

SchmerzLOS

AKTUELL

4/2017



Problemfall Physiotherapie

Wer entscheidet über die Therapie
- Ärzte gemeinsam mit Patienten?

Afrikanische
Impressionen

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

wussten Sie, dass es in fast allen Bundesländern bereits Versorgungsprobleme in der Physiotherapie gibt? Lesen Sie dazu unseren Bericht und auch die Empfehlung, die wir Patienten geben, die vor einer geplanten Operation stehen.



Solche Probleme kennt man in Afrika – natürlich – nicht. Dort sind Menschen froh, wenn sie überhaupt irgendeine Form von medizinischer Versorgung bekommen.

„Gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient“: Unter diesem Thema stand der Deutsche Schmerzkongress 2017 in Mannheim. Lesen Sie, wie es gelingen kann, dass Patienten in die Lage versetzt werden, gemeinsam mit ihren Ärzten über die Behandlung zu entscheiden. Wir sind froh darüber, dass die Sichtweise der Patienten immer mehr in den Fokus rückt.

Wir freuen uns auch, dass wir in diesem Jahr viele neue Mitglieder begrüßen dürfen und hoffen, dass immer mehr Schmerzpatienten und ihre Angehörigen den Weg zu UVSD SchmerzLOS e. V. finden. Gemeinsam sind wir stark!

Ein gutes und anregendes Leseerlebnis wünscht
Ihre / Eure

A handwritten signature in blue ink that reads "H. Norda".

Heike Norda
1. Vorsitzende

Inhalt

Problemfall Physiotherapie	3
Patientenrechte bei medizinischer Behandlung	5
Wer entscheidet über die Therapie - Ärzte gemeinsam mit Patienten?	6
Was man Menschen mit Migräne lieber nicht sagen sollte	8
Gründe zum Glücklichein	9
Ibuprofen - das beliebteste Medikament der Deutschen	10
Mona - die Geschäftsstellenkatze berichtet	11
Afrikanische Impressionen	12
Gelungener Workshop für die Selbsthilfegruppen-Leitungen	13
Ein neuer - alter Vorstand	14
Neues Vorstandsmitglied: Dr. Nicolas Jakobs	14
Vorstellung: Dr. Britta Lambers	15
Der Christbaumständer	15
Ökonomie vs. Patientenwohl	17
Aus unserer Schreibwerkstatt	18
Patientenorientierung ist keine Einbahnstraße	19
Zentrum für seltene Erkrankungen	19
Für Sie gelesen	20
Nachrichten aus der Geschäftsstelle	20
Impressum	22
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	23
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	24

Problemfall Physiotherapie

Fachkräftemangel ist mittlerweile ein großes Problem in Deutschland - und er betrifft zunehmend auch Physiotherapeuten. Einem Bericht des NDR zufolge herrscht in allen Bundesländern ein akuter Mangel. Hamburg sei das einzige Bundesland, das statistisch gesehen über ausreichend Physiotherapeuten verfügt. Die Situation könnte sich in den kommenden Jahren sogar noch verschärfen, denn einer Studie der Hochschule Fresenius

bis eine Behandlung begonnen werden kann. Nach den Vorgaben der Krankenkassen muss eine Physiotherapie-Behandlung aber innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung des Rezeptes beginnen, sonst verfällt die Verordnung.

Hausbesuche sind für die meisten Krankengymnasten mittlerweile gar nicht mehr möglich. Die Physiotherapie ist ein wichtiger Bereich in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitser-

Die Krankenkassen kalkulieren pro Behandlung etwa 18 Minuten. In dieser Zeit muss der Patient allerdings nicht nur behandelt werden. Unter Umständen muss ihm der Therapeut noch beim Ent- und Bekleiden helfen, eine Unterschrift für die Behandlung entgegennehmen, die Behandlung dokumentieren und neue Termine vergeben. Daher planen viele Praxen 20 bis 30 Minuten Behandlungszeit für denselben Kassentarif ein, damit Patienten und Therapeuten



Obwohl das Berufsbild der Physiotherapeuten durch ihre Qualifizierung in allen Fachbereichen - sehr abwechslungsreich und spannend ist, sind sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Verdienstmöglichkeiten miserabel.

zufolge üben viele Therapeuten wegen schlechter Bezahlung und mangelnden Aufstiegschancen ihren Beruf nicht aus.

Für die Patienten bedeutet ein Therapeutenmangel lange Wartezeiten auf einen Termin; nicht selten vergehen bis zu zwölf Wochen,

haltung. Der Fachkräftemangel gefährdet damit die Versorgung der Patienten. Etwa jeder fünfte Bundesbürger nimmt im Laufe eines Jahres eine Physiotherapie in Anspruch. Die Verordnungen erfolgen insbesondere aufgrund von Wirbelsäulenschäden und neurologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel nach Schlaganfällen.

mit der Behandlung zufrieden sind. Im 20-Minuten-Takt ist aber besonders bei neurologischen Erkrankungen oder bei einer bereits chronisch gewordenen Schmerzerkrankung keine umfassende Behandlung möglich, wie sie in den Leitlinien der bio-psycho-sozialen Schmerztherapie zugrunde gelegt wird.

Für die Einzelbehandlung von 18 Minuten zahlen Krankenkassen zwischen zwölf und fünfzehn Euro. Das deckt kaum die laufenden Kosten. Um kostendeckend zu arbeiten, müssen die Therapeuten die einzelnen Behandlungen möglichst eng takten. Viele Praxen sind daher auf ein zusätzliches Einkommen aus privaten Zusatzleistungen angewiesen. Zudem müssen sie so flexibel wie möglich auf ihre Patienten eingehen. Da berufstätige Patienten in der Regel tagsüber keine Zeit haben, bieten viele Praxen frühe und späte Öffnungszeiten an mit dementsprechend langen und ungünstigen Arbeitszeiten für die Therapeuten.

Obwohl das Berufsbild der Physiotherapeuten durch ihre Qualifizierung in allen Fachbereichen wie Orthopädie, Neurologie, Gynäkologie oder Pädiatrie sehr abwechslungsreich und spannend ist, sind sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Verdienstmöglichkeiten miserabel.

Nach Angaben des Bundesinstituts für Berufsbildung hat in den vergangenen Jahren die Zahl der Physiotherapieschüler um 30 Prozent abgenommen. Schon die Ausbildung ist teuer und für viele nicht finanzierbar. Sie dauert je nach Ausbildung drei bis vier Jahre. Die monatlichen Kosten betragen zwischen 300 und 500 Euro. Das durchschnittliche Einstiegsgehalt liegt danach bei etwa 1.700 Euro brutto. Bundesweit zählen Physiotherapeuten mit einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 2.000 bis 2.500 Euro zu den Niedrigverdienern.

Daher unsere dringende Empfehlung: Patienten sollten sich vor geplanten Operationen, nach denen voraussichtlich eine Physiotherapie

notwendig wird (z. eine Gelenkoperation), bereits rechtzeitig vorher um entsprechende Physiotherapie-Termine kümmern. Was nützen mühsam errungene Erfolge durch Operation oder der meist kurzen Reha, wenn anschließend aus Mangel an Therapieplätzen nicht weiter unter fachlicher Anleitung geübt werden kann.

In vielen Fällen kann eine physiotherapeutische Behandlung Operationen verhindern und chronische Schmerzen lindern. Dennoch klagen viele Betroffene, dass ihr Arzt keine Krankengymnastik verschreibt. Oft ist es einfacher, eine Einweisung für eine Operation zu bekommen als eine wiederholte Physiotherapie. Und immer wieder erleben Therapeuten, dass Erkrankte die Behandlung trotz erster Erfolge abbrechen müssen, weil der Arzt kein weiteres Rezept ausstellt.

Viele Ärzte würden gern mehr Krankengymnastik verschreiben, teilte der NDR mit. Doch überschreiten sie dabei das vorgegebene Budget, droht ihnen eine Regressforderung der Kassenärztlichen Vereinigung, die das Geld der Krankenkassen an die Ärzte verteilt. Die Ärzte müssten dann die verordnete Physiotherapie und andere Heilmittel aus eigener Tasche bezahlen.

In der Verordnung für Heil- und Hilfsmittel ist festgelegt, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang ein Arzt Krankengymnastik verschreiben darf. Unterläuft dem Arzt ein Fehler bei der detaillierten Begründung, drohen ebenfalls Regressforderungen. Viele Ärzte verordnen deshalb sicherheitshalber keine Krankengymnastik.

Die Krankenkassen verweisen darauf, dass gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf medizinisch notwendige und ausreichende Maßnahmen haben. Statt der hilfreichen Physiotherapie werden deshalb oft Schmerzmittel oder eine Operation verordnet.

Bei langfristigem Heilmittelbedarf greift seit Jahresbeginn eine spezielle Regelung. Dadurch können vom Arzt „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ problemlos ausgestellt werden. Grundlage ist eine Liste von Diagnosen, für die solche Verordnungen jeweils für die Dauer eines Jahres ausgestellt werden können. Ebenso regelt eine seit 1. Januar 2017 festgelegte weitere Diagnoseliste für intensive, aber weniger als ein Jahr erforderliche Behandlungen den „Besonderen Verordnungsbedarf“ für Patienten, z.B. mit diagnostizierter Spinalkanalstenose und etlichen weiteren akuten Beschwerden. Nach Ausstellung „Im Regelfall“ wird hier erhöhter Behandlungsbedarf durch eine extra Ziffer kenntlich gemacht und garantiert dem Arzt damit, dass diese Verordnung nicht in seine Wirtschaftlichkeitsprüfung fällt. Hierzu wurden zum Jahresbeginn nicht nur ganz neue Verordnungs-Vordrucke für Physio- und Ergotherapie für jede Arztpraxis Pflicht, sondern die Ärzte mussten auch ihre Verordnungs-Software auf diese Bestimmungen anpassen.

In Einzelfällen können außerhalb dieses o.g. Diagnosen-Katalogs besonders begründete Anträge bei den Krankenkassen auf Genehmigung gestellt werden.

Quelle: NDR.de

Patientenrechte bei medizinischer Behandlung

Der **Behandlungsvertrag** Vertragsbeziehungen spielen in unserem täglichen Leben eine wichtige Rolle. Ob Sie Lebensmittel einkaufen, einen Handwerker bestellen oder sich beim Friseur die Haare schneiden lassen: In einem Vertrag einigen sich zwei Parteien, eine bestimmte Leistung sowie Gegenleistung zu erbringen.

Auch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt schließen Sie einen Vertrag ab – den so genannten Behandlungsvertrag. Der Vertrag kommt zumeist automatisch zustande, wenn Sie eine Arztpraxis betreten und sich dort behandeln lassen. Hierzu muss in der Regel kein Schriftstück unterzeichnet werden.

Der Vertragspartner des Patienten ist der Behandelnde, zum Beispiel ein Arzt, Psychotherapeut oder Heilpraktiker. Er verpflichtet sich, die medizinische Behandlung zu erbringen. Sie als Patientin oder Patient möchten diese in Anspruch nehmen.

Alle Patienten müssen umfassend und verständlich über ihre Behandlung informiert und aufgeklärt werden. Dies reicht von den erforderlichen Untersuchungen über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie bis hin zur voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung. Eine umfassende Information und Aufklärung beinhaltet auch, dass mit Ihnen über Risiken und Chancen der Behandlung gesprochen wird. Stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, die jedoch mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen verbunden sind, müssen Sie auch darüber aufgeklärt werden.

Ist für den Arzt absehbar, dass die Kosten der Behandlung nicht übernommen werden, muss er dies ebenfalls mitteilen. Und schließlich haben Patienten unter bestimmten Voraussetzungen auch das Recht, darüber informiert zu werden, dass es möglicherweise zu einem Behandlungsfehler gekommen ist.

Der medizinische Behandlungsvertrag ist seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes am 26. Februar 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert.

Informations- und Aufklärungspflichten bei der Behandlung

Als Patientin oder Patient müssen Sie umfassend und verständlich über Ihre Behandlung informiert und aufgeklärt werden. Dies reicht von den erforderlichen Untersuchungen über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie bis hin zur voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung.

Eine umfassende Information und Aufklärung beinhaltet auch, dass mit Ihnen über Risiken und Chancen der Behandlung gesprochen wird. Stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, die jedoch mit unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen verbunden sind, müssen Sie auch darüber aufgeklärt werden.

Wie verläuft das Aufklärungsgespräch?

Die Aufklärung muss in einem persönlichen Gespräch erfolgen, damit Sie unmittelbar nachfragen können. Dabei kann die Ärztin oder der Arzt zu Ihrer Information auch schriftliche Unterlagen mit einbeziehen. Allerdings darf eine

solche schriftliche Information das Gespräch nicht ersetzen. So reicht es nicht aus, wenn Ihnen der Arzt vor einer Darmspiegelung ein Informationsblatt oder einen Aufklärungsbogen überreicht, ohne dies zusätzlich mit Ihnen zu besprechen.

Schriftstücke, die Sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, müssen Ihnen als Kopie oder Durchschrift ausgehändigt werden.

Die Aufklärung muss für den Patienten verständlich und durch den Arzt persönlich erfolgen. Sie sollte einige Tage vor einem geplanten Eingriff erfolgen, damit Sie Zeit haben, alles genau zu durchdenken.

Patienten müssen in eine medizinische Behandlung einwilligen oder können diese ablehnen.

Patientenakte

Jegliche medizinische Behandlung muss dokumentiert werden. Darin müssen alle für die Behandlung wichtigen Informationen aufgezeichnet werden. Dazu gehören die Krankengeschichte, Diagnosen, Untersuchungen, Therapie und ihre Wirkungen. Aufklärungen und Einwilligungen, Operationen und Arztbriefe.

Patienten wird das Recht eingeräumt, ihre Behandlungsunterlagen einzusehen und auf Wunsch Abschriften davon zu bekommen, die möglicherweise kostenpflichtig sind. Nach Abschluss einer Behandlung müssen die Unterlagen für zehn Jahre aufbewahrt werden. ■

Wer entscheidet über die Therapie – Ärzte gemeinsam mit Patienten?

Erfahrungen von Schmerzpatienten

Gemeinsame oder Partizipative Entscheidungsfindung wird in der Medizin die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient genannt, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen. Bei einer Befragung zu diesem Thema haben Schmerzpatienten sehr unterschiedliche Erfahrungen geschildert. Sie unterscheiden dabei besonders auch zwischen den ärztlichen Fachgebieten. Die Wünsche der Befragten wurden zum Anlass für Vorschläge zu einer verbesserten Kommunikation und somit zu einer gelingenden gemeinsamen Entscheidungsfindung genommen.

Befragung Schmerzpatienten haben sehr unterschiedliche Erfahrungen mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Eine nicht repräsentative Befragung, vorwiegend aus den Selbsthilfegruppen von UVSD SchmerzLOS e.V. und dem CRPS-Netzwerk Nordrhein-Westfalen, ergab etwa 100 Antworten. Die Schmerzpatienten berichteten über viele positive Erfahrungen auf diesem Gebiet. Es erscheint vielen wichtig, dass der Arzt alle Bereiche des Patienten kennt und berücksichtigt: die private und berufliche Situation, aber auch die Ziele und Präferenzen des Patienten. Oft wurde geäußert, dass das beim Hausarzt am besten gelingt, er kennt seine Patienten meistens jahrelang. Bei chirurgisch tätigen Ärzten erleben die befragten Schmerzpatienten seltener eine neutrale Beratung, die zu einer abgestuften Behandlung führte. Über 50% der Befragten fühlten sich von Operateuren zu einer Operation gedrängt. Besonders schwierig zu sein scheint das Verhältnis auch zu Orthopäden. Dort gelingt nach dieser Befragung eine gemeinsame Therapieentscheidung offenbar nur selten. Von Schmerztherapeuten berichten Patienten oft,

dass sie sich mehr Zeit als andere Fachärzte nehmen. So können sie leichter Vertrauen aufbauen, was eine Grundvoraussetzung der gemeinsamen Therapieentscheidung ist. Schmerzpatienten haben oft die Befürchtung, dass sie als schwierige oder unbequeme Patienten gelten, wenn sie dem Arzt widersprechen. Aber „stumme Patienten“ sind nicht

„Heute bin ich mit meinen Ärzten zufriedener, weil sie zuhören und gemeinsam mit mir abwägen, welche Therapie für mich geeignet ist.“

immer zufriedene Patienten. Gerade Schmerzpatienten, die sich über ihre Krankheit informieren („Der eigene Schmerzmanager werden“), erleben, dass einige Ärzte Informationen aus dem Internet generell als unrichtig abtun. Trotz allem sollte man die Antworten richtig einordnen: Wie auch bei Bewertungsportalen ist die Motivation höher, etwas zu schreiben, wenn man unzufrieden war oder 100%ig zufrieden. Da es sich um keine repräsentative, wissenschaftlich angelegte Befragung handelt, sind die Gesamtergebnisse nur eingeschränkt verwendbar.

Das äußerten einzelne Patienten in der Befragung

Ausgewählte Negativ-Zitate

- „Man bekommt das Gefühl, dass man dem Arzt etwas wegnimmt und ihn in seiner Kompetenz angreift.“
- „Manche Ärzte sind überrascht, wenn sie merken, dass man sich mit der Erkrankung auseinandergesetzt hat.“
- „Wer hat hier Medizin studiert und ist der Arzt?“
- „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich manche Ärzte wie die Götter in weiß aufspielen.“

Ausgewählte Positiv-Zitate

- „Vertrauen muss man sich beiderseitig erarbeiten.“
- „Auch ohne Vorwissen klärt dieser Arzt einen Patienten auf, immer angepasst an dessen Vorwissen.“
- „Insbesondere macht sie einem auch Mut, an den Schmerzen nicht zu verzweifeln!“
- „Heute bin ich mit meinen Ärzten zufriedener, weil sie zuhören und gemeinsam mit mir abwägen, welche Therapie für mich geeignet ist.“



Etwa 7,5 Mio. Menschen in Deutschland gelten als „funktionale Analphabeten“. Diese können nur einzelne Sätze, aber keine zusammenhängenden Texte erfassen und sind darum auf gut verständliche verbale Erklärungen angewiesen. Die hierfür aufgewandte Zeit kann Kosten sparen, weil der gut informierte Patient zu einer schnelleren und besseren Entscheidung kommen kann.

Was sich Schmerzpatienten wünschen

Nicht nur wegen der angespannten Versorgungssituation in der ambulanten Schmerztherapie möchten Schmerzpatienten längerfristig mit dem Arzt zusammenarbeiten. Dabei wünschen sie sich, dass sie auf dem Weg zum Experten für den eigenen Schmerz ermutigt werden. Wenn sie eigene Vorschläge für die Therapie machen, sollten diese ernst genommen und nach Möglichkeit in die Therapieentscheidung mit einbezogen werden. Sie wünschen sich, dass sie Bewältigungsstrategien erlernen und Lob für ihre Fortschritte erhalten. Die Selbst-Kompetenzen sollten gestärkt und Selbstheilungskräfte mit einbezogen werden. Die Schmerzpatienten sind offen für den Einsatz von Placebos, wollen aber Nocebo-Effekte vermeiden.

Verbesserung der Kommunikation

Besonderen Wert sollten Ärzte darauf legen, die Kommunikation mit allen möglichen Mitteln erfolgreich zu gestalten, z. B. durch Verwendung der Alltagssprache, immer wieder nachfragen, Abbau von zusätzlichem Stress in der Gesprächssituation, Berücksich-

tigung von sprachlichen Unzulänglichkeiten (Migranten). Dazu gehören auch Schulungen in der Gesprächsführung.

Vorschläge für eine gelingende gemeinsame Therapieentscheidung

Da jeder Mensch andere Zugänge benötigt, sollten Ärzte „multimedial“ arbeiten. Seriöse Patienteninformationen zu immer wiederkehrenden Krankheitsbildern / Hintergründen können ausgelegt, mitgegeben oder online bereitgestellt werden. Erfolg verspricht auch die Nutzung von Erklärvideos. Bei diesen Patienteninformationen sollten Behandler bedenken, dass etwa 7,5 Millionen Menschen in Deutschland als „funktionale Analphabeten“ gelten. Diese können nur einzelne Sätze, aber keine zusammenhängenden Texte lesen und schreiben. Oft fällt dies nicht auf. Deswegen ist es vielfach besser, seriöse Gesundheitsinformationen auf anderen Wegen den Patienten anzubieten. Vor einer Schmerztherapie werden oft Fragebögen vorab an die Patienten geschickt. Wenn diese vor dem Ersttermin ausgewertet werden, haben Behandler

die Möglichkeit, bereits grundlegende Informationen zu dem jeweiligen Krankheitsbild an diese Patienten zu senden oder online bereitzustellen. Dadurch könnte im Arzt-Patienten-Gespräch ein vorinformierter Patient eine bessere Entscheidungsgrundlage bekommen. Möglicherweise kann so auch Zeit eingespart werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten obligatorisch für Medizinstudenten und Ärzte in Bezug auf Kommunikation und die Arzt-Patienten-Beziehung sein.

Mit Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen sollte zusammen gearbeitet werden, um die Kompetenzen der Schmerzpatienten zu nutzen und zu stärken. So würde die „Ressource Patient“, die meist ungenutzt bleibt, aktiv mit in den Entscheidungsprozess einbezogen.

Dieser Artikel entstand nach einem Vortrag, den die Vorsitzende von UVSD SchmerzLOS e. V. Heike Norda in einem Symposium beim Deutschen Schmerzkongress 2017 in Mannheim hielt.

Was man Menschen mit Migräne lieber nicht sagen sollte

Prof. Dr. Hartmut Göbel, Chefarzt der Schmerzlinik Kiel, hat einen kleinen Katalog mit Aussagen zusammengestellt, die bei Migränepatienten nicht gut ankommen



Migräne ist eine eigenständige, primäre Erkrankung und führt zu schlimmsten Schmerzzuständen.

1. Versuche, den Stress in Deinem Leben abzubauen.

Migräne ist eine neurologische Erkrankung und entsteht nicht durch ein stressiges Leben. Sicher kann übermäßiger Stress ein Auslöser sein, er ist aber niemals die Ursache für Migräne.

2. Du siehst richtig gut aus, überhaupt nicht krank.

Den meisten Betroffenen sieht man die Krankheit nicht an, außer, man erwischt sie im akuten Anfall. So eine Aussage kränkt, daher sollte man sich dieses „Kompliment“ lieber verkneifen.

3. So schlimm kann es doch nicht sein, ich habe auch mal Kopfschmerzen.

Migräne, insbesondere die chro-

nische Migräne, ist kein simpler Kopfschmerz, sondern eine der schlimmsten Schmerzzustände, die Menschen heimsuchen. Sie zählt zu den schwersten Behinderungen, insbesondere von Frauen. So bestehen nicht nur die typischen meist einseitigen, stechenden, hämmernden, pulsierenden Kopfschmerzen – nein, der gesamte Körper ist in Mitleidenschaft gezogen. Manchmal beginnt die Attacke mit Aurasymptomen, zusätzlich leidet man unter Übelkeit und/oder Erbrechen, Schwindel, Erschöpfung, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit.

4. Geh an die frische Luft und mache mehr Sport!

Betroffene lieben und brauchen frische Luft und gehen hinaus,

so oft es möglich ist. Gemäßigter Ausdauersport kann prophylaktisch wirken und wird auch oft betrieben in schmerzfreien Zeiten. Während einer Attacke ist sportliche Betätigung nicht möglich. Viele sind bettlägerig und fühlen sich schwer krank. Zudem haben chronisch Betroffene kaum schmerzfreie Zeiten, um regelmäßig Sport zu treiben.

5. Kürzlich habe ich von einer Therapie gelesen, die Migräne heilen kann. Die Schwägerin meines Nachbarn hat erfolgreich die „xxx-Diät“ gegen Migräne gemacht. Hast Du schon xxx versucht?

Tipps dieser Art sind zwar gut gemeint, für Betroffene aber eher ein Ärgernis, denn hilfreich. Meist ist man sehr gut über die eigene Erkrankung informiert, hatte in der Vergangenheit auch all die alternativen Versuche über sich ergehen lassen, dabei ausschließlich Zeit und Geld verloren.

6. Suche Dir ein Hobby, lenke Dich ab!

Würde man einem Patienten mit Beinbruch raten, sich ein Hobby zu suchen, um damit die Heilung zu beschleunigen? Ablenkung kann hilfreich sein bei leichten Beschwerden, Attacken können damit aber weder abgehalten, noch leichter ertragen werden.

7. Nimm doch eine Tablette!

Wenn es denn so einfach wäre. Natürlich wird man die Attacke

behandeln, doch meist bestehen ja nicht nur der Schmerz, sondern weitere schwer behindernde Zustände wie oben beschrieben. Zudem wirkt nicht jede Tablette zuverlässig und ausreichend gut, mit einer einzigen Tablette ist es meist auch nicht getan. Übersehen wird von Nichtbetroffenen auch, dass besonders die von einer chronischen Verlaufsform Betroffenen täglich mehrere Medikamente zur Prophylaxe einnehmen müssen.

8. Migräne ist eine Frauenkrankheit. Richtig ist, dass mehr Frauen von Migräne betroffen sind als Männer, da die hormonellen Trigger hinzukommen. Abgesehen davon betrifft diese genetisch bedingte neurologische Schmerzkrankung sowohl Frauen als auch Männer.

9. Migräne ist psychisch bedingt, die Krankheit will Dir etwas sagen. Migräne ist eine eigenständige primäre Erkrankung und nie das Symptom einer anderen Erkrankung! Betroffene sind weder arbeitsunwillig, psychisch krank noch suchen sie nach Aufmerksamkeit. Sie erwarten nur, nicht durch Vorurteile dieser Art diskriminiert zu werden.

10. Wahrscheinlich verträgst Du ein Nahrungsmittel nicht. Warst Du schon beim Heilpraktiker? Du musst die Gifte aus Deinem Körper ausleiten, entschlacken, entsäuern, auf Kohlenhydrate verzichten.

Migräne ist eine eigenständige neurologische Erkrankung, die nicht durch Allergien bedingt ist. Auch besteht keine Vergiftung im Körper, nichts muss ausgeleitet,

entschlackt oder entsäuert werden. Diäten sind wirkungslos. Wichtig ist vielmehr eine vollwertige Mischkost, die ausreichend Kohlenhydrate enthalten sollte. Das Gehirn kann die verstärkt benötigte Energie am besten und schnellsten aus Kohlenhydraten entnehmen.

11. Wenn Du dies oder jenes nicht versuchst, kann man Dir auch nicht helfen. Überlege Dir, warum Du Deine Migräne behalten möchtest.

Solche oder ähnliche Tipps und Fragen helfen keinem Betroffenen. Sie machen traurig, isolieren und diskriminieren.

Haben Sie sich auch schon solche Rat-„Schläge“ anhören dürfen? Kennen Sie mehr?

Quelle: www.schmerzlinik.de

Gründe zum Glückhsein



Wenn die ganze Welt ein Dorf wäre mit 100 Menschen. Dann wohnen hier 57 Asiaten, 21 Europäer, 14 Amerikaner (Nord und Süd) und 8 Afrikaner. 52 Frauen und 48 Männer. 70 Nicht-weiße und 30 weiße Menschen. 70 Nicht-Christen und 30 Christen. 89 Heterosexuelle und 11 Homosexuelle. 6 Personen würden 59%

des gesamten Reichtums besitzen. Und diese 6 Personen wären Amerikaner. 80 Menschen hätten keine guten Wohnverhältnisse. 70 Menschen wären Analphabeten. 50 Menschen wären unterernährt. 1 Mensch würde sterben, und 2 Menschen würden geboren. 12 Menschen hätten einen Computer und 3 Menschen mit Internet. Nur 1 Mensch hätte eine akademische Ausbildung. Wenn wir die Welt so sehen, wird klar, dass der Wunsch nach Zusammengehörigkeit, Verständnis, Akzeptanz und Bildung notwendig ist. Wenn du heute Morgen gesund aufgewacht bist, bist du glücklicher als 1 Million Menschen, welche nächste Woche nicht überleben. Falls du nie einen Krieg oder die Einsamkeit der Gefangenschaft erlebt hast, nie Hunger hattest, dann bist du glückli-

cher als 500 Millionen Menschen in dieser Welt. Wenn du in die Kirche gehen kannst ohne Drohungen, ohne dass du verhaftet, gefoltert oder umgebracht wirst, dann bist du glücklicher als 3 Milliarden Menschen in dieser Welt! Wenn Essen in deinem Kühlschrank ist, wenn Du ein Dach über dem Kopf hast, etwas anzuziehen und ein Bett zum Schlafen, dann bist du reicher als 75% aller Menschen auf dieser Erde. Wenn du ein Bankkonto hast und etwas Geld in der Tasche, dann gehörst du zu den 6% wohlhabenden Menschen in dieser Welt. Wenn du diese Nachricht lesen kannst, dann gehörst du nicht zu den 2 Milliarden Menschen, welche nicht lesen können... Danke Gott, dass es uns so gut geht! *)

*)nach: www.youtube.com/watch?v=S-DECPvVJdGA

Ibuprofen, das beliebteste Schmerzmittel der Deutschen

Aber Vorsicht: Es sind schwere Nebenwirkungen möglich

Ibuprofen, ein Schmerzmittel, schlucken die Deutschen am häufigsten. Der Wirkstoff wirkt gegen alle Arten von Schmerzen, lindert Entzündungen und gilt als gut verträglich. Allerdings ist Ibuprofen bei weitem nicht so harmlos. Es ist in bestimmten Dosierungen frei verkäuflich, muss in höheren Dosierungen aber vom Arzt verordnet werden.

Ibuprofen hat sich in den letzten zehn Jahren zu dem am häufigsten verkauften Schmerzmittel in Deutschland entwickelt. Tabletten, Zäpfchen oder Säfte mit dem Wirkstoff kaufen Apothekenkunden heute doppelt so oft als vor zehn Jahren. Im Jahr 2013 hat Ibuprofen mit der Zahl der verkauften Packungen das populäre Schmerzmittel Aspirin überholt. Wissenschaftlich sei es nicht begründbar, dass Ibuprofen populärer ist als Aspirin, teilte die Pharmafirma Bayer mit.

Ibuprofen hilft – in unterschiedlicher Dosierung – der ganzen Familie: dem fiebernden Kind, der Mutter mit Menstruationsschmerzen und dem Opa mit Arthrose im Knie. Hobbysportler schlucken oft eine "Ibu" prophylaktisch vor einer Trainingseinheit. Dass Ibuprofen heute so beliebt ist, liegt an mehreren Faktoren: Es gilt als gründlich erforscht und vor allem als nebenwirkungsarm. Es genießt aber auch unter Ärzten einen guten Ruf.

Mit 25,6 Millionen Packungen war der Wirkstoff 2015 Spitzenreiter unter den Verordnungen, die

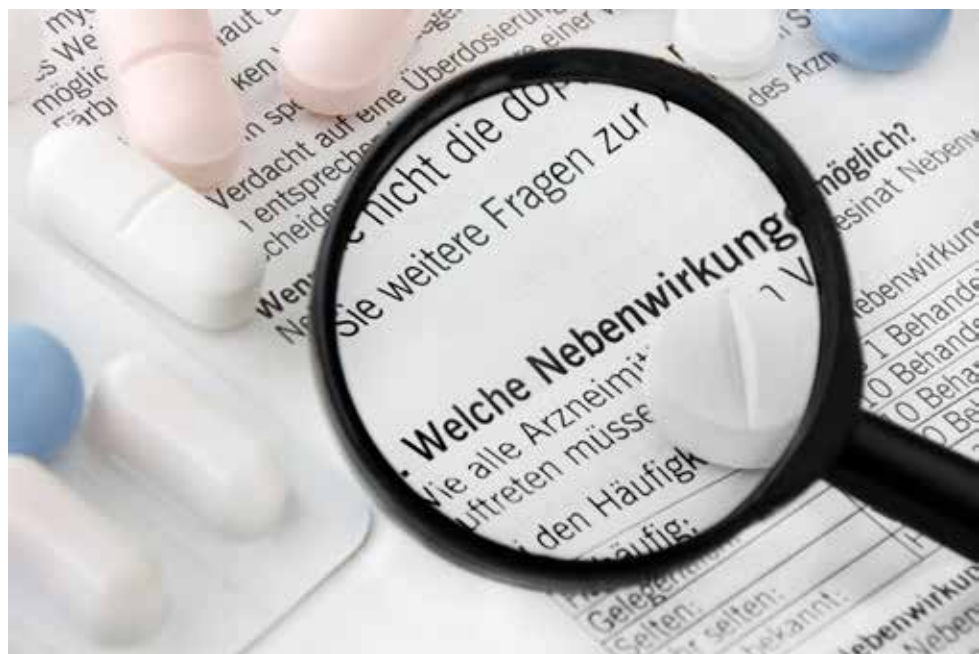
über gesetzliche Krankenkassen abgerechnet wurden. Zahlreiche Pharma-Anbieter haben Ibuprofen im Programm. Die Preise sind vergleichbar. Anders als für Acetylsalicylsäure (ASS) mit „Aspirin“ von Bayer sticht kein teures Original heraus. Ibuprofen gibt es in der Apotheke sowohl als Tablette oder Kapsel als auch als Zäpfchen, Saft, Granulat oder Salbe.

So wirkt Ibuprofen:

Es gehört zur Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), also ein Medikament, das Entzündungsprozesse im Körper bremst. Als es 1969 zunächst auf den britischen Markt kam, war es als Arthrose-Medikament gedacht.

samen Körper vor. Prostaglandine leiten Entzündungssignale weiter und erzeugen die Schmerzwahrnehmung im betroffenen Gewebe. Als Prostaglandin-Stopp lindert Ibuprofen nicht nur Entzündungen, sondern auch leichte bis mittlere Schmerzen und senkt Fieber.

Ibuprofen ist gegenüber anderen Schmerzmitteln hinsichtlich der Nebenwirkungen überlegen. ASS hat zum Beispiel den Nachteil, dass es die Blutgerinnung hemmt. Paracetamol greift die Leber an, ist in hoher Dosis sogar tödlich. Harmlos ist Ibuprofen allerdings auch nicht. Mögliche Nebenwirkungen sind Schleimhautentzündungen, Geschwüre oder Blu-



Eine Studie der Oxford University kam zu dem Schluss, dass die Einnahme von Ibuprofen möglicherweise das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall steigert.

Ibuprofen hemmt entzündungsfördernde Enzyme, die sogenannten Prostaglandine. Sie kommen im ge-

tungen im Magen-Darm-Trakt. Dieses Risiko lässt sich durch Medikamente zum Magenschutz

deutlich senken. Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen können auftreten. Wer zu Allergien neigt, sollte bei der Einnahme von Ibuprofen vorsichtig sein. Weil das Medikament die Entzündungs-Enzyme Prostaglandine hemmt, können vermehrt andere entzündungsfördernde Botenstoffe, die Leukotriene, ausgeschüttet werden. Für Asthmatiker und Allergiker kann das gefährlich werden. Ibuprofen wird wie die meisten Arzneimittel über die Niere abgebaut und kann dort Schäden verursachen. Nehmen Sie Ibuprofen daher nicht länger ein, als Arzt oder Apotheker empfehlen. Eine Studie der Oxford University kam zu dem Schluss, dass die Einnahme von Ibuprofen möglicherweise das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall steigert.

So nehmen Sie Ibuprofen ein
Der Wirkstoff ist bis zu einer Dosierung von 400 Milligramm rezeptfrei erhältlich. In dieser geringen Dosierung wirkt Ibuprofen bei Erwachsenen schmerzstillend und fiebersenkend. Der entzündungshemmende Effekt tritt ab 1000 Milligramm pro Tag ein. Die tägliche Höchstdosis sollte in der Selbstmedikation 1200 Milligramm nicht überschreiten und auch nicht die Einnahmedauer von drei bis vier Tage.

Für die höher dosierten Präparate mit 600 oder 800 Milligramm benötigt man ein ärztliches Rezept. Die stärkeren Tabletten sind zum Beispiel bei entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen nötig. Die Tagesdosis kann 2400 Mil-

ligramm betragen. Der Patient soll das Medikament dann aber nicht ohne ärztliche Kontrolle einnehmen. Für Kinder unter 12 Jahren gibt es außerdem spezielle, niedrig dosierte Ibuprofen-Präparate.

Ibuprofen wirkt am besten, wenn es auf nüchternen Magen eingenommen wird, ein voller Magen verhindert die Verwertung. Etwa nach einer bis zwei Stunden ist die maximale Konzentration im Körper erreicht. Die Halbwertszeit beträgt zwei bis vier Stunden.

Um das Risiko für Komplikationen gering zu halten, ist es sinnvoll, Schmerzmittel möglichst niedrig zu dosieren und nur so lange zu nehmen wie nötig. ■

Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet:



Hallo liebe Leserinnen und Leser, es gibt wieder Neues aus der Geschäftsstelle zu berich-

ten. Ich habe mich in meinem neuen Zuhause – im Home Office meines Dieners, dem Geschäftsstellenleiter – inzwischen sehr gut eingelebt. Meine eigene Eingangstür ist inzwischen eingebaut, und ich kann mit meinem elektronischen Schlüssel wieder rein und raus, wie es mir passt. Das neue Büro gefällt mir gut, weil ich dort verschiedene schöne Plätze für mich besetzt habe. Ganz oben auf dem hohen Schrank, von dem ich alles gut überblicken kann, ist mein Lieblingsplatz. Ich kann von

dort nach draußen über die Terrasse bis in den Garten sehen. Neulich haben sich dort doch tatsächlich zwei fremde Katzen blicken lassen. Ich, natürlich runter vom Schrank und zu meiner Tür. Aber ich habe mich doch nicht alleine rausgetraut, schließlich waren die zu zweit und hatten auch ihre Dienerin dabei. Außerdem sahen sie ziemlich komisch aus: Sie hatten ein ganz langes und gelbes Fell und einen ebenso buschigen Schwanz. Mein Diener, der Geschäftsstellenleiter hat mich dann aber auf den Arm genommen und nach draußen getragen. Dort konnte ich mir die beiden dann aus der Nähe ansehen und habe sie auch gleich erst mal ganz doll angefaucht, damit sie merken, wer hier die Chefin ist. Aber ich habe mir vorgenommen, falls sie noch mal wiederkommen,

sie trotzdem freundlich zu behandeln. Nette Gesellschaft und gute Freunde brauchen wir doch alle, oder? Wäre es nicht toll, wenn die Menschen sich nicht immer untereinander streiten würden? Wenn sie sich lieber gegenseitig unterstützten und helfen würden? Bei uns in unserer Geschäftsstelle haben wir das wunderbar geregelt: Ich schaue meinen Diener ganz lieb an, und dann weiß er gleich, dass ich Lust auf Leckerlis habe. Wenn er dann nicht schnell reagiert, werde ich natürlich deutlicher. Dann springe ich auf seinen Schreibtisch, spaziere mal über seine Tastatur oder schalte den Drucker an. Wenn das alles nicht hilft, beiße ich ihn in die Beine. Merkt Ihr, wie wir uns gut verstehen? Euch allen eine gute Zeit, und tschüüüüs!

Afrikanische Impressionen

Wenn Sie - als ein in Deutschland lebender Schmerzpatient – diesen folgenden Bericht gelesen haben, werden Sie Ihre eigene Situation, so schwer sie auch sein mag, vielleicht etwas anders beurteilen. Wir deutschen Schmerzpatienten leiden, aber auf einem verhältnismäßig hohen medizinischen Versorgungsniveau. Wir klagen über lange Wartezeiten auf einen Termin beim Schmerztherapeuten und über die Nebenwirkungen der verordneten und meist kostenlos verabreichten Schmerzmedikamente. Wir werden ungeduldig, wenn der behandelnde Arzt nicht schnellstens eine sofortige und nebenwirkungsfreie Therapie empfiehlt, und wir mögen es überhaupt nicht, wenn die Hygienestandards in den Krankenhäusern nicht unseren Vorstellungen entsprechen. Aber lesen Sie selbst:

Ein Bericht aus subjektiver Sicht von Gerhard Kunath (Koordinator Ostafrika action medeor e.V.)

Der "Giftschrank" war leer. Das war vor fünf Jahren. Kein einziges Schmerzmittel vorhanden in Litembo, Schwerpunkt Krankenhaus im tansanischen Distrikt Mbinga mit einem Einzugsgebiet von 400.000 Menschen, Narkosen wegen fehlender Mittel nicht möglich. Der Hof quillt über von Patienten: Unfälle mit den immer zahlreicher werdenden Mopeds, Kinder unter fünf Jahren mit Malaria und Anämie, Kleinkinder mit Verbrennungen. Menschen an Krücken, notdürftige Verbände aus Lumpen, ein Schlangenbiss, eine unsanfte Begegnung mit einem Krokodil, eine Pfeilverletzung und ein Waldarbeiter, dem die Axt ausgerutscht ist. Dazu Schwangere, die sich bis ins Hospital geschleppt haben. Sie alle haben Schmerzen, erhoffen Linderung und Hilfe. Was erwartet sie? Jedenfalls kein Schmerzmittel und kein Narkotikum.

Afrika ist schwarz und voller Schmerz. Ein Schmerz, den man nicht zeigt oder herausbrüllt. Die beiden achtjährigen Jungen sitzen nach der Beschneidung fiebrig auf dem Lager und schweigen. Würden sie weinen und klagen, wären sie als Männer nicht zu gebrauchen. Die Kleinsten wimmern. Bei weitem nicht alle werden das fünfte Lebensjahr erreichen. Den Unfallopfern steht eine Operation bevor, die sie am besten bewusstlos überstehen. Von anschließender

Reha und postoperativer Betreuung keine Spur. Der Kaiserschnitt ohne Narkose lässt dunkel erahnen, was Frauen durchmachen. Und sie sind im Hospital noch besser dran als "im Busch". Dort wären sie längst mitsamt dem Kind umgekommen.

Was Schmerz in Afrika bedeutet, dem kann man sich als Europäer bestenfalls mit Empathie nähern. Wie im Alltag mit Schmerzen umgegangen wird ist kulturell anders als in Europa, der Alltag zwingt auch dazu, denn Hilfe in Form von Medikamenten ist fern, jedenfalls für die Menschen mit kleinem Geldbeutel. So liegt die Lebenserwartung in Tansania beispielsweise bei 48 Jahren, für Frauen darunter.

In Europa zählt nur die medial begleitete Katastrophe, das Fernsehen, das schlimme aber dennoch dem Zuschauer "zumutbare" Bilder präsentiert. Der Alltag, die stille, permanente Katastrophe erscheint nicht im Bild. Welches Bild könnte sie auch einfangen? Und was man nicht sieht, das gibt es nicht. Und was es nicht gibt, für

das kann man kaum Spenden erwarten.

Ein Beispiel: Noelia ist sechs Jahre. Beim Spielen ist sie mit dem Kopf ins Feuer gefallen, das ihre Mut-



ter zum Kochen des Mittagessens angezündet hatte. Ihre Kleider, besonders der Petticoat aus Kunststoff, fing Feuer. Schwere Verbrennungen am ganzen Körper, vor allem am Kopf. Ein Auge ist zerstört. Dem Mädchen wurden die Brandwunden mit Lumpen verbunden. Dann kam sie ins Krankenhaus, die Lumpen wurden entfernt und durch Baumwollwickel ersetzt. Diese verklebten und rissen die

Wunden wieder auf, als nach einer Woche die Verletzungen begutachtet werden sollten. Die Prozedur wiederholte sich. Verbände für Brandwunden gibt es nirgendwo. Augen- und Wundversorgung: Ein Kapitel medizinischer Ohnmacht und Inkompetenz. Wiederherstellende Chirurgie: nur wenn ein Spezialist ins Land kommt und hilft. Und der kommt selten. Ansonsten

bleiben schwerste Entstellungen und Behinderungen zurück und verbauen die Zukunft.

Das Deutsche Medikamentenhilfswerk action medeor e.V. versorgt seit 1964 Gesundheitsstationen weltweit mit hochwertigen Medikamenten. Heute ist die Not- und Katastrophenhilfe ein wichtiger Schwerpunkt geworden. action medeor hat in Dar es

Salaam, Tansania, eine Niederlassung eröffnet. Von hier werden Gesundheitsstationen landesweit mit Medikamenten versorgt- auch mit Schmerzmitteln. Litembo bekommt heute immer wieder Hilfe in Form von Medikamenten. Eine Hilfe, die notwendig ist, weil sie Not wendet. Schmerzlos – das ist ein Langzeit-Programm nicht nur in Tansania. ■

Gelungener Workshop für die Selbsthilfegruppen-Leitungen

Ende September fand in Göttingen ein mehrtägiger Workshop für die Selbsthilfegruppen-Leitungsteams von UVSD SchmerzLOS e. V. statt. Nach einem kurzen Kaffeetrinken im Göttinger Hotel wurde die Gruppe in der Schmerztagesklinik der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) erwartet. Dort stellen Prof. Frank Petzke, der Leiter der Schmerztagesklinik, und Prof. Michael Pflingsten, der Leitende Psychologe dort, ihr multimodales Therapiekonzept vor.

Für die Patienten beginnt es mit einem sog. multimodalen Assessment. Dies beinhaltet die Auswertung von umfangreichen Fragebögen, den Vorbefunden, aber auch eine medizinische Diagnostik, eine psychologische Diagnostik und eine physiotherapeutische Untersuchung. Danach setzt sich das Team zusammen und plant gemeinsam das weitere Vorgehen. Dieses wird dann mit dem Patienten besprochen. Wenn es angezeigt ist, wird der jeweilige Patient über mehrere Wochen tagesklinisch behandelt. Gegenüber einer stationären Therapie hat dieses Vorgehen den Vorteil, dass die Patienten abends wieder im häuslichen Umfeld sind und so auch schon mit der Umsetzung von erlernten

neuen Verhaltensweisen beginnen können.

Die Workshop-Teilnehmer nahmen im Hotel ein Abendessen ein, bei dem viele Gespräche stattfanden. Andrea Freistein aus Lübeck sagte: „Es fühlt sich jedes Mal so an, als wenn wir uns schon lange kennen würden, obwohl unser Kreis immer größer wird und wir auch in diesem Jahr wieder neue Gruppenleiter begrüßen konnten.“

Weiter ging es am nächsten Tag mit einem Vortrag von Holger Braun, Physiotherapeut an der UMG. Er erklärte die Inhalte des physiotherapeutischen Anteils der Schmerztherapie in Göttingen. Danach gab es einen interaktiven Vortrag von Dr. Britta Lambers aus Köln. Die Hochschuldozentin der Fresenius Hochschule Köln machte deutlich, dass wir ständig kommunizieren, es aber auch lohnend ist, über die verschiedenen Komponenten der Kommunikation nachzudenken. Damit können Störungen der Kommunikation erkannt und analysiert werden, damit Missverständnisse eine „Chance zum besseren Verständnis“ des Gegenübers sein können.

Am Nachmittag gab Heike Norda Informationen zum Antragsver-

fahren für den Schwerbehindertenausweis für Schmerzpatienten. Im Anschluss erfolgte die Mitgliederversammlung mit der Vorstandswahl (siehe Bericht auf Seite 15). Die Anwesenden tauschten sich intensiv über den zukünftigen Kurs des Vereins und die angelegten Projekte aus. Abends wurde wieder in gemütlicher Runde geklönt und das Beisammensein gepflegt.

Am Sonntag trainierte Susanne Grebe-Deppe von der Blickwechsel Organisationsberatung die Teilnehmer darin, die Aufgaben in der SHG gerecht zu verteilen. Es ging auch um Bedürfnisse sowie um Konflikte und darum, wie diese in der Gruppe bearbeitet werden können. Martina Wegner aus Berlin sagte zum Abschluss: „Diese Tagung war anstrengend, aber mir hat der Ablauf gut gefallen. Das Programm fand ich sehr anregend, so dass ich vieles mit nach Hause nehme und nun mit meinen Gruppenmitgliedern ausprobieren kann.“

Wir danken der Techniker Krankenkasse, die uns mit ihrem finanziellen Förderbeitrag die Durchführung dieser Veranstaltung ermöglicht hat. ■

Ein neuer – alter Vorstand

Bei der Mitgliederversammlung am 30. September wurden die bisherigen Vorstandsmitglieder Heike Norda (Vorsitzende) und Hartmut Wahl (Stellvertreter) wieder gewählt. Neu im Vorstand ist Dr. Nicolas Jakobs aus Hannover, der sich im folgenden Artikel selbst vorstellt. „Wir sind froh, dass wir jetzt Un-

terstützung im Vorstand haben“, sagte Heike Norda nach der Wahl. Mit Dr. Jakobs wurden bereits Aufgabenbereiche festgelegt, die die einzelnen Vorstandsmitglieder übernehmen.

Weitere Beauftragte des Vorstands ist nach § 30 BGB als besondere Vertreterin des Vereins Dr. Brit-

ta Lambers. Sie hat bereits UVSD SchmerzLOS e. V. auf mehreren Veranstaltungen vertreten und mehrfach in AKTUELL berichtet, so dass sie den regelmäßigen Lesern unserer Zeitschrift bereits bekannt ist. Auch sie stellt sich in einem folgenden Artikel vor.

Neues Vorstandsmitglied: Dr. Nicolas Jakobs



Als ich erfahren habe, dass UVSD SchmerzLOS e. V. korrespondierendes Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft geworden war, war ich spontan von dieser Tatsache begeistert. Ich nahm sofort Kontakt zu Heike Norda auf und wurde Fördermitglied beim Verein. Wir kamen ziemlich schnell zu einer konstruktiven Zusammenarbeit, aus der sich im Rahmen des Aktionstages gegen den Schmerz im Jahre 2016 dann eine SHG in Hannover konstituierte.

Zu meiner Person: Ich bin Facharzt für Anästhesie und habe viele Jahre sowohl im Operations-

saal, auf der Intensivstation aber auch als Notarzt gearbeitet. Im Friederikenstift in Hannover habe ich mit einer kleinen Truppe sehr interessierter Kolleginnen aus der Pflege (Pain Nurses) einen Akutschmerzdienst aufgebaut. Hier arbeiten wir seither für eine leitliniengerechte Versorgung der Patienten mit akuten Schmerzen zum Beispiel nach Operationen. Bei dieser Arbeit sind wir auch viel mit Patienten in Berührung gekommen, die chronische Schmerzen hatten. Bei diesen Patienten funktionierte häufig nicht, was bei den „normalen“ Patienten fast immer eine zumindest zufriedenstellende Schmerzsituation erbrachte. Gut etablierte Therapieschemata waren hier wirkungslos. Was war da los? Weiter fiel uns auf, dass viele Patienten schon durch die Tatsache profitierten, dass wir vom Akutschmerzdienst regelmäßig vorbei kamen und uns nach ihnen erkundigten. Wer die Personalsituation in deutschen Krankenhäusern kennt, weiß wie wenig Zeit Krankenschwestern und Ärzte heute haben, sich auch mal mit einem Patienten länger als 1 bis 2 Minuten zu unterhalten.

Ich ließ mich schließlich zum Schmerztherapeuten ausbilden,

um mehr auch über die Therapie chronischer Schmerzen zu erlernen. Heute arbeite ich auf einer Schmerzstation, auf der eine sogenannte stationäre Multimodale Schmerztherapie durchgeführt wird. Hier setzen die Ärzte nicht nur Medikamente an. Hier wird ärztlich eine sogenannte „pflege-rische Gesprächsführung“ mit den Patienten angeordnet. Aber auch die Ärzte haben mehr Zeit für Gespräche.

Es wurde klar, dass wenn man eine Chance haben will, Menschen mit chronischen Schmerzen zu helfen, dies häufig nicht nur im Vorbeigehen bei der täglichen Visite gelingen kann. In meinen Gesprächen mit Patienten fiel schnell auf, dass nicht nur die Länge der Gespräche sondern auch die Art und Weise der Kommunikation wichtig ist. Viele Patienten waren durch ihre Vorerfahrungen sowohl mit Therapeuten, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften etc. entmutigt, traurig, manchmal sogar aggressiv.

Ich möchte unter anderem versuchen, die Kommunikation zwischen Patienten, Kostenträgern und Ärzten mit meiner Arbeit zu verbessern. ■



Dr. Britta Lambers ist seit 2015 Mitglied im UVSD SchmerzLOS e.V. und seit 2009 chronische

Dr. Britta Lambers unterstützt den Vorstand als Beauftragte gemäß § 30 BGB

Schmerzpatientin. Sie ist beruflich als Naturwissenschaftlerin u.a. im Bereich der Gesundheitsökonomie tätig und hat sich auf das Thema „chronischer Schmerz“ aus ihrem privaten Hintergrund heraus spezialisiert. Zudem ist sie Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und zusammen mit Heike Norda im Arbeitskreis Patienteninformation vertreten. Weiterhin unterstützt Britta Lambers SchmerzLos auf dem Deut-

schen Schmerzkongress in Mannheim am Messestand. „Ich freue mich auf die intensivere Zusammenarbeit mit Heike, Hartmut und Nicolas. Bis hierhin vielen Dank an den Vorstand für die vielen Möglichkeiten des Engagements, z.B. dass ich regelmäßig zum europäischen Kongress SIP im Namen von SchmerzLOS fahren darf. Ich sende herzliche Grüße an alle UVSD SchmerzLOS Mitglieder und wünsche allen eine gute Zeit.“ ■

Der Christbaumständer

Eine etwas andere Weihnachtsgeschichte

Beim Aufräumen des Dachbodens - ein paar Wochen vor Weihnachten - entdeckte ein Familienvater in einer Ecke einen ganz verstaubten, uralten Christbaumständer. Es war ein besonderer Ständer mit einem Drehmechanismus und einer eingebauten Spielwalze. Beim vorsichtigen Drehen konnte man das Lied „O du fröhliche“ erkennen. Das musste der Christbaumständer sein, von dem Großmutter immer erzählte, wenn die Weihnachtszeit herankam.

Das Ding sah zwar fürchterlich aus, doch da kam dem Familienvater ein wunderbarer Gedanke. Wie würde sich Großmutter freuen, wenn sie am Heiligabend vor dem Baum säße und dieser sich auf einmal wie in uralter Zeit zu drehen begänne und dazu „O du fröhliche“ spielte. Nicht nur Großmutter, die ganze Familie würde staunen! Es gelang ihm, mit dem antiken Stück ungesehen in seinen Bastelraum zu verschwinden. Gut gerei-

nigt, eine neue Feder, dann müsste der Mechanismus wieder funktionieren, überlegte er.



Abends zog er sich jetzt heimlich in seinen Hobbyraum zurück, verriegelte die Tür und werkelte. Auf neugierige Fragen

antwortete er immer nur „Weihnachtsüberraschung“. Und siehe da: Kurz vor Weihnachten hatte er es geschafft. Wie neu sah der Ständer aus, nachdem er auch noch einen Anstrich erhalten hatte.

„Jetzt aber gleich los und einen prächtigen Christbaum besorgen“, dachte er. Mindestens zwei Meter sollte der messen. Mit einem wirklich schön gewachsenen Exemplar verschwand der brave Familienvater in seinem Hobbyraum, wo er auch gleich einen Probelauf startete. Es funktionierte alles bestens. Würde Großmutter Augen machen! Endlich war Heiligabend da! „Den Baum schmücke ich alleine“, tönte der Vater. So aufgeregt war er lange nicht mehr. Echte Kerzen hatte er besorgt, alles sollte stimmen.

„Die werden Augen machen“, sagte er bei jeder Kugel, die er in den Baum hing. Der Vater hatte wirklich an alles gedacht. Der Stern von Bethlehem saß oben auf der Spitze, bunte Kugeln, Naschwerk und Wunderkerzen waren

untergebracht, Engelhaar und Lametta dekorativ aufgehängt. Die Feier konnte beginnen.

Der Vater schleppte für Großmutter den großen Ohrensessel herbei. Feierlich wurde sie geholt und zu ihrem Ehrenplatz geleitet. Die Stühle hatte er in einem Halbkreis um den Tannenbaum gruppiert. Die Eltern setzten sich rechts und links von Großmutter, die Kinder nahmen außen Platz. Jetzt kam des Vaters großer Auftritt:

Bedächtig zündete er Kerze für Kerze an, dann noch die Wunderkerzen. „Und jetzt kommt die große Überraschung“, verkündete er, löste die Sperre am Ständer und nahm ganz schnell seinen Platz ein.

Langsam drehte sich der Weihnachtsbaum, hell spielte die Musikwalze „0 du fröhliche“. War das eine Freude! Die Kinder klatschten vergnügt in die Hände. Oma hatte Tränen der Rührung in den Augen. Immer wieder sagte sie: „Wenn Großvater das noch erleben könnte, dass ich das noch erleben darf.“ Mutter war stumm vor Staunen.

Eine ganze Weile schaute die Familie beglückt und stumm auf den sich im Festgewand drehenden Christbaum, als ein schnarrendes Geräusch sie jäh aus ihrer Versunkenheit riss. Ein Zittern durchlief den Baum, die bunten Kugeln klirrten wie Glöckchen. Der Baum fing an, sich wie verrückt zu drehen. Die Musikwalze hämmerte

los. Es hörte sich an, als wollte „0 du fröhliche“ sich selbst überholen. Mutter rief mit überschnappender Stimme: „So tu doch etwas!“ Vater saß wie versteinert, was den Baum nicht davon abhielt, seine Geschwindigkeit zu steigern. Er drehte sich so rasant, dass die Flammen ihren Kerzen hinterherwehten. Großmutter bekreuzigte sich und betete. Dann murmelte sie: „Wenn das Großvater noch erlebt hätte.“

Als erstes löste sich der Stern von Bethlehem, sauste wie ein Komet durch das Zimmer, klatschte gegen den Türrahmen und fiel dann auf Felix, den Dackel, der dort ein Nickerchen hielt. Der arme Hund flitzte wie von der Tarantel gestochen aus dem Zimmer in die Küche, wo man von ihm nur noch die Nase und ein Auge um die Ecke schielen sah. Lametta und Engelhaar hatten sich erhoben und schwebten wie ein Kettenkarussell am Weihnachtsbaum.

Vater gab das Kommando „Alles in Deckung!“.

Ein Rauschgoldengel trudelte losgelöst durchs Zimmer, nicht wissend, was er mit seiner plötzlichen Freiheit anfangen sollte. Weihnachtskugeln, gefüllter Schokoladenschmuck und andere Anhängsel sausten wie Geschosse durch das Zimmer und platzten beim Aufschlagen auseinander.

Die Kinder hatten hinter Groß-

mutter Sessel Schutz gefunden. Vater und Mutter lagen flach auf dem Bauch, den Kopf mit den Armen schützend. Mutter jammerete in den Teppich hinein: „Alles umsonst, die viele Arbeit, alles umsonst!“ Vater war das alles sehr peinlich. Oma saß immer noch auf ihrem Logenplatz, wie erstarrt, von oben bis unten mit Engelhaar und Lametta geschmückt. Als gefüllter Schokoladenbaumschmuck an ihrem Kopf explodierte, registrierte sie trocken „Kirschwasser“ und murmelte: „Wenn Großvater das noch erlebt hätte!“ Zu allem jaulte die Musikwalze im Schlupfakkord „0 du fröhliche“, bis mit einem ächzenden Ton der Ständer seinen Geist aufgab.

Durch den plötzlichen Stopp neigte sich der Christbaum in Zeitlupe, fiel aufs kalte Buffet, die letzten Nadeln von sich gebend. Totenstille! Großmutter, geschmückt wie nach einer New Yorker Konfettiparade, erhob sich schweigend. Kopfschüttelnd begab sie sich, eine Lamettagirlande wie eine Schleppe tragend, auf ihr Zimmer. In der Tür stehend sagte sie: „Wie gut, dass Großvater das nicht erlebt hat!“ Mutter, völlig aufgelöst zu Vater: „Wenn ich mir diese Bescherung ansehe, dann ist deine große Überraschung wirklich gelungen.“ Nur der kleine Andreas meinte: „Du, Papi, das war echt stark! Machen wir das jetzt Weihnachten immer so?“ ■

Es ist ein Gesetz im Leben:

Wenn sich eine Tür vor uns schließt, öffnet sich eine andere.
Die Tragik jedoch ist, dass man meist nach der geschlossenen
Tür blickt und die geöffnete nicht beachtet.

Andre Gidé
franz. Schriftsteller

Ökonomie vs. Patientenwohl

Klinikärzte geraten zunehmend unter Druck; sie müssen sich entscheiden, ob sie gemäß dem Genfer Gelöbnis ihr medizinisches Wissen zum Wohle der Patienten einsetzen, oder ob sie sich dem Druck der zunehmenden Ökonomisierung in der Krankenhausmedizin beugen. In diesem Spagat zwischen Geld und Gesundheit verlieren viele Ärzte das Vertrauen in die ethische und medizinische Korrektheit der stationären Medizin.

Nach einer Studie, die der Gesundheitsforscher Prof. Karl-Heinz Wehkamp vom Socium Forschungszentrum der Universität Bremen und der ehemalige Klinikmanager Professor Heinz Naegler im November 2017 in Bremen vorgestellt haben, glauben die Ärzte offenbar selbst immer seltener an das, was sie tun. Grund: Der ökonomische Druck zwingt sie immer häufiger, ihre Patienten nach wirtschaftlichen Kriterien zu behandeln.

In der genannten Studie wurden 61 qualitative Interviews mit Ärzten und Geschäftsführern verschiedener Krankenhäuser geführt, und in schriftlichen Befragungen, Diskussionsveranstaltungen sowie Podiumsdiskussionen die Gründe und Abgründe der Ökonomisierung der Krankenhausmedizin ausgelotet: Da werden Patienten mit Beckenbruch nach Hause geschickt, weil ihre Behandlung nicht lukrativ genug ist, berichteten Interviewpartner.

In einem Krankenhaus schlug der Radiologe vor, bei sämtlichen Patienten ab einem bestimmten Alter die Hüften zu röntgen. In einem Interview berichteten Ärzte, der leitende Kardiologe sei durch die Stationen gezogen und habe verlangt, Patienten auch bei geringsten Anlässen zur Herzkatheter-Untersuchung anzumelden.

"Wer von den Assistenzärzten das nicht machte, bekam Ärger", heißt es. In einer anderen Klinik soll der Chef Kaiserschnitte vorgezogen haben, weil auf der Neonatologie Betten frei waren. "So etwas müsste man eigentlich anzeigen", kommentiert Wehkamp. In wieder einem anderen Haus kommt der Geschäftsführer im Spätsommer auf die Ärzte zu und beklagt, "dass wir noch 50 künstliche Hüften am Lager haben. Die müssen bis Weihnachten weg!", zitierte Wehkamp. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) meldet verständlicher Weise Kritik an der Studie an. Sie sei nicht repräsentativ. Die Autoren wollten lediglich öffentlich Aufmerksamkeit erregen, so DKG-Geschäftsführer Georg Baum. Der Präsident der Bundesärztekammer Professor Frank Ulrich Montgomery forderte dagegen unter anderem, Krankenhausärzte stärker als bisher an der Betriebsführung zu beteiligen. "Patienten sind keine Kunden und Ärzte keine Kaufleute", kommentiert Montgomery die Studie. "Dabei muss es bleiben."

Wehkamp räumt aber auch ein, dass die Interview-Ergebnisse die Versorgungsrealität in deutschen Kliniken nicht eins zu eins abbilden. "Wir haben immer noch eines der besten Gesundheitssysteme der Welt." So seien die angezeigten Missstände nicht die Regel. "Aber sie kommen zunehmend vor." Die Prinzipien der Patientenautonomie und das Gebot, nicht zu schaden, würden verletzt.

Unter den geschilderten Bedingungen leiden nicht nur die Patienten, sondern auch ihre Ärzte. Denn mit vielen der angesprochenen Probleme werden sie alleine gelassen. "Viele Geschäftsführer dürfen oder wollen bestimmte Dinge nicht wissen, die auf den Stationen passie-

ren", so Wehkamp. "Etwa wenn die Dauer einer künstlichen Beatmung verlängert wird, um eine höhere DRG^{*)} auszulösen."

Als Endergebnis werden die Ärzte das Dilemma mit sich selbst ausmachen müssen, denn wegen der Schweigepflicht dürfen sie sich auch nicht an die Öffentlichkeit wenden. Kein Wunder, dass die Situation sich auch auf ihre Gesundheit auswirkt. So wird ein Arzt in dieser Studie zitiert, der von psychischen Zusammenbrüchen junger Kollegen berichtet, vom Tinnitus eines zweiten, einem Hörsturz und hypertensiven Krisen einer dritten Kollegin – "das war so die letzten 1,5 Jahre".

Die Studienleiter ließen keinen Zweifel daran, dass es mehr Geld für die Kliniken bedarf, um die Situation zu verbessern. Sie schlugen aber auch vor, erneut über Priorisierung medizinischer Leistungen nachzudenken.

Außerdem bräuchten Kliniken einen Kodex, der die Patientenautonomie und das Prinzip des Nicht-Schadens garantiert. Wehkamp: "Vor allem kann es nicht sein, dass in den Krankenhäusern der Kaufmann die letzten Entscheidungen trifft."

Karl Naegler, Karl-Heinz Wehkamp: Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung, Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Erscheinungsdatum: voraussichtlich Januar 2018.

Quelle: Ärzte Zeitung

^{*)}Diagnosis Related Groups sind ein Klassifikationssystem, das Patienten nach bestimmten Kriterien gemäß ICD 10 in Gruppen zusammenfasst. Die Gruppen enthalten Fälle, die einen ähnlichen Behandlungsaufwand aufweisen und die anhand eines Organsystems oder einer Krankheitsursache abgegrenzt werden können. (arztwiki.de)

Aus unserer Schreibwerkstatt

Cannabis : Wirklich für jeden Schmerzpatienten?

Autorin: MarTina Wegner, SHG Berlin Havelhöhe

Im Oktober 2017 hatte unsere SchmerzLOS-Selbsthilfegruppe Berlin-Kladow den Leitenden Oberarzt der Integrativen Schmerzstation des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe in Berlin-Kladow, Herrn Dr. Sven Felix Sommer, eingeladen, um mit ihm u.a. über den Einsatz von Cannabinoiden zu diskutieren.

Nach einer sehr umfassenden, informativen Einführung in die Schmerzmedizin und das multimodale Therapiekonzept in Havelhöhe, wurde über das immer aktueller werdende Thema Cannabis referiert. Die Historie der Hanfpflanze sowie die unterschiedlichen Wirkstoffe (Cannabinoiden) wurden angesprochen. Von diesen stehen THC (Tetrahydrocanna-

binol) und CBD (Cannabidol) im Behandlungsmittelpunkt.

Unter anderem wurden einige Studien und Statistiken angesprochen, deren Fazit sich folgendermaßen darstellt: Die Evidenz zeigt sich fast ausschließlich bei neuropathischen Schmerzen und neurologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Multiple Sklerose.

Auch über die Behandlung mit den Medikamenten Sativex und Dronabinol wurde unter den Gruppenteilnehmern gesprochen. Das Procedere von der Verordnung über das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen und der Vorfinanzierung bis zur ersten Einnahme wurde ausführlich diskutiert. Auch über die Wirksamkeit und Dosie-

rung konnten wir viel erfahren.

Unser Fazit nach einem interessanten Austausch war, dass jeder Mensch individuell ist und Studien sowie Statistiken nicht immer maßgeblich für das eigene Wohlbefinden sind.

Nach einigen schmerzspezifischen Fragen an Herrn Dr. Sommer, welche er kompetent beantwortete, ging ein angenehm bereichernder Abend zu Ende, an dem wir außerdem zwei neue Teilnehmer begrüßen durften.

Herr Dr. Sommer, der übrigens ein neues Mitglied der UVSD SchmerzLOS e.V. wurde, bot erfreulicherweise an, weitere Info-Abende dieser Art mit unserer Gruppe zu veranstalten.

Medikamentenabhängigkeit nicht nur im fortgeschrittenen Alter

Autorin: MarTina Wegner, SHG Berlin Havelhöhe

Als Schmerzpatienten ist uns das Thema Medikamentenabhängigkeit leider geläufig. Ursache für den Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential sind meist chronische Schmerzen, Muskelverspannungen, seelische Probleme, Schlafstörungen und soziale Isolation.

Doch die mit der Medikamentenanwendung verbundenen Hoffnungen können trügerisch sein, denn selbst bei bestimmungsgemäßer Anwendung können die Neben- und Wechselwirkungen die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.

Problematischen Medikamente sind u.a. Psychopharmaka, Opiate und Benzodiazepine, die z. B.

in diesen Medikamenten enthalten sind: Tavor, Tramadol, Fentanyl, Diazepam, Oxazepam.

Bei älteren Menschen wirken Psychopharmaka anders. Sie werden langsamer im Körper abgebaut, da Nieren und Leber eingeschränkter funktionieren als bei jungen Menschen. Auch das zentrale Nervensystem reagiert im Alter oft sensibler auf die Wirkstoffe. Die Folgen einer nicht sachgemäßen Anwendung von Psychopharmaka können u.a. sein: erhöhte Schläfrigkeit, Schwindel und damit verbundene Sturzgefahr, zunehmende Teilnahmslosigkeit, Verwahrlosung, Abnahme der kognitiven Leistungen, Vergesslichkeit, Koordinationsstörungen sowie atemdepressive Wirkung.

Die Abhängigkeitsentwicklung verläuft individuell und bei jedem Menschen anders. Es gibt viele suchtfördernde Faktoren, wie z.B. fehlende Zuwendung und der Verlust sozialer Bindungen. Die Abhängigkeit entwickelt sich meist unbemerkt, da die Symptome denen der normalen Alterungserscheinungen (z.B. zunehmende Vergesslichkeit, Müdigkeit) ähneln.

Auch hier könnte neben ärztlicher, therapeutischer und psychologischer Behandlung die Selbsthilfegruppe ein weiterer Fels in der Brandung sein.

Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

„Patientenorientierung ist keine Einbahnstraße“

Das schrieb der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Prof. Dr. Martin Schmelz, in der Zeitschrift „Der Schmerz“, Heft 6, Oktober 2017. UVSD SchmerzLOS e. V. ist korrespondierendes Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. Er berichtet darüber, dass ein gemeinsames Gespräch im Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Überarbeitung der Versorgungsmedizin-Verordnung stattgefunden hat (wir berichteten in SchmerzLOS AKTUELLE 3/2017). Die Überarbeitung, die weiterhin nicht öffentlich ist, nimmt Bezug auf wissenschaftli-

che Vorarbeiten, besonders auch auf die Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Diese Leitlinie wurde nicht mit Patientenvertretern gemeinsam konsentiert, obwohl bei der Entwicklung von Leitlinien nach dem AWMF-Standard (AWMF=Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) die von den Empfehlungen betroffenen ärztlichen Fachgebiete, Gesundheitsberufe und Patienten einzubeziehen sind. Demnach soll also die Patientenperspektive einbezogen werden. Dies ist bei der o.g. Leitlinie „Begutachtung“

nicht geschehen, obwohl Vertreter von UVSD SchmerzLOS e. V. dies mehrfach angemahnt hatten. Die Begründung für die Nichteinbeziehung der Patientenperspektive lautete, dass es sich um eine Handlungsanweisung für medizinische Sachverständige handeln würde.

Bei der Erstellung anderer AWMF-Leitlinien sind bzw. waren Vertreter von UVSD SchmerzLOS e. V. eingebunden, z. B. bei der Leitlinie LONTS (Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen).

Zentrum für seltene Erkrankungen

Das Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen (MZCSE) bildet die Dachstruktur von derzeit 13 Kompetenzcentren im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), die sich durch eine besondere klinische und wissenschaftliche Expertise im Bereich der seltenen Erkrankungen ausweisen. Darüber hinaus ist das MZCSE auch Kontaktstelle für Patienten mit komplexen und undiagnostizierten Erkrankungen.

National Bone Board (NBB) am UKE
Das NBB dient der strategischen Vernetzung der in Deutschland an verschiedenen Standorten vorhandenen osteologischen Expertise, um seltene Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems im Verbund gemeinsam identifizieren, charakterisieren und nachfolgend optimal therapieren zu können. Dazu ist die intensiviertere Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche wie der Osteologie, der Genetik und Molekularbiologie sowie der Pathologie und Ra-



diologie dringend erforderlich. Neben der koordinativen Funktion kommt dem National Bone Board auch die Aufgabe der vollständigen und nachhaltigen Dokumentation sowie der prospektiven Erfassung dieser seltenen und sehr individuellen Krankheitsverläufe zu. Das National Bone Board dient dabei gleichermaßen als Anlaufstelle für ärztliche Kolleginnen und Kollegen als auch für Betroffene und / oder deren Angehörige.

Achim (52) ist Patient im Martin-Zeitz-Zentrum. Im NBB

(National Bone Board) des UKE Hamburg konnte seine seltene Knochenkrankheit mit modernen Methoden diagnostiziert werden. Er sagte zu SchmerzLOS AKTUELLE: „Ich fühle mich hier in guten Händen. Endlich konnten meine vielfältigen Symptome einer Krankheit zugeordnet werden. Die Mitarbeiter hier helfen mir dabei, meine Krankheit zu verstehen und zu bewältigen. Bezüglich der Schmerzen haben sie mir geraten, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe von UVSD SchmerzLOS e. V. aufzunehmen. Dort fühle ich mich wohl, denn uns Betroffene verbindet, dass wir alle Schmerzpatienten sind. Für mich ist es zweitrangig, aus welchem Grund jemand chronische Schmerzen hat, denn wir müssen ja alle lernen, damit umzugehen. Ich rate jedem, der Symptome einer seltenen Erkrankung hat, sich damit in fachkundige Hände zu begeben.“

Im neu gegründeten Patientenbeirat des MZCSE arbeiten auch Mitglieder von UVSD SchmerzLOS e. V. mit. ■



Für Sie gelesen

Die Ruhe im Wasserglas Entspannung- und Trancege- schichten, die Seele und Körper harmonisieren von Daniel Wilk

„Die Ruhe im Wasserglas“ ist eine Sammlung entspannender Trance- Geschichten des erfahrenen Hypnotherapeuten Daniel Wilk. Handverlesen aus seinem umfangreichen Geschichtenfundus, helfen sie dabei, die eigene Kreativität zu erweitern, mit allen Sinnen das Leben zu genießen, Heilkräfte anzusprechen, Gefühle wahrzunehmen oder den Schlaf zu verbessern.

Das Besondere an den Geschichten sind die Wirkungen, die sie im Unbewussten entfalten. Beim Lesen oder Hören lernt man, körperliche und psychische Vorgänge zu beeinflussen, die normalerweise nicht bewusst gesteuert werden. Mit der Zeit spürt man aus sich selbst heraus, was einem guttut, und beginnt sich mehr und mehr danach zu richten.

Ganz gleich, ob selbst gelesen oder vorgelesen: Ruhe und Ausgeglichenheit nehmen zu.

ISBN 978-3-89670-872-4, 2. Aufl.
2015, Carl- Auer Verlag, 17,95 €

Nachrichten aus der Geschäftstelle:

Leider passiert es immer wieder mal, dass unsere Nachrichten, die wir per M@il versenden, die Empfänger nicht erreichen, weil sich die Adressen geändert haben. Darum unsere Bitte: Teilen Sie uns Änderungen Ihrer M@il- und Postadresse rechtzeitig mit, damit wir Sie immer auf dem Laufenden halten können.

Machen Sie auch Gebrauch von unserem Newsletter-Service. Tragen Sie sich dafür unter www.schmerzlos-ev.de im Menüpunkt Newsletter ein, und Sie erhalten automatisch unseren Newsletter per E-Mail zugesandt. Wenn Sie keine Mail-Adresse haben, schreiben sie uns, und Sie erhalten den Newsletter per Post zugesandt.

Immer wieder erreichen unsere Redaktion Fragen nach Möglichkeiten, sich aktiv an der inhaltlichen Gestaltung von SchmerzLOS AKTUELL zu beteiligen. Diesem Wunsch kommen wir gerne nach und bitten um Ihre Beiträge.

Schreiben Sie an info@schmerzlos-ev.de oder per Briefpost an
UVSD SchmerzLOS e.V.
Ziegelstraße 25a
23556 Lübeck

Leser schreiben

Liebes SchmerzLOS-Team,
vielen Dank für die tolle Zeitschrift, die ich immer gern lese. Gern will ich berichten, dass es mir bei meinen Fibromyalgieschmerzen hilft, wenn ich alle ein bis zwei Tage Nordic Walking mache. Dadurch komme ich an die frische Luft und kann im Wald auch die unterschiedlichen Jahreszeiten sehen, ich höre die Vögel, ich genieße die frische Luft. Außerdem habe ich gelernt, meine persönlichen Grenzen besser zu erspüren und möglichst nicht zu überschreiten. Das gelingt mir noch nicht immer, aber ich arbeite daran. Es ist sowohl in meinem Beruf als auch in der Familie schwierig, weil ich eigentlich hilfsbereit bin. So lerne ich, auch mal „nein“ zu sagen, wenn ich um etwas gebeten werde, das mir voraussichtlich zu viel werden wird.

Gern würde ich auch wissen, wie andere Leser mit ihren Schmerzen umgehen!

Herzliche Grüße
Eure Marlen

**Eine Stunde konzentrierter Arbeit hilft mehr,
deine Lebensfreude anzufachen,
deine Schwermut zu überwinden
und dein Schiff wieder flott zu machen,
als ein Monat dumpfen Brütens.**

Benjamin Franklin
amerikanischer Staatsmann und Schriftsteller
1706 – 1790

Impressum

SchmerzLOS AKTUELL

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

Erscheint vierteljährlich

Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten

Herausgeber: UVSD SchmerzLOS e.V.

Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck

fon 0451 - 5854 4625 | fax 0451 - 5854 4626

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

Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

Titelbild: Syda Productions/fotolia

S. 3: Tatjana Balzer/fotolia

S. 7: Alexander Rath/fotolia

S. 8: alphaspirt/fotolia

S. 9: Christine Wulf/fotolia

S. 10: PhothoSG/fotolia

S. 11: Privat

S. 12: Privat

S. 15: by-studio/fotolia

S. 19: Rike/pixelio

- Bitte senden Sie mir die unten angekreuzten Info-Materialien an meine Adresse:
3 Euro in Briefmarken sind beigelegt.

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

- Aktivitätentagebuch
- Faltblatt „Schwerbehindertenausweis“
- Faltblatt „Selbsthilfegruppen gründen und leiten“
- Faltblatt „Schmerzen verstehen“
- Faltblatt „Kopfschmerzen verstehen“
- Patientenpass für Schmerzpatienten
- Opioidausweis für Schmerzpatienten

Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

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 11.06.2015 für den Veranlagungszeitraum 2014 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftssteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuer-gesetzes 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 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 unter www.schmerzlos-ev.de/über-uns/selbstverpflichtungs-erklärung/



**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**

Unsere Förderer:



**Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe (BUND)**



BARMER

Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

Ort / Termin	Kontakt
53604 Bad Honnef Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Bad Honnef Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
14089 Berlin Jd. 1. Mittwoch 17 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin Jd. 3. Dienstag 12:15 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
10249 Berlin Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
85435 Erding nächstes Treffen: Bitte anfragen 11 Uhr	SchmerzLOS SHG Erding fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
79098 Freiburg Termine bitte anfragen	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
37075 Göttingen Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
22417 Hamburg I Jd. 4. Mittwoch 18 Uhr	Silke Mattke fon 0176 - 5681 1686 silke.mattke@freenet.de
22525 Hamburg II Jd. 2. Mittwoch 17 Uhr	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg III Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
30169 Hannover Jd. 2. Freitag 18 Uhr	Carola Siglreithmaier fon 0170 - 494 7350 schmerzlos-shg-hannover@email.de
21698 Harsefeld Jd. 4. Donnerstag 18:30 Uhr	Sabine Linngrön fon 04166 - 848 348 linnroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de
45699 Herten Jd. ltzt. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Herten fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
07747 Jena Jd. 1. Montag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Jena fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
76133 Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de

Ort / Termin	Kontakt
24149 Kiel Termin bitte anfragen	Christine B. fon 0431 - 545 8505 info@kiel.schmerzlos-ev.de
51109 Köln Jd. 4. Donnerstag 18 Uhr	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
23560 Lübeck I Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck II Jd. 2. Dienstag 18 Uhr	Andrea Freistein fon 01577 - 1960 417 freistein@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck III Jd. 3. Dienstag 17 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
84453 Mühldorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Stephanie Breitenreicher CRPS-Gruppe fon 01579 - 2317200 muehldorf@crps-miteinander-bayern.de
80339 München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Nils Stefan Güthlein CRPS-Gruppe fon 01579 - 2330100 muenchen@crps-miteinander-bayern.de
24534 Neumünster Jd. 1. Montag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24837 Schleswig Jd. 2. Donnerstag 16:30 Uhr	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 c.doormann-erken@gmx.de
58239 Schwerte I Jd. ltzt. Montag 17:30 Uhr	Jürgen Pape fon 02304 - 237 30 27 j.pape-do@t-online.de
58239 Schwerte II Jd. 1. Dienstag 17:30 Uhr	Martin Münsterteicher fon 02301 - 48 63 martin@schwerte.schmerzlos-ev.de
58239 Schwerte III Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
49439 Steinfeld Freitags, 19 Uhr gen. Termin anfr.	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com

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. 