) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen. Viele Schmerzpatienten haben hohe Erwartungen und große Hoffnung auf cannabisbasierte Medikamente. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. weist darauf hin, dass lediglich bei einem Bruchteil der Erkrankungen mit speziellen chronischen Schmerzen erwiesen ist, dass cannabisbasierte Arzneimittel helfen.

Darreichungsformen

Cannabinoide werden aus der Hanfpflanze *Cannabis sativa* gewonnen. Der pflanzliche Cannabis enthält über 100 Inhaltsstoffe, u.a. die Cannabinoide. Ärzte dürfen Extrakte, künstliche Cannabinoide oder getrocknete Cannabisblüten (Medizinal-Hanf) verordnen. Cannabisblüten haben sehr unterschiedliche Wirkstoffzusammensetzungen und zum Inhalieren braucht man einen Verdampfer. Werden Cannabisblüten geraucht oder inhaliert,

flutet die Wirkung schnell an, lässt aber auch schnell wieder nach, was in der Schmerzbehandlung nicht erwünscht ist. Von einer Eigentherapie mit Cannabisblüten raten Experten ausdrücklich ab, da die Dosierungen ungenau seien und es zu unerwünschten, gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen kommen kann. Bei Schmerzpatienten ist der Einsatz eines Fertigarzneimittels besser, da die Wirkdauer länger ist und sich die Dosierung besser steuern lässt.

Einsatzgebiete und Wirksamkeit

Cannabinoide dürfen nur in Einzelfällen bei schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen gegeben werden, bei denen andere Medikamente keine Wirkung gezeigt haben. Eine Krankheit gilt dann als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie eine so schwere Gesundheitsstörung verursacht, dass die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist. Cannabinoide können meist keine Schmerzfreiheit herstellen, die Schmerzen werden aber unter Umständen vermindert wahrgenommen, und

schmerzbedingte Schlafstörungen können sich verbessern. Für eine deutliche Schmerzreduktion um mind. 50% liegt kein Beweis vor.

Als mögliche Einsatzgebiete für cannabisbasierte Medikamente gelten derzeit insbesondere chronische Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen), Spastik (langandauernde Muskelverkrampfung) bei Multipler Sklerose sowie Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen bei Krebserkrankungen unter Chemotherapie.

Akutschmerzen und Gewebeschmerzen wie z.B. muskuläre Schmerzen scheinen weniger auf Cannabinoide anzusprechen. Bei Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, rheumatoider Arthritis, chronischer Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Morbus Crohn, Schiefhals und Reizdarmsyndrom konnten keine eindeutigen Verbesserungen erzielt werden.

Nebenwirkungen

Unter einer Therapie mit Cannabinoiden kann es zu Nebenwirkungen im Gehirn kommen, die sich z. B. in Form von Übelkeit, Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel, Mundtrockenheit, Störungen der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung und des Denkens sowie Stimmungsschwankungen zeigen können. Weitere Nebenwirkungen sind Suchtentwicklung, Beeinflussung von Gedächtnisfunktionen, Verwirrtheit, Gewichtszunahme, Bewegungsbeeinträchtigungen, Nebenwirkungen auf das Herz- und Kreislaufsystem und Lustlosigkeit.

Die bisherigen Untersuchungen beziehen sich auf kurze Behandlungszeiträume von wenigen Wochen bis Monaten, die besonderen Risiken einer Langzeitbehandlung

sind weitestgehend unklar. Bei gleichzeitig zur Schmerzerkrankung bestehenden bestimmten psychiatrischen Erkrankungen wie Suchterkrankungen oder Psychosen ist von einer Behandlung mit Cannabinoiden abzusehen, da die Risiken und Nebenwirkungen hier besonders erhöht sind.

Unter medizinischer Anwendung ist das Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen vorübergehend eingeschränkt. Diese Einschränkungen treten besonders bei Ersteinnahme, Entzug und je nach Dosishöhe auf. Die kontinuierliche Verfügbarkeit der Arznei ist z.B. bei Auslandsreisen zu gewährleisten, sonst kann

es zu Entzugssymptomen kommen. Cannabis darf nicht in der Schwangerschaft und Stillzeit gegeben werden.

Verschreibung

Die Cannabinoide können vom Arzt nur in speziellen Einzelfällen verschrieben werden. Der Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse bedarf einer besonderen Begründung durch den behandelnden Arzt. Zusätzlich muss der Patient bereit sein, an einer Begleitforschung teilzunehmen.

Fazit

Cannabis ist kein Wundermittel. In der Schmerztherapie kann es

derzeit nur bei Patienten mit nicht anders behandelbaren schwersten chronischen Nervenschmerzen eingesetzt werden. Sie sollten nicht als einzige Maßnahme gesehen werden, sondern nur in Kombination mit physiotherapeutischen und psychotherapeutischen Verfahren. Eine langfristige Therapie ist nur bei einer anhaltenden positiven Wirkung sinnvoll. Allerdings gibt es noch keine ausreichenden Erfahrungen zu Erfolg und Sicherheit in der Langzeitbehandlung.

Autor: Dr. Martin von Wachter
Quelle: Website der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Menüpunkt: Patienteninformationen

Erfahrungen eines Schmerzpatienten mit Cannabis

Etwas mehr als 2 Jahre sind nun vergangen, seit Cannabis im gesetzgebenden Verfahren am 10. März 2017 als Therapieverfahren unter bestimmten Voraussetzungen für eingegrenzte Patientengruppen als Therapieoption zugelassen wurde.

Eine Entscheidung, die mich als langjähriger Nutzer von Cannabis im Rahmen einer chronischen Schmerztherapie nicht freudig gestimmt hat. Ich ahnte schon damals, dass dieses Gesetz, das durch alle gesetzgebenden Instanzen innerhalb von kürzester Zeit auch gegen viele Widerstände durchgepeitscht wurde, mehr neue Widerstände aufbaut, als alte abbaut. In diesem Gesetzesvorhaben hat man Cannabis, mit einer Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, als Therapiemöglichkeit

zugelassen und gleichzeitig die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für diese Therapie unter bestimmten Umständen und Voraussetzungen zu



Die Vermischung der Diskussion über Anbau und Konsum von Cannabis hat uns Patienten massiv geschadet.

übernehmen.

Für mich war die Zulassung deshalb schwierig, weil die gesamte öffentliche Diskussion gleichzeitig auch über den Anbau von Hanf für Jedermann zu privaten und

nicht medizinischen Zwecken geführt wurde. Natürlich habe ich mir die Zulassung von Cannabis als Option in der Therapie von chronisch Schmerzkranken und bei anderen schwierigen Krankheitsverläufen gewünscht; die Vermischung der Diskussion mit Anbau und Konsum von Cannabis hat uns Patienten jedoch massiv geschadet.

Die Diskussion über die Zulassung hört bis heute nicht auf, Ärzte verordnen in der Mehrzahl Cannabis nicht, die Krankenkassen verweigern die Kosten in fast allen Fällen zunächst, und es gibt eine enorme Unsicherheit in der Bevölkerung. All das zeigt, wie „handwerklich ungeschickt“ dieses Gesetz durch alle Gremien des Bundestages gejagt wurde.

Ich hätte mir eine Regelung zum Einsatz von Cannabis rein zu medizinischen Zwecken gewünscht, verbunden mit einer begleitenden ausführlichen, bundesweiten / europaweiten Erhebung und langer wissenschaftlicher Begleitung. Vor allem sollten damit chronisch kranke Patienten in einem geschützten Rahmen ausprobieren können, ob Cannabis ihnen eine bessere Lebensqualität bringen kann.

Über die eigentlichen Wirkmechanismen von Cannabis ist immer noch sehr wenig bekannt. Uns Patienten muss dies auch gar nicht so genau bewusst sein, denn Cannabis ist eigentlich kein Schmerzmittel und wirkt auch nicht ähnlich wie ein starkes Schmerzmittel, z. B. ein Opiat.

Mir hat Cannabis in den langen Jahren der Einnahme nicht geholfen, meine starken chronischen Schmerzen zu lindern oder gar zu beseitigen.

Vor 11 Jahren habe ich mir als Patient in einem individuellen Einzelversuch das Recht erstritten, Cannabis auszuprobieren. Ich brauchte damals eine Ausnahmegenehmigung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), hier die Bundesopiumstelle, die genau überprüfte, ob vorher alle bekannten und zugelassenen Heilmethoden bei mir ausprobiert wurden. Mein behandelnder Schmerztherapeut musste genau wie der Hausarzt die gesamte Krankenakte offenlegen und den langjährigen Verlauf meiner Erkrankung dokumentieren. Danach bekam ich einen positiven Bescheid zum Einzelversuch mit Cannabis als Therapieoption bei chronischem Schmerz.

Dazu muss man noch wissen, dass dieser Bescheid kostenpflichtig war und einkommensgemäß abgerechnet wurde, was zur Fol-

ge hatte, dass ich dem BfArM gegenüber auch noch mein gesamtes Einkommen und Vermögen für diesen Kostenbescheid offenlegen musste.

Ich brauchte eine Apotheke, die aus der Rezeptur Dronabinol (Cannabis) herstellen konnte und musste für die Abholung und Lagerung des Medikamentes viele Spielregeln beachten. Die Ausnahmegenehmigung erhielt ich vorerst für 6 Monate. Mit dieser Genehmigung konnte ich nun bei der

Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme stellen. Die hat postwendend abgelehnt mit der Bemerkung, dass weder eine Therapie mit Cannabis medizinisch notwendig sei, noch dass sie im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sei. Unter dem Gesichtspunkt der viel geringeren Kosten für Cannabis vs. andere Opiate konnte ich die Krankenkasse davon überzeugen, einen Versuch zu wagen.

Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts und müssen im Sinne ihrer Mitglieder sparsam und sinnvoll mit den Mitgliedsbeiträgen umgehen.

Ich denke heute noch an den Tag der ersten Einnahme zurück und - nichts passierte. Mein Schmerztherapeut beruhigte mich und meinte, dass es bis zu drei Monaten dauern kann, eine positive Resonanz auf Cannabis zu bekommen.

Die erste Wirkung verspürte ich dann mit zunehmenden Heißhungerattacken und dadurch zunehmendem Gewicht (13 kg in den ersten 12 Wochen) und



Seit März 2017 ist Cannabis als Therapieverfahren unter bestimmten Voraus-

setzungen mit ekelhaftem Juckreiz an den Schienbeinen. Positiv nahm ich wahr, das ich wieder durchschlafen konnte, was jahrelang nicht möglich war. Auch ging ich gelassener in den Tag und war als Partner in der Ehe ausgeglichener.

Viel später habe ich dann mit Hilfe des Schmerztherapeuten meine üblichen Dosierungen der Opiate langsam reduzieren können. Heute kann ich auf Opiate verzichten, bis auf Notfallmedikamente, obwohl die Schmerzen immer noch da sind. Der Unterschied ist, dass ich die Schmerzen nicht mehr in dem Maße wie früher wahrnehme. Die vielen Jahre der Erkrankung und mit der Einnahme von Cannabis nutzte ich, um zu lernen, mit der Erkrankung anders umgehen zu können. Hier haben mir vor allem Achtsamkeitstraining und andere Entspannungsarten, sowie körperliche Betätigung, wann immer es geht, geholfen.

Was bleibt uns Patienten?

Der Hype um Cannabis hat zu noch größeren Unsicherheiten bei Krankenkassen und Ärzten geführt, mit dem Ergeb-



setzungen für eingegrenzte Patientengruppen als Therapieoption zugelassen

nis, dass die meisten Patienten sich erst mit dem behandelnden Arzt auseinandersetzen müssen. Und dann folgt hinterher der Kampf um die Bezahlung durch die Krankenkassen. Welche Nebenwirkungen außer den zuvor beschriebenen noch auftreten können, bleibt abzuwarten. Klare wissenschaftliche Prüfungen vorab gibt es in diesem Fall bisher nicht. Ein Novum in der deutschen Gesundheitspolitik. Ob der Zugang von Cannabis über zu rauchende Blüten sinnvoll ist, ist ebenfalls anzuzweifeln. Hier ist die zu konsumierende Dosis immer unterschiedlich, weil es dem Patienten obliegt, die Einzeldosis zu dosieren. Manche Schmerzpatienten dosieren nach der

Mentalität: Etwas mehr ist immer besser.

Der Wirkstoffgehalt der Blüten kann ebenfalls nach Herstellerland und Herstellerqualität variieren. Ob Rauchen insgesamt der Gesundheit von chronisch Kranken zuträglich ist, bleibt auch noch abzuwarten. Zudem berichten nicht allzu viele Patienten, nach Versuchen mit Cannabis über große positive Effekte. Bei vielen Patienten, die eine weitere Therapieoption wirklich

brauchen könnten, wird sich nach den letzten 2 Jahren öffentlicher Auseinandersetzung und Streit auch innerhalb der Ärzteschaft, bittere Enttäuschung breit machen.

Wichtig für alle Anwender / Ärzte und Nutzer / Patienten ist, den Therapieversuch genauestens zu dokumentieren. Der Gesetzgeber möchte in drei Jahren überprüfen, wie Cannabis wirkt, wie Patienten damit umgehen. Erste wissenschaftliche Daten sollen dann ausgewertet werden. Nun hat man zwei Jahre damit vertan zu streiten. Bundesweite Daten,

die auswertbar sind, kann man nur bekommen, wenn auch gleich verordnet und dokumentiert wird. Solange sich Ärzte glatt weigern, eine Therapie mit Cannabis in Betracht zu ziehen, wird es diese flächendeck-

kenden empirischen vergleichbaren Daten nicht geben.

Als Patienten stehen wir wieder mal alleine in einer erbitterten Debatte von Ärzteverbänden, Ärzten, Krankenkassen und Politikern. Wir sollten nicht zu viele Erwartungen in den Ausgang dieser Prozesse setzen, schließlich wird über den zu installierenden Facharzt für Schmerztherapie in den gleichen Gremien seit 2004 gestritten, ohne dass man wesentlich weitergekommen ist.

Auch in den Bänken des gemeinsamen Bundesausschusses streiten diese Parteien erbittert um jedes Thema. Lobbyisten aus der Wirtschaft versuchen, ihre Interessen ebenfalls durchzusetzen. Anstatt sich auf solche Verfahren einzulassen, können wir Patienten aber vieles selbst tun, um unser Leid und Elend zu verringern, indem wir die medikamentösen Therapien, Naturheilverfahren, Entspannungsverfahren und anderen psychologischen Verfahren nutzen. Arbeiten wir an uns selbst und lernen wir, über diese Verfahren anders mit unserer Erkrankung umzugehen. Verlassen wir uns nicht zu sehr auf Ärzte und Medikamente, denn das alleine wird nie reichen. Akzeptieren wir unser Schicksal und lernen damit umzugehen. Dazu können Selbsthilfegruppen hilfreich beitragen. Nutzen wir erst mal das, was uns jetzt schon Nutzen bringt.



Wichtig für alle Anwender/Ärzte und Nutzer/Patienten ist es, dass der Therapieversuch genauestens dokumentiert wird.



Autor:
Rolf Fahnenbruck
Beauftragter
des Vorstandes
SchmerzLOS e.V.,
Selbsthilfegruppen-
leiter und seit 11
Jahren Cannabis-
konsument in der
Schmerztherapie,
Mitarbeiter der
Fachklinik für

Schmerztherapie Osterhofen/Niederbayern

Mona, die Geschäftsstellenkatze, berichtet:



Hallo liebe Leserinnen und Leser, es gibt wieder Neues aus der Geschäftsstelle zu berichten.

Das aller Wichtigste natürlich zuerst: Ich habe Post bekommen, oder wie das neudeutsch heißt: eine E-Mail. Ganz große Klasse! Mein Diener, der Geschäftsstellenleiter, hat vorgelesen und ich habe natürlich - das könnt Ihr glauben oder nicht - jedes Wort verstanden. Ihr dürft diesen Brief auch lesen, gleich hier unten im Anschluss. Und das schönste ist, die Schreiberin hat den gleichen Namen,

wie ich. Ich habe mich wahnsinnig gefreut, dass endlich mal jemand an mich denkt und mir schreibt. Eine Mailadresse habe ich nämlich schon ganz lange; Ihr findet sie unten. Nun will ich doch mal schnell antworten.

Hallo liebe Mona in Neumünster, großen Dank für deinen lieben und langen Brief. Du schreibst von deinem großen und alten Freund Moritz. So ein Bursche wollte sich kürzlich auch bei mir einnisten. Er hieß Felix, war viel jünger, aber schon größer und stärker als ich. Und da hatte ich doch ein bisschen Angst und habe mich nicht mehr in unser Büro getraut. Da hatte mein Diener, der Geschäftsstellenleiter, dann doch ein Einsehen und hat den Felix nach draußen entlassen,

damit ich wieder reinkommen konnte. Der Felix ist dann in der Nacht auf den ganz hohen Baum in Nachbars Garten geklettert und konnte nicht wieder runter. Er hat bis zum nächsten Mittag dort oben geweint und gerufen. Die Feuerwehr wollte ihm aber nicht helfen. Die haben gesagt, er soll allein wieder runterkommen. Das hat er dann wohl auch mithilfe der Nachbarn geschafft. Hah, mir hätte das nicht passieren können; ich komme von jedem Baum wieder runter, auf den ich geklettert bin.

Ich wünsche auch euch allen eine gute Zeit und sage: Tschüüüs!

*PS: Ich würde mich freuen, von euch zu hören.
Meine Adresse ist mona@schmerzlos-ev.de*

Hallo und Moin liebe Mona,

nachdem ich die letzte ‚SchmerzLOS -AKTUELL‘ gelesen und so wieder an deinem Leben teilhaben konnte, habe ich mich ganz spontan und mutig dazu entschlossen, dir einmal zu schreiben. Denn, ganz so wie es dir offenbar mit dem Alleinsein ergeht, so hat es mich auch fast erwischt. Seit mein Frauchen der SchmerzLOS-Selbsthilfegruppe 2 in Neumünster beigetreten ist, ist sie noch aktiver und somit häufiger unterwegs als vorher. Das heißt: Ich bekomme sie weniger zu sehen! Da die Leiterin dieser Gruppe Unterstützung brauchte und mein Frauchen danach fragte, ob sie es sich so einrichten kann, hat sie zugestimmt. Sie hatte sich ja schon immer gern mit und für Menschen engagiert, allemal wenn es sie selbst betraf. Nun sind die beiden in letzter Zeit öfters unterwegs zu Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen, um sich weiter schulen zu lassen. Zuerst waren sie nach Kiel zur Eröffnung von einer Akademie, die ins Leben gerufen würde, um Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Nun sind sie regelmäßig bei den Schulungen dabei. Stell dir das mal bitte vor: Da lernen sie den ganzen lieben langen Tag! Dann wurde eine Podiumsdiskussion in Neumünster anberaumt, wo sie sich auch wieder den ganzen Abend herumtrieb. Nur nach Hannover konnte sie leider nicht mit - der Platz war schon belegt. Dafür hat sie den Artikel im ‚AKTUELL‘ ganz aufmerksam auf dem Sofa gelesen. Da konnte sie wieder nicht mit mir spielen - aber ich konnte immerhin ganz nah bei ihr sein, um sie zumindest zu spüren und von ihr gestreichelt wurde.

Womit sich die Menschen auch immer beschäftigen müssen! Da haben wir beide es eigentlich doch ganz gut! Wir können uns derweil auf die faule Haut legen, was wir ohnehin oft machen. Selbst um unser Essen müssen wir nicht kämpfen geschweige denn zur Jagd gehen - uns wird es ganz bequem vorgesetzt. Nur auf unseren Menschen müssen wir verzichten, wenn sie wieder auf Tour sind. Mein Frauchen hat mir das so erklärt: Da ist sonst keiner da, der das für sie tut. Bei uns sehe das anders aus. Wenn mit uns was ist, dann ist der Mensch für uns da. Ja, so sieht die Welt wohl aus! Doch du hast es in einer Weise besser als ich. Du kannst aus dem Haus und in den Garten oder sonst noch wohin stromern. Ich dagegen bin eine ‚reine Hauskatze‘ und sitze im 5. Stockwerk fest. Aber ich will mich auch nicht ganz beschweren: Ich hab nämlich einen größeren und älteren Freund, den Moritz. Der hat hier das Sagen und gibt den Ton an - aber ich bin nicht alleine, kann also auch mit ihm toben oder zusammenliegen, um uns gegenseitig zu pflegen und ein Schläfchen danach zu halten. Wenn ich es so betrachte, ist es alles gar nicht mehr so schlimm. Und ich sehe mein Frauchen mit ihrer Aufgabe zufriedener und froher, denn anscheinend tun ihr die neuen Kontakte auch ganz gut. Seit sie nicht mehr zur Arbeit geht, hat sie so eine gute und sinnvolle Aufgabe, was uns irgendwie doch zugute kommt. Das alles wollte ich bei dir mal loswerden, damit du siehst: Du bist mit deinen Nöten nicht ganz alleine. Da sitzt in Neumünster noch eine Katze, der es ähnlich geht. Ach, und noch Eines: Nach den ‚Dreamies‘ bin ich genau so verrückt wie du ;) . Mach's nun gut, liebe Mona, ich freue mich auf deinen nächsten Bericht im folgenden Heft.

Tschüss, deine Gleichgesinnte und Namensvetterin Mona =^.=

PS.: Mein Frauchen lässt noch liebe Grüße an deinen Diener - so von Katzenliebhaber zu Katzenliebhaber - ausrichten. ;)

Selbstfürsorge

Viele in der Selbsthilfe tätigen Menschen neigen dazu, über ihre Kräfte zu gehen. Sie haben den Anspruch, ihren Mitmenschen die bestmögliche Hilfe anzubieten und vernachlässigen sich oft selbst. Es fällt ihnen schwer, sich zurückzunehmen oder auch mal eine Zeit lang aus allem rauszuziehen und an sich selbst zu denken. Auch auf die eigene Energie zu achten und aufzupassen, dass die Batterie nicht leer wird. Diese Menschen möchte ich fragen: Wie praktizierst du Selbstfürsorge?

Lies zunächst den folgenden Text und betrachte dabei auch das Bild!

»Wenn du vernünftig bist, erweise dich als Schale und nicht als Kanal, der fast gleichzeitig empfängt und weitergibt, während jene wartet, bis sie gefüllt ist. Auf diese Weise gibst du das, was bei ihr überfließt, ohne eigenen Schaden weiter...



Lerne auch du, nur aus der Fülle auszugießen, und habe nicht den Wunsch, freigiebiger zu sein als Gott. Die Schale ahmt die Quelle nach. Erst wenn sie mit Wasser gesättigt ist, strömt sie zum Fluss, wird sie zur See. Tue das Gleiche! Zuerst anfüllen und dann ausgießen. Die gütige und kluge Liebe ist gewohnt überzuströmen, nicht auszuströmen.

Ich möchte nicht reich werden, wenn du dabei leer wirst. Wenn du nämlich mit dir selbst schlecht umgehst, wem bist du dann gut? Wenn du kannst, hilf mir aus deiner Fülle; wenn nicht, schone dich.«

Bernhard von Clairvaux (1090 - 1153)

Fragen zum Nachdenken:

- Was genau füllt **deine** Schale auf, und wie oft geschieht das?
- Wie voll ist deine Schale gerade heute? Ist das ok? Und falls nicht, was könntest du **heute** für dich selbst tun?
- Wie gehst du damit um, zuerst dich selbst zu versorgen? Fällt es dir schwer? Fühlt es sich egoistisch an, oder plagt dich sofort das schlechte Gewissen?
- Ist es für dich leichter, für andere da zu sein, als an dich selbst zu denken?

Faszien -

Ist an dem Hype wirklich etwas dran?

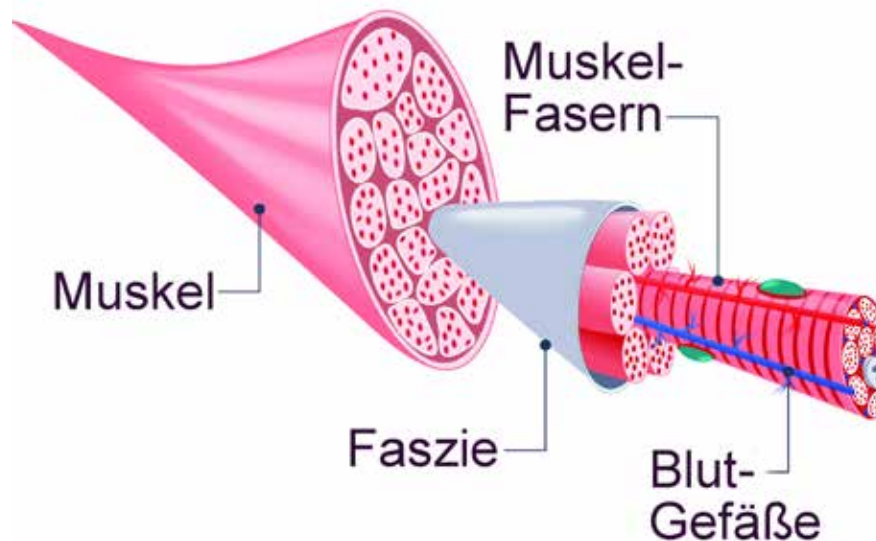
Chronische Schmerzen belasten viele Menschen. Besonders schlimm ist es, wenn keine Ursache der Schmerzen gefunden werden kann. Doch nicht immer sind Knochen, Muskeln oder Organe für die Beschwerden verantwortlich. Bei Schmerzen wird zunehmend die Rolle des Bindegewebes diskutiert. Von der Schulmedizin lange als bloßes "Füllmaterial" abgetan, gewinnt das faszinierende Gewebe unter unserer Haut immer mehr an Bedeutung.

Was sind Faszien?

Faszien umhüllen und stützen als Netzwerk alle Muskeln und Organe. Sie schützen die Muskeln vor Verletzungen,

unterstützen den Körper bei der Fortbewegung, enthalten Lympflüssigkeit und viele Nervenenden. Sie nehmen Schmerzen wahr und schicken Informationen über Bewegungen und Organfunktionen ans Gehirn. Faszien sorgen für die richtige Lage der Organe im Körper. Sie schützen die Muskeln vor Verletzungen und unterstützen den Körper bei der Fortbewegung. Faszien sorgen als Gleitschienen dafür, dass sich Muskelstränge und Organe gegeneinander verschieben können. Sie enthalten Lympflüssig-

keit und dienen Nervensträngen und Blutgefäßen als Leitstruktur. Sind die Faszien gesund, liegen sie in geordneter, entspannter Struktur, halten unseren Körper innerlich zusammen und übertragen die Kraft der Muskeln. Sie bilden ein eigenes Organsystem und können Informationen über Schmerzen durch den ganzen Körper schicken. Umgekehrt ge-



Faszien enthalten Lympflüssigkeit und viele Nervenenden. Sie nehmen Schmerzen wahr und schicken Informationen über Bewegungen und Organfunktionen ans Gehirn.

langen Informationen über Bewegungen ebenfalls über die Faszien zum Gehirn. Durch falsche Belastung, angeborene Fehlstellungen und Bewegungsmangel können sich Faszien verdrehen, verkleben oder verhärten. Eine mögliche Folge sind Verspannungen der Muskeln an Nacken, Schulter, Rücken und Beinen - mitunter weit entfernt von der eigentlichen Ursache. Denn durch sogenannte Schmerzketten kann sich zum Beispiel ein Hüftproblem am Rücken bemerkbar machen.

Schmerzen durch verhärtete Faszien

Die Ursache für Verspannungen und schmerzhafte Gelenke können verkürzte Muskeln, aber auch die dazugehörigen Faszien sein. Wissenschaftler der Uniklinik Ulm haben herausgefunden, dass Faszien auch verkleben oder verhärten können. Die Folgen sind Schmerzen und Unbeweglichkeit.

Besonders schmerzhaft ist es, wenn sich Faszien so sehr versteifen und verdicken, dass sie Nerven einengen. Sind die Faszien verhärtet oder verklebt, verursachen sie Schmerzen. Verhärtungen der Faszien können durch Überbelastung, Verletzungen, Bewegungsmangel und andauernden Stress entstehen. Streicht und schiebt ein

Physiotherapeut Faszien in ihre natürliche Lage zurück, kann das auch sehr schmerzhaft sein.

Überbelastung, Verletzungen und Ruhigstellung können zu einer unstrukturierten Verflechtung der Faszien und somit zu den Verdickungen und Verhärtungen führen. Auch chemische Reize durch Botenstoffe des Gehirns können das Gewebe verhärten. Somit kann beispielweise Stress ein wichtiger Faktor bei der Schmerzdiagnostik sein.

Auch innere Organe sind Teil der Schmerzketten

So ist die Leber über das Zwerchfell mit dem Brustkorb verbunden und an der Brustwirbelsäule befestigt. Ist das Gewebe verdreht und verklebt, kann das zu Problemen führen. Beschwerden an Magen, Blase und Darm können ebenfalls auf verdrehte Faszien zurückzuführen sein.

Faszien trainieren

Ein erstes Faszientraining absolviert jeder, der sich morgens nach dem Aufstehen ausgiebig reckt und streckt. Für eine echte Therapie ist aber eine professionelle Anleitung erforderlich - vor allem, wenn innere Organe Probleme bereiten. Nach der Einübung unter Aufsicht können Betroffene allein weiterüben.

Um die Faszien zu entspannen und das Gewebe wieder elastisch zu machen, helfen gezielte Bewegungstherapien und Massagen. Das Bindegewebe ist ausgesprochen empfänglich für Drücken, Ziehen und Kneten. Auch Dehnübungen und leichte Sprungübungen können helfen. Hilfreich sind außerdem Übungen mit einer Kunststoffrolle und einem Ball. Anfänger sollten sich Übungen von einem Physiotherapeuten zeigen lassen, damit das Faszientraining Erfolg hat und keine Verletzungen auftreten.

Übungen für Rücken und Beine

Rückenübungen mit einer Rolle haben das Ziel, das Gewebe der Faszien auszuquetschen, damit es sich anschließend wieder mit Flüssigkeit vollsaugen kann. Das sorgt für Entspannung und macht

die Faszien wieder geschmeidiger. Auch Oberschenkel können auf diese Weise "ausgerollt" werden. Einen Tennisball kann man gut an den Waden einsetzen: Dazu den Ball in der Kniekehle platzieren, langsam zurücksetzen und rollen, bis der Schmerz abnimmt.

Den gesamten Körper einmal durchzurollen, bis alle Faszien optimal mit Flüssigkeit gefüllt sind, würde allerdings fast zwei Stunden dauern. Fitnesstrainer raten deshalb dazu, sich an einem Tag Oberkörper und Rücken und am nächsten Tag die Beine vorzunehmen.

Quelle: ndr.de

Bildergalerie von Faszienübungen



Katastrophisieren stört Schmerzmodulation im Hirn

Eine Studie aus den Vereinigten Staaten mit einer geringen Teilnehmerzahl ergab, dass manche Fibromyalgie-Patienten dazu neigen, ihre Schmerzen zu überhöhen, sich ausgeliefert fühlen und viel grübeln. Die US-Forscher nahmen an, dass eine solche Katastrophisierungstendenz möglicherweise einen

Mechanismus darstellt, über den chronische Schmerzen verstärkt bzw. aufrechterhalten werden.

Allen Teilnehmern wurden über eine am Handballen befestigte Sonde Hitzeerize verabreicht. Gleichzeitig wurde die Aktivierung

von Hirnarealen mittels funktioneller MRT erfasst. Im MRT-Gerät liegend sollten die Probandinnen unmittelbar nach dem Reiz per Knopfdruck auf einer projizierten 20-Punkte-Skala angeben, wie intensiv zum einen und



Den Studien-Teilnehmern wurden über eine am Handballen befestigte Sonde Hitzeerize verabreicht.

wie unangenehm zum anderen sie den Schmerz empfanden.

Diese Übung wurde gekoppelt mit dem Stroop-Test. Dabei werden Worte, die eine bestimmte Farbe bezeichnen, in verschiedenen Farben präsentiert, wobei Bezeichnung und Farbe entweder kongruent (z. B. das Wort „rot“ in roter Schrift) oder inkongruent (z. B. „rot“ in grüner Schrift) sein können. Die Teilnehmerinnen mussten zu jedem Wort die entsprechende Farbtaste drücken, ohne sich durch die Schriftfarbe irritieren zu lassen. Dieser Test sollte zeigen, inwieweit sich die Probandinnen durch die erhöhte Konzentration von den Schmerzen ablenken ließen.

Vor Testbeginn hatten die Teilnehmerinnen die Pain Catastrophizing Scale (PCS) ausgefüllt, einen Fragebogen, der die individuelle Neigung zum Katastrophisieren erfasst. Wie sich herausstellte, empfanden die FM-Patienten die Schmerzreize als deutlich unan-

genehmer als die Kontrollgruppe. Sie reagierten außerdem im inkongruenten Stroop-Test deutlich langsamer. Zwar gelang die Ablenkung von den Schmerzen grundsätzlich in beiden Gruppen, was sich in den jeweils deutlich niedrigeren Punkt-Werten auf der Skala bei Kopplung des Hitzereizes mit dem Stroop-Test zeigte.

Allerdings hingen die Bewertungen der Schmerzen stark davon ab, wie sehr die Teilnehmerinnen zum Katastrophisieren neigten. Während die Forscher bei den FM-Patientinnen eine eindeutige Korrelation zwischen Tendenzen zum Katastrophisieren und subjektiver Schmerzintensität bzw. Unbehagen fanden, waren diese Zusammenhänge bei den gesunden Teilnehmern nicht signifikant.

Die PCS-Scores korrelierten zudem deutlich mit den Hirnaktivitäten: Wer mehr zum Katastrophisieren neigte, hatte während des Stroop-Tests eine deutlich

höhere Aktivität im dorsolateralen präfrontalen Cortex (DLPFC), einer Region im Gehirn. Diese Region ist an der affektiven und kognitiven Schmerzverarbeitung beteiligt. Die entsprechende Aktivierung ging bei den Patienten sowohl mit intensiverem Schmerzempfinden als auch mit stärkerem Unbehagen einher.

Dagegen blieb im Stroop-Test in beiden Gruppen die DLPFC-Aktivität unbeeinflusst. Kein Gruppenunterschied fand sich zudem im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Katastrophisierungstendenz und Schmerzmodulation.

Das Team um Laura D. Ellingson von der Iowa State University folgert daraus, dass das Katastrophisieren Einfluss auf Hirnprozesse nimmt, die bei der Schmerzmodulation eine Rolle spielen. Dadurch, so die Experten, werde der nützliche Effekt der Ablenkung beeinträchtigt.

Quelle: Springermedizin

Positiv denken – oder gefangen in der Nörgelspirale?

Gelegenheiten zum Jammern gibt es viele: Es regnet, man ist genervt, die Bahn hat Verspätung. Doch wenn Nörgeleien zum Dauerzustand werden, ist Vorsicht angesagt. Denn chronische Unzufriedenheit verändert das Gehirn. Negative Gedanken kommen immer wieder – und das macht auf Dauer krank. Das Gehirn ist ein Gewohnheitstier: Wenn Meckern zur Gewohnheit wird, bilden sich neuronale Verknüpfungen, die auf negati-

ve Informationen programmiert sind. Es entstehen buchstäblich „Autobahnen des Jammerns“, auf denen keine Fahrspur mehr frei ist, auch nicht für optimistische Gedanken.

Eine Studie der Universität Stanford belegt, dass chronische Unzufriedenheit den Hippocampus, eine bestimmte Region des Gehirns, verkleinert. Dieser Bereich ist für unsere Gedächtnisleitung zuständig. Wenn dieser schwindet, besteht die Gefahr für eine

zunehmende Vergesslichkeit.

Tipps zur Selbsthilfe

Vertreiben Sie negative Gefühle bewusst mit positiven Gedanken. Dadurch verstärkt sich die optimistische Ausstrahlung – und die zieht fast automatisch gleichgesinnte, positive Menschen an. Und die Erfahrung zeigt, dass es kaum etwas Erfüllenderes gibt, als sich in einem Umfeld von Optimisten zu bewegen.

»Wir teilen gute und schlechte Erfahrungen«

Neue Anlaufpunkte für Schmerzpatienten in Berlin

Oftmals sind es Rückenschmerzen. Oder die Auswirkungen einer missglückten Zahn-OP, Gelenkverschleiß und anderes. Auch neurologische Erkrankungen können der Grund sein. Es geht um Schmerz. Die Ursachen sind vielfältig, doch die Konsequen-

ration geraten. Die anderen Ärzte haben genau das Gegenteil gesagt: »Ach, wie gut, dass Sie sich nicht haben operieren lassen.« Da ist man als Patientin natürlich zuerst ratlos und auch ein Stück weit überfordert.“ So wie es Ursula Austermann ergangen ist, ergeht es den meisten Patienten, die regelmäßig unter Schmerzen lei-

Fremdsprachensekretärin am Charité Campus Mitte gearbeitet hat. Das Fachwissen, das sie sich durch ihre Erkrankung in vielen Jahren selbst angeeignet hat, teilt sie heute mit anderen: in der Selbsthilfegruppe SchmerzLOS am Charité Campus Benjamin Franklin (CBF) im Berliner Stadtteil Steglitz.



Wer Ursula Austermann sieht, kann sich nicht vorstellen, dass sie seit fast 30 Jahren unter chronischen Schmerzen leidet. Ihr Lachen überstrahlt alle Leiden und Ihr Optimismus ist geradezu ansteckend.

zen ähneln sich: Wenn Schmerzen immer wiederkehren, nahezu unerträglich werden oder einfach permanent anhalten, dann ändert dies für viele Betroffene das ganze Leben. Ursula Austermann kennt sich bei diesem Thema aus. Und dies gleich in mehrfacher Hinsicht. Zum einen ist sie als Schmerzpatientin selbst davon betroffen. Zum anderen ist sie aktiv geworden und kümmert sich um andere, indem sie mehrere Selbsthilfegruppen in der Hauptstadt ins Leben gerufen hat.

„Bei mir ist es der Rücken“, erzählt Ursula Austermann. „Seit 1991 bin ich Schmerzpatientin. In den zurückliegenden Jahrzehnten habe ich eine wahre Odyssee von Arzt zu Arzt erlebt. Die einen Ärzte haben mir dringend zu einer Ope-

den. Häufig ist schon der Weg zu einer stimmigen Diagnose schwierig; der Weg zu Heilung oder zumindest Linderung erst recht.

Am Ende steht oft der soziale Rückzug von Freunden und von der Familie, wenn man nicht immer wieder erklären will, warum man bei dieser oder jenen Freizeitaktivität nicht mitmachen will, weil man nicht mitmachen kann. Auch der regelmäßige Griff zu Schmerzmitteln bleibt für viele nicht ohne Folgen – bis hin zu echten Suchterscheinungen. „Mir hat in der Zeit geholfen, Informationen zu sammeln, mich schlauzumachen, ganz auf mich selbst zu hören und mich mit anderen Betroffenen auszutauschen“, berichtet Ursula Austermann, die vor Jahren einmal als

Einmal im Monat, an jedem dritten Mittwoch, trifft sich die Gruppe im CBF. Die Charité unterstützt die Selbsthilfegruppe, indem sie den Raum kostenlos zur Verfügung stellt. Zu manchen Treffen kommen in der Regel acht bis zehn Teilnehmer. Die Altersspanne reicht derzeit von 40 bis 80 Jahren. Die meisten sind bereits bestens über ihre Erkrankung informiert, wenn sie erstmals zu einem Treffen kommen. Denn das klassische Ärzte-Hopping haben nahezu alle absolviert, ehe der Schritt in die Gruppe erfolgte. Das Spektrum der Schmerzursachen ist bei den Gruppenmitgliedern ebenfalls breit gefächert: von Migräne über chronische Rücken- und Zahnschmerzen bis zu Formen von Trigeminusneuralgie, einem nervlich bedingten, schweren Gesichtsschmerz, oder auch Fibromyalgie, Muskelschmerzen, deren Ursache oft kaum zu finden ist. „In der Gruppe teilen wir die guten und die schlechten Erfahrungen.

Wir alle wissen, dass uns die Gruppe die Schmerzen nicht nehmen kann. Aber wir lernen, uns damit zu arrangieren. Wir tauschen uns aus, und wir stärken gegenseitig die Achtsamkeit“, so Ursula Austermann. „Dazu starten wir immer mit einem Ritual: Wir lassen eine Holzkugel kreisen. Wer die Kugel hat, darf erzählen, und die anderen hören zu. Dann wandert die Kugel weiter ...“ Ursula Austermanns eigene Krankengeschichte blieb im Laufe der vergangenen Jahrzehnte wechselvoll, mit Höhen und Tiefen,

Rückschlägen und besseren Phasen. Doch wer ihr heute gegenüber sitzt, merkt davon wenig, wenn sie von ihrer Arbeit in der Selbsthilfegruppe berichtet. Vielleicht ist es gerade diese patente Dynamik, die ihr hilft und die auch die Gruppe trägt. Inzwischen trifft sich am CBF eine weitere Selbsthilfegruppe, die Ursula Austermann moderiert.

Jeweils kurz vor Entlassung der Patienten aus der Schmerztagesklinik berichtet sie den Patienten von der Existenz der SHG, da diese auch eine Brückenfunktion zwischen Klinik und dem (Arbeits-)Alltag bildet. Während für die Abendgruppe bereits eine Warteliste besteht, könnten zu einer weiteren Gruppe, die sich unter ihrer Leitung mittags im Gutshaus Lichterfelde neben dem Klinikum trifft, noch gerne neue Gäste dazu stoßen.

In vierzehntägigen Abständen fährt Ursula Austermann auch an das

Franziskus-Krankenhaus im Stadtteil Tiergarten. Dort hält sie für die Schmerzpatienten, die am Zentrum für Integrative Schmerzmedizin stationär im Rahmen einer multimodalen, interdisziplinären Therapie betreut werden, einen kleinen Vortrag und berichtet von ihren guten Erfahrungen mit der Selbsthilfe. Sie versteht sich als Multiplikatorin und informiert über die Angebote von UVSD SchmerzLOS e. V.

Besonders erfreut war Ursula Austermann über die Einladung der Charité Berlin im Juni 2019 zur Langen Nacht der Wissenschaft mit zwei Vorträgen und einem Stand teilnehmen zu können; hieran zeigt sich, dass die akademische Medizin einen eher selbstverständlichen, praktischen Bezug zum Patienten herstellen will.

Ursula Austermann sagte: „Ich hoffe darauf, dass sich die hohe Wertschätzung der Mediziner für unsere

ehrenamtliche Tätigkeit auch auf die zuständigen Verwaltungsführungskräfte in den Kliniken übertragen ließe. Das könnte wesentlich zu unkomplizierter Bekanntmachung unserer SHG zur Unterstützung für Patienten beitragen.“



In Berlin gibt es weitere Selbsthilfegruppen (siehe Seite 27)

Quelle: Charité KOMPAKT 12/Januar 2019

SELMA

App zur Verbesserung der Lebensqualität bei chronischen Schmerzen

Um die Lebensqualität von Menschen mit Schmerzen zu verbessern, haben zwei Masterstudierende an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW die App SELMA (SchmerzSELbstManagement) entwickelt und deren Wirksamkeit in einer Studie getestet. Ein Gesprächsagent, respektive ein automatisiertes Dialogsystem (Chatbot), wird als digitaler Coach verwendet, um das Schmerzmanagement durch Vermittlung von Information und Bewältigungsstrategien zu verbessern. Der Chatbot SELMA begleitete die Teilnehmenden über 8 Wochen hinweg mit

massgeschneiderten interaktiven Coaching-Sequenzen in Form von Chat-Nachrichten, ergänzt mit Video- und Audiodateien.

Insgesamt vermochte die App die Lebensqualität nicht signifikant zu verbessern. Es zeigte sich jedoch, dass die Bereitschaft zur Veränderung einen zentralen Einfluss hat: Je höher der Leidensdruck, desto grösser die Motivation, das eigene Verhalten zu verändern. Anwender_innen haben das Coaching selbstständig und ohne Anleitung durchgeführt. Viele davon haben es jedoch frühzeitig beendet. «Es gibt es noch viel Potenzial hinsichtlich besserer Anwendung und Umsetzung», erklären die

Autorinnen. Die Frage, wie es gelingt, dass Schmerz Betroffene das digitale Coaching auch tatsächlich nutzen und umsetzen, bleibt noch offen.

Die Mehrheit hatte Spaß an der Anwendung, fand die App sehr nützlich und würde sie anderen Menschen mit Schmerzen weiterempfehlen. Sie nahmen die Interaktion mit SELMA als «echt» wahr und wünschten deshalb auch die Möglichkeit, vermehrt eigene Kommentare einzubringen. Eine komplexe Kommunikation ist aus technischer Sicht noch schwierig, zukünftig wird dies jedoch vermehrt möglich sein.

Schmerz-STRANG Nordwest

ein innovatives Projekt der Patientenversorgung

Die Ärztenossenschaft Nord eG und der Landesverband der Schmerzmediziner Schleswig-Holstein erhalten für ihr auf drei Jahre angelegtes Projekt Schmerz-STRANG Nordwest – Aktionsbündnis „Binnen und Buten“ Fördermittel vom Land Schleswig-Holstein aus dem Versorgungssicherungsfonds. Die schmerzmedizinische Versorgung sollte besonders auf dem Land bzw. an der Westküste Schleswig-Holsteins in den Kreisen Dithmarschen und Nordfriesland verbessert werden. Der Gesundheitsminister aus Schleswig-Holstein, Heiner Garg, betonte, dass von diesem Projekt die Patienten besonders profitieren.

Die Buchstaben des Projektstitels STRANG stehen für wesentliche Bausteine dieses besonderen Angebots für chronische Schmerzpatienten. S: Schmerztherapie – T: Telemedizinische Beratung – R: Regional – A: Angepasst – N: Netz basiert – G: Gruppenbasiert.

Das Projekt will die schmerztherapeutische Versorgung von Patienten fach- und sektorenübergreifend durch telemedizinische Beratung, Schmerz-Kleingruppen-Edukation und interdisziplinäre Schmerzkonferenzen verbessern. Insbesondere sollen die Wartezeiten verkürzt und die fortschreitende Chronifizierung von Schmerzen bei Patienten ver-

hindert bzw. verringert werden. Diese neuartige Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringern des Gesundheitswesens verschafft betroffenen Patienten einen schnelleren und effektiveren Zugang zu den benötigten Leistungen.



Von li. n. re.: Dr. Klaus Bittmann, Vorstand der Ärztenossenschaft Nord eG, Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg, Dr. Jochen Leifeld, Schmerzmediziner aus Rendsburg

Entwickelt wurde das Konzept von Herrn Dr. Jochen Leifeld (Schmerzmediziner aus Rendsburg) und der Ärztenossenschaft Nord eG in Kooperation mit dem Ärztenetz MQR (Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg eG) und einer gemeinnützigen Schmerzstiftung. Als Selbsthilfeorganisationen sind die Deutsche Schmerzliga und UVSD SchmerzLOS e. V. Projektpartner.

Hausärzte in den betroffenen Gebieten können Schmerzpatienten unter deren Zustimmung zu diesem Projekt anmelden. Diese Patienten erhalten zeitnah einen Termin für ein Gespräch in einer kleinen Schmerzgruppe in der Region, die von einem Schmerzmediziner geleitet wird. Dort erhalten die Betroffenen wichtige Informationen über die Erkrank-

ung, und die nächsten Behandlungsschritte werden besprochen. Diese Termine dienen der Behandlungscoordination, denn nicht alle Patienten bedürfen einer kontinuierlichen Schmerztherapie bei einem der wenigen Schmerztherapeuten. Manchmal

reicht es, wenn der Schmerztherapeut mit dem Haus- oder Facharzt telefoniert. Wenn nötig, bekommen die Schmerzpatienten aber eine weitergehende Therapie. Auch eine Weiterleitung an einen Operateur oder an andere Behandler ist

möglich. Im Verlauf des Projektes ist es für die teilnehmenden Patienten möglich, den projektzuständigen Schmerzmediziner telefonisch oder über das Internet zu kontaktieren. Bei komplizierten Krankheitsverläufen wird der Fall in einer Schmerzkonferenz, an der ein Kollegium von Schmerzexperten aus ganz Schleswig-Holstein teilnimmt, vorgestellt und erörtert. Die am Projekt beteiligten Schmerzärzte reisen für die Termine in den Kleingruppen aus anderen Regionen des Bundeslandes an.

Bisher gibt es eine rege Nachfrage nach den Möglichkeiten des Projektes. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet, damit nach Ablauf Aussagen darüber getroffen werden können, ob diese neue Versorgungsform zu einer Verbesserung geführt hat.

Aktionstag gegen den Schmerz

50 Einheiten beträgt der Pro-Kopf-Verbrauch von rezeptpflichtigen und -freien Schmerzmitteln in Deutschland pro Jahr. Dabei steht eine standardisierte Einheit für eine Tablette, eine Ampulle oder fünf Milliliter Saft. Das meldet der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller anlässlich des „Aktionstages gegen den Schmerz“.

Diese Anliegen werden unterstützt von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., der mit über 3500 Mitgliedern größten wissenschaftlichen Schmerzgesellschaft Europas. „Menschen mit Schmerzen brauchen mehr Unterstützung. Sie werden nicht optimal versorgt. Das zeigen die steigenden Zahlen chronischer Schmerzerkrankungen. Zusam-

diskutierten Schmerztherapeuten, der Geschäftsführer des örtlichen Krankenhauses Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK), Mitarbeiter des Landes und der Kassenärztliche Vereinigung sowie Heike Norda als Schmerzpatientin miteinander. Heike Norda sagte: „Es geht um die ambulante schmerztherapeutische Versorgung in Neumünster. Wenn in einigen



Unter der Moderation von Carsten Kock, Chefkorrespondent von Radio Schleswig-Holstein, diskutierten Schmerztherapeuten, der Geschäftsführer des örtlichen Krankenhauses (FEK), Mitarbeiter des Landes und der kassenärztlichen Vereinigung sowie Heike Norda als Schmerzpatientin miteinander.

Etwa 23 Millionen Deutsche (28 Prozent) berichten über chronische Schmerzen. Bei sechs Millionen von ihnen sind die chronischen Schmerzen so deutlich ausgeprägt, dass sie sich im Alltag und im Berufsleben beeinträchtigt fühlen. Die Zahl derer, die unter chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen und unter damit assoziierten psychischen Beeinträchtigungen leiden, liegt in Deutschland bei 2,2 Millionen. Die Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland ist jedoch lückenhaft. Information der Öffentlichkeit, Beratung und Aufklärung der Patienten waren daher die Ziele des 8. Bundesweiten „Aktionstags gegen den Schmerz“, der jedes Jahr Anfang Juni stattfindet.

men mit unserem neu gegründeten ‚Arbeitskreis Patientenorganisationen‘ werden wir uns für die Position der Schmerzpatienten einsetzen und gemeinsam mit den Patientenvertretern auf die Gesundheitspolitik einwirken“, betont Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Etliche der Selbsthilfegruppen von UVSD SchmerzLOS e. V. waren beteiligt am diesjährigen Aktionstag. In Neumünster veranstaltete die Selbsthilfegruppe Chronischer Schmerz eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Schmerz lass nach?!“ Unter der Moderation von Carsten Kock, Chefkorrespondent des privaten Radiosenders Radio Schleswig-Holstein,

Jahren der Schmerztherapeut am FEK, Dr. Klaus Wittmaack, in den Ruhestand geht, droht diese Versorgung ganz wegzubrechen. Bis jetzt werden sowieso nur an zwei Vormittagen Schmerz-Sprechstunden angeboten. Das ist für Neumünster mit seinen fast 80.000 Einwohnern zuzüglich dem Umland mit noch einmal so vielen Einwohnern viel zu wenig. Der Geschäftsführer des FEK, Alfred von Dollen, hat mir Ende des letzten Jahres gesagt, dass die ambulante Schmerztherapie für das FEK ein finanzielles Zuschussgeschäft sei und daher kein Arzt dafür eingestellt werde. Das wäre eine Katastrophe für die Schmerzpatienten in der Region!“

Während der Diskussionsrunde

erläuterte Dr. Jochen Leifeld, Neurochirurg und Schmerztherapeut aus Rendsburg, dass bezüglich der Versorgungssituation der Schmerzpatienten die Lage dramatisch sein. In Schleswig-Holstein kommen auf 2,9 Millionen Einwohner lediglich 9000 Behandlungsplätze. Dabei leben allein in Neumünster 2150 Betroffene. 78 500 Patienten sind es in ganz Schleswig-Holstein. Dieses Missverhältnis sorgt für lange Wartezeiten.

In Neumünster warten neue Patienten drei bis etwa sechs Monate auf einen Termin. Silke Seemann vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren beklagte den Fachkräftemangel. Außerdem sei mit der Nachwuchs-



Als Erinnerung erhielten die Teilnehmer symbolisch einen besonders stacheligen Kaktus.

arbeit erst spät begonnen worden. „Wir werden keine abschließende Lösung auf Landesebene finden“, so Seemann. Auch Bianca Hartz von der Kassenärztlichen Vereinigung betonte, dass es nicht reiche, einfach mehr Stellen zu schaffen: „Planung schafft eben keine Ärzte.“ Stattdessen müssten junge Ärzte für das Thema begeistert werden.

Genau das versucht auch Dr. Klaus Wittmaack im FEK. Er plant, mehrere Nachfolger auszubilden, damit die Schmerzzambulanz keine „One-Man-Show“ bleibt, wie er sagte. Alfred von Dollen, Geschäftsführer des FEK, versicherte, die Schmerztherapie auch in Zukunft fortführen zu wollen, dämpfte allerdings die Hoffnung auf einen weiteren Ausbau.

Eleanor Lüdtko, die bei der Diskussion zuhörte, sagte hinterher: „Es wäre schön, wenn die ambulante Schmerztherapie am FEK bleiben würde. Aber wir würden es auch sehr begrüßen, wenn sich in Neumünster ein Schmerztherapeut niederlassen würde. Bei rechnerisch über 4000 Schmerzpatienten in unserer Stadt mit dem Umland ist dies mehr als dringend nötig.“

Sabine Pump berichtet von ihrem ersten Vortrag im UKSH Campus Lübeck

An diesem Tag wurden in einer Vortragsveranstaltung drei Vorträge von Ärzten bzw. Psychologen und ein Vortrag von mir als Vertreterin der Schmerzpatienten gehalten. Mein Thema lautete „Wege aus der Schmerzfalle“. Es ging um Erfahrungen aus der Selbsthilfegruppenarbeit. Es war ein sehr heißer Tag, es kamen aber trotzdem über 70 Personen. Die Vorträge von den Ärzten waren sehr interessant und lang, es kamen viele Fragen aus dem Publikum. Ich kam dann als letzte um 19:45 Uhr dran. Natürlich war ich aufgeregt, denn es war mein erster Vortrag vor so vie-



Das Informationsmaterial der Lübecker Selbsthilfegruppe war sehr begehrt und wurde von den Besuchern dankbar angenommen.

len Menschen, aber 8 Mitglieder meiner Gruppe, die mich vor Ort unterstützen, haben mich gut motiviert. So habe ich kurz von dem Beginn meiner Rückenschmerzen, dann von diffusen Schmerzen und dem langen Weg zur Diagnose der Fibromyalgie erzählt.

Ich bin keine eingebildete Kranke und wurde mein eigener Schmerzcoach. Ich erzählte, wie ich die Selbsthilfegruppe kennenlernte und sie jetzt selber leite. Die Gruppe ist für mich und die anderen wichtig für die Schmerzakzeptanz. Ganz besonders schätzen wir den guten Austausch, den wir in dem vertraulichen Rahmen führen können. Ich bekam viel Applaus und Lob, besonders von den 3 Ärzten

und meiner Gruppe. „Ein souveräner Auftritt mit interessanten Informationen in klaren, kurzen Sätzen. Prima!“

„Ja, das andere hatten ja die Ärzte erzählt!“

Es sind danach schon 2 Besucher in die Gruppe gekommen.

Ratschläge gegen Schmerzen an Muskeln und Skelett

Schmerzen am Bewegungsapparat haben viele Menschen. Wenn sie zum Arzt gehen, werden übermäßig bildgebende Verfahren eingesetzt, es wird zu oft operiert, zu häufig werden Opioide verordnet und die Patienten werden zu selten geschult.

Eine Gruppe von Forschern, angeführt von Ivan Lin von der University of Western Australia in Geraldton, hat sich einen systematischen Überblick über die (englischsprachigen) Leitlinien zu Indikationen im Bereich muskuloskeletaler Schmerzen verschafft. Elf davon erwiesen sich gemäß einer Beurteilung mit dem AGREE (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation)-II-Instrument als qualitativ hochwertig. Vier Leitlinien beschäftigten sich mit Kreuzschmerzen, vier mit Arthrose-, zwei mit Nacken- und eine mit Schulterschmerzen.

Elf über die verschiedenen muskuloskeletalen Schmerzerkrankungen hinweg übereinstimmende Empfehlungen haben Lin und Kollegen nun im „British Journal of Sports Medicine“ publiziert. Sie sollen helfen, das Management muskuloskeletaler Schmerzen zu vereinheitlichen und zu verbesser-

tern. Die Ratschläge lauten:

1. Die Versorgung sollte patientenzentriert vonstattengehen. Dazu gehört, dass Ärzte den individuellen Kontext einbeziehen, verständlich kommunizieren und Entscheidungen zusammen mit den Patienten treffen sollten.

2. Patienten sollten systematisch überprüft werden, um jene zu identifizieren, die eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine ernste Erkrankung bzw. Alarmsymptome aufweisen.

3. Psychosoziale Faktoren müssen mitbeurteilt werden, etwa um Depressionen und Ängste zu erkennen.

4. Von Bildgebung ist abzuraten, es sei denn es besteht der Verdacht auf eine ernste Erkrankung; die konservative Therapie schlägt unzureichend an oder Zeichen und Beschwerden verschlechtern sich auf unerklärliche Weise; oder es ist zu erwarten, dass die Befunde die Versorgung verändern.

5. Die Patienten sind körperlich zu untersuchen, ein neurologischer Status muss erhoben, die Mobilität und Muskelkraft geprüft werden.

6. Der Verlauf sollte evaluiert

werden, am besten mit validierten Fragebogeninstrumenten, mit denen Erholungstendenzen, Schmerzen, Funktionalität im Alltag und Lebensqualität abgeschätzt werden können.

7. Patienten sind zu schulen, um sie zum Selbstmanagement zu erüchtigen, bzw. zu informieren, um sie über ihre Erkrankung ins Bild zu setzen.

8. Ein Augenmerk ist auf körperliche Aktivität beziehungsweise sportliche Betätigung zu legen.

9. Manuelle Medizin sollte, wenn überhaupt, nur zusätzlich zu evidenzbasierter Therapie eingesetzt werden.

10. Am Stand des Wissens orientierte konservative Versorgung sollte den Vorzug vor chirurgischem Eingreifen erhalten – es sei denn, es liegt eine spezielle Indikation für die operative Therapie vor, etwa Alarmsymptome.

11. Die Behandlung sollte es Patienten mit muskuloskeletalen Schmerzen erleichtern, ihrer Arbeit weiter nachzugehen oder sie wieder aufzunehmen.

Quelle: Springermedizin

Vorsicht bei Reisen in den Oman und

In beiden Ländern gibt es neue, verschärfte Einfuhrbestimmungen für die Einfuhr von Schmerzmedikamenten.

Oman: Bei der Einfuhr von Schmerzmitteln sowie halluzinogenen Medikamenten, Antidepressiva und anderen Psychopharmaka. Der Besitz und die Einfuhr von sowie der Handel mit (illegalen) Drogen wird strafrechtlich streng geahndet. Auf den Handel mit Drogen. Die Einfuhr von Schmerzmitteln sowie halluzinogenen Medikamenten, Antidepressiva und anderen Psychopharmaka ohne Erlaubnis in Oman als illegale Drogen angesehen werden, deren Besitz und Einfuhr unter Strafe steht.

Vereinigte Arabische Emirate: Die Einfuhr von einigen gängigen Medikamenten bzw. deren Inhaltsstoffen ist ohne ärztliche Erlaubnis. Dem Link <https://www.government.ae/en/information-and-services/health-and-fitness/drugs-and-controlled-medicines> unterliegen, ist seit kurzem zusätzlich über die Webseite der VAE. Beförderung von Medikamenten in die VAE in englischer Sprache eingestellt, in deren Anlage die kontrollierten Medikamente. sich vor einer Reise in die Emirate bei der Botschaft der VAE in Berlin zu erkundigen.



Für Sie gelesen

Das Handbuch gegen den Schmerz

Hg: Prof. Thomas Tölle,

Prof. Christine Schiessl

ZS Verlag, 2019,

ISBN: 978-3898837316, 24,99 €

„Das Handbuch gegen den Schmerz“ wurde von Prof. Thomas R. Tölle und Prof. Christine Schiessl herausgegeben. Daneben haben noch weitere Experten auf dem Gebiet der Schmerztherapie sowie elf Patienten mit ihrer individuellen Schmerzgeschichte am Buch mitgewirkt.

Im ersten, kurzen Teil des Buchs erhält der Leser allgemeine Informationen zum Thema Schmerzen („Schmerzen verstehen“). Im zweiten Teil wird auf verschiedene Schmerzarten, ihre Ursachen und ihre speziellen Behandlungsmöglichkeiten eingegangen. Im dritten und gleichzeitig letzten Teil werden verschiede-

ne Möglichkeiten aufgezeigt, wie Schmerzen grundsätzlich verringert werden können. Das Buch ist ausgesprochen klar verständlich geschrieben. Die verwendeten Fachbegriffe werden gut erklärt. Es ist so aufgebaut, dass auch nur einzelne Abschnitte gelesen werden können. Anerkannte Experten kommen zu Wort.

Durch die Patientengeschichten wird deutlich, dass es eine Verbesserung der Schmerzsituation geben kann. Dafür müssen ggf. verschiedene Therapien/Maßnahmen ausprobiert werden. Außerdem trägt das Buch dazu bei, dass der Schmerzpatient sich ernst genommen fühlt und Ideen bekommt, was er zur Schmerzreduktion (noch) ausprobieren kann.

Das Buch ist sowohl für Menschen mit chronischen als auch akuten Schmerzen geeignet. Bedauerlich ist es allerdings, dass das Thema Selbsthilfe im Kapitel „Bedeutung von Selbsthilfegruppen“ als

letzter inhaltlicher Punkt genannt wurde. Legt dies nicht nahe, dass Selbsthilfe auch als „(aller)letzte Möglichkeit“ bedacht werden sollte? Schade auch, dass kein Patient zu Wort kam, der durch die Selbsthilfe für sein Leben profitieren konnte. Dabei heißt es in diesem kurzen Kapitel: „Patienten sind manchmal die besseren Experten als Ärzte, insbesondere wenn es um Schmerzbewältigungsmöglichkeiten im täglichen Leben und um ganz konkrete Alltagstipps geht.“

Wie schon bei dem Buch von Gottschling „SCHMERZ LOS WERDEN“ wirbt dieses Buch im Untertitel mit der Aussage „Was wirklich hilft“. Ist damit gemeint: „Was helfen kann?“ Diese Ankündigung ist kritisch zu sehen, denn wenn jeder das Buch lesen würde (und die Ratschläge darin befolgen würde), gäbe es ja keine Schmerzpatienten mehr.

Viele rezeptfreie Medikamente sind nicht empfehlenswert

Ein Arzneimittelexperte der Stiftung Warentest beurteilt ein Viertel der 2000 rezeptfreien Medikamente in Deutschland als „wenig geeignet“. Bei den Schmerzmitteln stuft er besonders die Kom-

bi-Präparate als kritisch und nicht sinnvoll ein. Der Pharmazeut Gerd Glaeske forscht als Professor an der Universität Bremen zu Arzneimittelversorgung. „Viele Studien laufen oft zu kurz, sagt

Glaeske. „Nebenwirkungen, die häufig erst nach längerer Einnahme entstehen, lassen sich so nicht erkennen.“ Auf www.test.de/medikamente finden Sie weitere Informationen zu diesem Thema.

die Vereinigten Arabischen Emirate

Pharmaka sollte ein mehrsprachiges ärztliches Attest des behandelnden Arztes unbedingt mitgeführt werden.

Handel mit Drogen steht nach dem omanischen Strafgesetzbuch seit Anfang 1999 die Todesstrafe.

Ein mehrsprachiges ärztliches Attest kann als strafbare Handlung angesehen werden, da eine Reihe dieser Medikamente

in den Vereinigten Arabischen Emirate verschrieben verboten. Ausführliche Informationen bietet die Webseite der VAE „Controlled Medicines“ unter <http://www.vae.gov.ae/controlled-medicines/>. Für Medikamente, die Betäubungsmittel und psychotropische Wirkstoffe enthalten oder aus dem Handel des VAE Gesundheitsministeriums online eine Einfuhrerlaubnis zu beantragen. Dort sind auch Richtlinien für die Verschreibung von Medikamenten alphabetisch aufgelistet werden. In Zweifelsfällen oder bei Problemen mit dem Online-Antrag wird empfohlen,

Quelle: Auswärtiges Amt

Informationen, die weiterhelfen



1. Gemeinsam gegen den Schmerz
2. Selbsthilfegruppen gründen und leiten
3. Schwerbehindertenausweis -
Informationen für Antragsteller
4. Klinik-Entlassung! Und wie gehts weiter?
5. Schmerzen verstehen
6. Kopfschmerzen verstehen
7. Notfall-Ausweis
8. Opioid-Ausweis
9. Schmerzkalendarium mit Schmerzskala

Verwenden Sie den Bestellschein auf Seite 22

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied bei UVSD SchmerzLOS e.V. werden.

Persönliche Angaben

Name

Vorname Geburtsdatum*

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon*

E-Mail*

Datum, **Unterschrift**

* freiwillige Angaben

Ihre personenbezogenen Daten unterliegen den Vorschriften der EU-DSGVO und werden nur für satzungsgemäße Zwecke erhoben. Mit Angabe Ihrer Daten erklären Sie sich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung einverstanden. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

UVSD SchmerzLOS e.V. ist ein gemeinnütziger Verein und finanziert sich ausschließlich durch Spenden, Mitgliedsbeiträge und durch die Zuwendungen im Rahmen der Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung. Wir beschäftigen keine bezahlten Arbeitskräfte; alle Tätigkeiten werden ehrenamtlich und unentgeltlich geleistet. Wir arbeiten unabhängig und transparent und verzichten darum auf jegliche Zusammenarbeit mit Herstellern von Medizinprodukten, um Interessenkonflikte und Glaubwürdigkeitsverluste von vornherein zu vermeiden. Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie uns finanziell, stärken aber v. a. auch unsere Gemeinschaft und tragen mit dazu bei, dass wir im politischen Betrieb besser wahrgenommen werden.

Drei Gründe für Ihre Mitgliedschaft bei UVSD SchmerzLOS e.V.:

1. Sie erhalten Informationen, mit denen Sie Ihre Schmerzerkrankung besser bewältigen können.
2. Sie erhalten Antworten auf Ihre Fragen zum Thema „Chronischer Schmerz“ durch persönliche telefonische Beratung, z. B. Hilfestellung beim Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis.
3. Sie erhalten Adressen von Ärzten, Therapeuten und Selbsthilfegruppen an Ihrem Wohnort.

Wenn Sie unsere Arbeit mit einer Spende unterstützen wollen, können Sie den anhängenden Überweisungsvordruck verwenden. Bitte tragen Sie Ihre vollständige Adresse ein, wenn Sie eine Zuwendungsbestätigung benötigen. Mit Ihrer Spende tragen Sie dazu bei, dass wir unsere Arbeit zum Wohle der Schmerzpatienten in Deutschland auch in Zukunft erfolgreich weiterführen können.

EPA-Überweisung/Zahlschein

me und Sitz des Überweisenden Kreditinstituts

BIC

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)

SchmerzLOS e.V.

IBAN DE 78830654080004750187

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen) GENODEF1SLR

SchmerzLOS e.V.

Vereinigung aktiver Schmerzpatienten Betrag: Euro, Cent

Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen) ggf. Stichwort

PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN D E 06

Datum Unterschrift(en)

Beleg für Kontoinhaber/Zahler-Quittung

Konto-Nr. des Kontoinhabers

Zahlungsempfänger SchmerzLOS e.V.

IBAN DE78830654080004750187

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters GENODEF1SLR

Betrag: Euro, Cent EUR

Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name, PLZ und Straße des Spenders

Kontoinhaber/Zahler: Name

(Quittung bei Bareinzahlung)

Impressum

SchmerzLOS AKTUELL

Zeitschrift der Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten
in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e.V.

Erscheint vierteljährlich

Auflage 5.000

Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten

Herausgeber: UVSD SchmerzLOS e.V.

Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck

fon 0451 - 5854 4625

info@schmerzlos-ev.de www.schmerzlos-ev.de

Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

Titelbild: Norda

S. 3: wahl

S. 4: luckybusiness-stock.adobe.com

S. 6: AfricaStudio-stock.adobe.com

S. 7: Mediterano-stock.adobe.com

S. 8: AfricaStudio-stock.adobe.com

S. 9: drue-stock.adobe.com

S. 10/11: Lumpkini-stock.adobe.com

S. 11: Yash-stock.adobe.com

S. 13: One shot-stock.adobe.com

S. 14: designua-stock.adobe.com

S. 15: Elnur-stock.adobe.com

S. 17: Privat

S. 18: Privat

S. 19: Dirk Schnack

S. 20: Barbara Müller

S. 21: Sabine Pump

- Bitte senden Sie mir die unten angekreuzten Info-Materialien an meine Adresse:
3 Euro in Briefmarken sind beigefügt. (Mitglieder erhalten das Material kostenlos)

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen): _____

Datum/Unterschrift: _____

Coupon im Fensterbriefumschlag absenden an:

UVSD SchmerzLOS e.V.

Home Office

Blücherstraße 4

23611 Bad Schwartau

- Schmerzskala
- Faltblatt „Schwerbehindertenausweis“
- Faltblatt „Selbsthilfegruppen gründen und leiten“
- Faltblatt „Schmerzen verstehen“
- Faltblatt „Kopfschmerzen verstehen“
- Notfall-Ausweis für Schmerzpatienten
- Opioid Ausweis für Schmerzpatienten

Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

UVSD SchmerzLOS e.V. ist wegen Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege nach dem letzten Freistellungsbescheid des Finanzamtes Lübeck, St.-Nr. 22/290/84957 vom 24.05.2018 für den Veranlagungszeitraum 2017 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit. Es wird bestätigt, dass die Zuwendung nur zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege verwendet wird.

Zuwendungen (Spenden und Mitgliedsbeiträge) an UVSD SchmerzLOS e.V. sind nach § 10b EStG steuerlich abzugsfähig. Bis 200 Euro gilt diese Bestätigung zusammen mit Ihrem Kontoauszug als Nachweis. Unser Service für Sie: Sie erhalten von uns bereits ab 25 Euro eine Zuwendungsbestätigung. Deshalb bitten wir Sie, Ihre Adresse mit Postleitzahl, Straße und Hausnummer deutlich lesbar einzutragen.

SchmerzLOS e.V. legt großen Wert auf Unabhängigkeit und Transparenz und verzichtet darum auf jegliche Zusammenarbeit mit Herstellern von Medizinprodukten. SchmerzLOS e.V. ist Mitglied der **Initiative Transparente Zivilgesellschaft** und hat sich glaubwürdig und verbindlich verpflichtet, die Mittelherkunft und ihre Verwendung öffentlich darzustellen. Als Teil der Initiative ist SchmerzLOS e.V. dauerhaft angehalten, die selbst auferlegten Prinzipien zu erfüllen und wird zusätzlich unangekündigt durch die Initiative überprüft. Die ausführliche Selbstverpflichtung finden Sie <https://www.schmerzlos-ev.de/%C3%B-Cber-uns/selbstverpflichtungs-erkl%C3%A4rung/>



**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**

Unsere Förderer:

GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene



Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

SchmerzLOS - SHG-Liste D + A

Stand: 10.07.2019

PLZ/Ort	Kontakt
53604 Bad Honnef	Sabine Pump fon 0451 - 5854 4627 pump@schmerzlos-ev.de
14089 Berlin I	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin II	Christiane Weiss shoppingqueen56@gmx.de
12203 Berlin III	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
12203 Berlin IV	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
10249 Berlin V	Michael Buchheim fon 0176 - 711 52 103 fluss99@posteo.de
94469 Deggendorf	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 fahnenbruck@schmerzlos-ev.de
85435 Erding	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
79098 Freiburg	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
37075 Göttingen	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
18273 Güstrow	Kathrin Ebersold fon 038458 - 525 66 ebersold@guestrow.schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg I	Esther Mohr fon 0176 - 57075811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de
22525 Hamburg II	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg III	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
22041 Hamburg IV	Elisabeth-C. Stoeck fon 0172 - 1364 453 stoeck60@gmx.de
30169 Hannover	Sabine Pump fon 0451 - 5854 4627 pump@schmerzlos-ev.de
21698 Harsefeld	Sabine Linngrün fon 04166 - 848 348 lingroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de
87629 Hopfen am See	SchmerzLOS SHG Hopfen/Füssen fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
76133 Karlsruhe	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
51109 Köln	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
23560 Lübeck I	Sabine Pump fon 0451 – 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck II	Sabine Pump fon 0451 – 281 798 gruppe2@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
84453 Mühldorf	Stephanie Breiteneicher fon 01579 - 2317200 info@muehldorf-crps.de CRPS-Gruppe
80339 München	Christina Schubert fon 01579 - 2330 100 info@muenchen-crps.de CRPS-Gruppe
24534 Neumünster I	Heike Norda fon 04321 – 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster II	Ellinor Kietzmann fon 04321- 419 119 (ZKS) kietzmann@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
94486 Osterhofen	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 fahnenbruck@schmerzlos-ev.de
24837 Schleswig	Claudia Doormann-Erken fon 04621 – 33 469 c.doormann-erken@gmx.de
49439 Steinfeld	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com

Österreich

A 5722 Niedersill	Rosemarie Nill fon +43 6649331852 rosi.nill@crps-austria.at CRPS-Gruppe
A 2851 Steiermark	Mario Stoiser fon +43 (664) 2126 377 mario.stoiser@crps-austria.at CRPS-Gruppe

Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?

Dann zählen Sie zu einer großen Gemeinschaft. 22 Mio. Deutsche leiden an chronischen Schmerzen. Im Gegensatz zum akuten Schmerz hat bei diesen Menschen der Schmerz seine wichtige und gute Warnfunktion verloren; er hat sich zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit entwickelt. Es ist ein sogenanntes Schmerzgedächtnis entstanden, d. h., im Gehirn sind Informationen gespeichert, die dauernd oder in Intervallen schmerzauslösende Signale senden.

Chronische Schmerzen verändern das Leben. Neben Einschränkungen im alltäglichen Leben stellen sie eine starke psychische Belastung dar, die von den Betroffenen oft allein nicht mehr bewältigt werden kann.

Selbsthilfegruppen können da eine große Hilfe sein. Sie bieten durch den Kontakt zu anderen Betroffenen eine Möglichkeit zum Erfahrungs-Austausch und ermöglichen in einem geschützten Bereich den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen.

Die Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland UVSD SchmerzLOS e.V., fördert den Aufbau von neuen Selbsthilfegruppen. Sie begleitet neue Gruppen in der Gründungsphase durch Beratung und versorgt sie mit hilfreichen Informationen.

Ein weiteres Projekt der UVSD SchmerzLOS e.V. heißt „Schmerzbewältigung durch Bewegung“. Damit erhalten Schmerzpatienten im Rahmen des Rehabilitationssports Möglichkeiten zur gezielten Bewegungstherapie unter Anleitung von Physiotherapeuten. Durch das Training in Gruppen wird neben der schmerzlindernden Bewegungstherapie auch gleichzeitig die Sozialkompetenz gesteigert.

Mit ihren Aktivitäten will die UVSD SchmerzLOS e.V. Menschen zusammenführen, Gruppen vernetzen und mit allen Akteuren im Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Dafür brauchen wir IHRE Unterstützung! Werden Sie Mitglied und stärken Sie damit unsere Gemeinschaft.

Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland | UVSD
SchmerzLOS e.V. 