

SchmerzLOS 

AKTUELL

1/2019

## PHYSIOTHERAPIE BEI SCHMERZ



**CRPS - Chronisches Regionales Schmerzsyndrom**

**Schmerzmittel und ihre Gefahren**

**Operieren oder sprechen?**

## Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Titelthema in diesem Heft beschäftigt sich mit Physiotherapie bei Schmerz. Wir wissen alle, dass Bewegung gut tut, gerade auch bei Schmerz. Dazu bedarf es, zumindest am Anfang, der Anleitung durch Fachkräfte. Nutzen Sie diese vielfältigen Möglichkeiten, um in Bewegung zu bleiben!

Unsere Artikelserie zur CRPS-Erkrankung setzen wir mit der Diagnostik dieser Erkrankung mit den vielen Gesichtern fort. Dazu stellt sich auch eine CRPS-Selbsthilfegruppe von UVSD SchmerzLOS e. V. vor. Betroffene können Mut schöpfen, wenn sie sich die Aktivitäten dieser Gruppe anschauen.

Weitere Schwerpunkte widmen sich den Gefahren von Schmerzmitteln und der Frage, ob Patienten sich bei Beschwerden schnell operieren lassen sollten bzw. ob manchmal eine zweite Meinung sinnvoll sein kann. Ganz konkret gefragt: Operieren oder über die Gesundheitsstörung sprechen, abwarten und sich bewegen? Zugegeben, eine etwas provokative Frage, denn viele Patienten wünschen sich eine schnelle Lösung ihres gesundheitlichen Problems, noch dazu möglichst auch ohne eigene Anstrengung. Lesen Sie selbst, welche Auswirkungen bestimmte Abrechnungsvarianten haben können – und entscheiden Sie dann für sich selbst.

Werden oder bleiben Sie aktiv!

Ihre



Heike Norda  
1. Vorsitzende



## Inhalt

CRPS - Chronisches Regionales Schmerzsyndrom	3
Hallo miteinander - Eine Selbsthilfegruppe stellt sich vor	5
Chance für Schmerztherapie	6
Schmerzmittel und ihre Gefahren	7
Operieren oder sprechen?	10
Kommentar zum Artikel: »Sprechen oder operieren«	12
Neue Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft	13
Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet	13
Was ist Physiotherapie, und was kann ich selbst für mich tun?	14
Tipps für den Umgang mit chronischen Schmerzen	19
Eine der besten Erfindungen der Menschheit	20
Die Geschichte vom reichen Mann	21
Gute Laune essen	22
Rationierung der Medizin	23
Rätsel-Ecke	24
Impressum	26
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	28

# CRPS

## Chronisches Regionales Schmerzsyndrom

### Schwierige Diagnose einer Krankheit mit vielen Gesichtern

Die Erkrankung CRPS (Chronisches Regionales Schmerzsyndrom) erzeugt für die Betroffenen eine zum Teil extrem schmerzhaft und die Bewegung einschränkende, aber auch extrem verunsichernde Situation. Verunsicherung bewirken die doch sehr befremdlichen Veränderungen an den betroffenen Körperteilen, aber auch die alarmierenden Schmerzen. Andererseits können die zum Teil mangelhafte Kenntnis dieses Krankheitsbildes auf Seiten der Ärzte und Therapeuten sowie unterschiedlichste therapeutische Maßnahmen zusätzlich für Unsicherheit sorgen.

Wie in der Ausgabe 1/2018 von „SchmerzLOS AKTUELL“ bereits angesprochen, ist es von Nutzen, die Diagnose CRPS frühzeitig zu stellen, da auf diese Weise zügig eine spezifische Therapie eingeleitet und damit einer Chronifizierung der Schmerzerkrankung entgegengewirkt und eine bestmögliche Funktion wiederhergestellt werden kann.

Hier ergibt sich jedoch das Problem, dass die Diagnose „CRPS“ nicht ganz einfach durch einen Laborwert, ein Röntgenbild oder aber eine andere apparative Untersuchung sicher nachzuweisen ist. So gibt es bisher keine derartige Untersuchungsmethode, die das Vorliegen eines CRPS sicher ausschließen kann. Auch ähneln die Symptome eines CRPS teilweise denen eines „normalen“ Heilungsverlaufs zum Beispiel nach einem Armbruch (Schmerzen, Schwellung, Bewegungseinschränkung). Häufig werden die vom Patienten geäußerten Symptome also nicht rechtzeitig

als Zeichen eines CRPS gedeutet, werden als „verzögerte Wundheilung“ bzw. „Infektion“ gedeutet, oder aber, da ja nicht selten die geschilderten Symptome vom Chirurgen nicht objektiv nachvollzogen werden können, dem Patienten wird unterstellt, „psy-

Lokalisation der ursprünglichen Verletzung (z.B. der gebrochene Unterarm) überschritten hat. In manchen Fällen wurde zunächst eine Revisions-Operation durchgeführt, bevor dann endlich ein Spezialist die Diagnose stellte. Der erste wichtige Schritt zur Dia-



Vasomotorische Veränderungen zeigen sich in der Hautdurchblutung, die zu einer veränderten Hauttemperatur und Färbung führen, wenn man diese mit der anderen, gesunden Seite vergleicht.

chisch überlagert“ zu sein. Auch andere Faktoren können zu einer verspäteten Diagnose führen. Obwohl ausführliche klinische Beschreibungen des Syndroms seit mehr als 100 Jahren vorliegen, war das CRPS immer Gegenstand von Diskussionen und wurde von vielen Ärzten bezweifelt oder ignoriert. Außerdem werten manche Ärzte das Ausbleiben eines normalen Heilungsverlaufs als persönliches Versagen und sind möglicherweise deshalb nicht in der Lage, zu erkennen, dass ein Krankheitsbild vorliegt, welches das Spielfeld der eigenen Fachdisziplin (Chirurgie) und die

gnosestellung und damit zur Einleitung einer adäquaten Therapie ist...

...daran zu denken.

#### Wie stellt man jetzt die Diagnose CRPS mit einer ausreichenden Sicherheit?

In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene Diagnosekriterien erarbeitet und in mehreren Expertenkonferenzen auf ihre Gültigkeit überprüft. Man einigte sich letztlich auf ein Vorgehen zur Diagnosestellung, welches allein auf der Basis von Anamnese, also vom Betroffenen beschriebene Beschwerden, und klinischen

Symptomen, also vom Untersucher nachvollziehbaren Befunden, basiert. Man teilte die bei CRPS-Erkrankungen häufig auftretenden Beobachtungen und Symptome in vier Kategorien ein:

### 1. Sensorische Veränderungen

Eine veränderte schmerzhaft Wahrnehmung von Berührungs- und Schmerzreizen. Hierbei ist Allodynie ein Phänomen, bei dem eigentlich nicht schmerzhaft Reize wie leichte Berührungen schmerzhaft wahrgenommen werden. Hier kann schon eine leichte windige Brise oder Kleidung auf dem betroffenen Körperteil als äußerst schmerzhaft empfunden werden. Weiter sind häufig leichte Schmerzreize wie ein Piksen mit einem Zahnstocher unverhältnismäßig stark schmerzhaft (Hyperalgesie).

### 2. Vasomotorische Veränderungen

Hier sind Veränderungen der Hautdurchblutung gemeint, die zu einer veränderten Hauttemperatur und Färbung führen, wenn man diese mit der anderen, gesunden Seite vergleicht.

### 3. Sudomotorische und ödematöse Veränderungen

Veränderung der Schweißneigung (Sudor= lateinisch für Schweiß) und eine Schwellung (altgriechisch-oidēma) sind häufige Symptome, die man beim CRPS beobachten kann.

### 4. Motorische und trophische Veränderungen

Schwäche, Zittern, Verkrampfungen und andere Bewegungsstörungen sind Störungen der Motorik, die man bei einem CRPS teilweise beobachtet. Zudem werden oft ein verändertes Haar- oder Nagelwachs-

tum beschrieben oder festgestellt. Die klinische Diagnose eines CRPS kann man gemäß den sogenannten Budapester Kriterien mit ausreichender Sicherheit stellen, wenn

- dauerhaft Schmerzen bestehen, die durch das ursprünglich auslösende Trauma nicht ausreichend erklärlich sind.
- bei der Befragung des Betroffenen (Anamnese) mindestens ein Symptom aus 3 der 4 oben genannten Kriterien vorhanden ist.
- bei der Untersuchung des Betroffenen mindestens ein Befund aus 2 der 4 oben genannten Kriterien nachweisbar ist.
- keine andere Erklärung (Differenzialdiagnose) nachweisbar ist.

Die Symptomatik eines CRPS kann unter anderem durch Durchblutungsstörungen, Knochenerkrankungen, Nervenerkrankungen /-schädigungen, entzündliche Erkrankungen oder Infektionen verursacht werden.

Häufig findet man zu den oben angegebenen Beschwerden auch Körperwahrnehmungsstörungen („Neglect-like-symptoms“), die Betroffene und Therapeuten gleichsam verunsichern.

Die häufig verwendeten zusätzlichen Untersuchungen können teilweise die Diagnose zudem untermauern. Das Vorliegen eines CRPS kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, wenn ein Befund negativ ausfällt.

Man kann mit der sogenannten 3-Phasen-Szintigraphie die Diagnose CRPS bestätigen. Hier wird dem Patienten ein radioaktiver Stoff verabreicht, dessen Anreicherung im Körpergewebe dann nach unterschiedlichen zeitlichen Abständen gemessen wird. Wenn sich

in der „Spätphase“ eine sogenannte „bandenförmige Anreicherung“ zeigt, kann die Diagnose „CRPS“ als wahrscheinlich betrachtet werden, aber wenn man hier nichts Auffälliges nachweisen kann, könnte dennoch ein CRPS vorliegen.

Auch können bei manchen Patienten in konventionellen Röntgenaufnahmen gelenknah Minderungen der Knochensubstanz nachgewiesen werden. Können diese aber nicht nachgewiesen werden, kann dennoch ein CRPS vorliegen.

Neurologische Untersuchungen können bei der Unterscheidung in das sogenannte CRPS Typ 1 (ohne nachweisbare Nervenschädigung) oder Typ 2 (mit Nervenschaden) helfen.

In manchen Zentren werden Regionalanästhesien oder gar Narkoseuntersuchungen durchgeführt, um nachzuweisen, dass keine Kontraktionen vorliegen, da man meint, damit ein CRPS ausschließen zu können. Dieses ist aber ein Trugschluss, da echte Kontraktionen (Verkürzungen von Sehnen und Bändern an den Gelenken mit daraus folgenden Fehlstellungen) bei einem CRPS erst im Verlauf auftreten und die Fehlhaltung der Hand oder des Fußes durch eine fehlerhafte Nervenfunktion verursacht wird.

Wichtig ist es, dass man bei der Erstdiagnose eines CRPS die vom Untersucher gemachten Befunde schriftlich festhält/festhalten lässt, da sich das Krankheitsbild im Verlauf verändern kann und manche objektivierbare Veränderungen wie verändertes Haarwachstum und Hautdurchblutung nachlassen mögen, wobei die Schmerzen weiter bestehen. Hier hilft eine gute Dokumentation bei Diagnosestellung oft im Verlauf, wenn dann die Diagnose in Zweifel gezogen wird.

*Autor: Dr. Nicolas Jakobs*



# Eine Selbsthilfegruppe stellt sich vor

**H**allo miteinander, mein Name ist Steffi und ich bin seit 7 Jahren an CRPS erkrankt. Um mich und meine Erkrankung bzw. die Symptome besser verstehen zu können, habe ich mich vor 3 Jahren auf die Suche nach anderen Mitbetroffenen gemacht. Ich erhoffte mir, durch die Erfahrung von anderen besser mit meiner Erkran-



Krankenbesuch der SHG crps-miteinander München mit Besuch des Aktionstag gegen den Schmerz

kung umgehen zu können und somit meine Lebensqualität zu steigern. Da es damals in Bayern noch keine Selbsthilfegruppe für CRPS-Betroffene gab, habe ich mich dazu entschlossen, bei der

Gründung einer Selbsthilfegruppe mitzuwirken. Mittlerweile begleite ich die Gruppen crps-miteinander Mühldorf und crps-miteinander München.

Bei der Gründung der Selbsthilfegruppen unterstützte mich Christina, die selber seit fast sechs Jahren von CRPS betroffen ist, tatkräftig von Anfang an. Heute begleitet sie mit mir die Gruppen crps-miteinander München und crps-miteinander Mühldorf.

Wir legen besonders viel Wert auf eine aktive Beteiligung am Gruppengeschehen, wobei der Schmerz nicht im Mittelpunkt steht. Uns ist wichtig, gemeinsam Wege zu finden, wie jeder einzelne seine Situation selber verbessern kann. Aus diesem Grund behandeln wir unterschiedliche Themen in den Gruppen z. B. verschiedene Entspannungstechniken, Atemübungen und machen gemeinsame Ausflüge (auch zu anderen SHG) und besuchen verschiedene Kongresse.

Ein weiteres Anliegen ist es uns aber auch, viel Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Zu diesem Zweck nehmen wir regelmäßig an Veranstaltungen mit unserem Infostand teil, schreiben Zeitungsartikel und wirken mit am CTWO (colour the world orange day). Das ist ein weltweiter Aufmerksamkeitstag für die Erkrankung CRPS. Wir halten Vorträge, wie z. B. 2018 am Tag der seltenen Erkrankungen in Würzburg, und drehten einen Kurzfilm mit dem Bayerischen Rundfunk.



Schmerztag Deggendorf von der SHG crps-miteinander Mühldorf



Gruppenbegleiter von den Selbsthilfegruppen crps-miteinander-Österreich, -Mühldorf und -München

Wir haben uns UVSD SchmerzLOS e. V. im Jahr 2016 angeschlossen, weil er eine unabhängige und aktive Vereinigung von chronischen Schmerzpatienten ist. Der Vorstand stand uns mit seiner Jahren langer Erfahrung jeder Zeit mit Rat und Tat zur Seite, ob telefonisch oder persönlich. Zudem waren die angebotenen Telefonkonferenzen mit vielen Gruppenbegleitern immer sehr hilfreich und ein Quell an Erfahrungen rund um alle Themen,



CTWO in Laufen mit den SHGs crps-miteinander Mühldorf und Österreich

die eine Selbsthilfegruppe beschäftigt. Ein weiteres Anliegen war und ist, dass man in einem größeren Verbund mehr bewirken kann, wenn es um das Thema chronische Schmerzen geht.

2018 haben wir beschlossen, uns zu vergrößern und haben uns mit der Selbsthilfegruppe in Österreich „crps-miteinander Österreich“ zusammengeschlossen. Wir sind der Meinung, dass wir nur gemeinsam mehr erreichen können. So planen wir für 2019 gemeinsam eine größere Aktion, um auf die Krankheit CRPS aufmerksam zu machen. Die österreichische Gruppe konnte einen Verein ausfindig machen, der uns kostenlos mehrere Heißluftballons zur Verfügung stellt, welche dann natürlich mit den Worten CRPS und Morbus Sudeck verziert werden.



Tag der seltenen Erkrankungen in Würzburg mit eigenem Workshop

Auch wurde uns die mediale Aufmerksamkeit zugesichert! Hierfür werden noch „Mitreisende“ gesucht! Ganz nach dem Motto: Um so mehr, um so besser!

Die Gruppe crps-miteinander München konnte 2 Schmerztherapeuten gewinnen, die mit uns gemeinsam einen Infotag über CRPS halten wollen. Zudem konnte crps-miteinander Mühldorf einen Schmerztherapeuten für einen Vortrag über wissenschaftliche Hintergründe, z. B. wie Ernährung Schmerzen positiv beeinflussen kann, ausfindig machen.

*Nähre Informationen und Kontaktdaten entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten:*

[www.crps-austria.at](http://www.crps-austria.at)  
[www.muehldorf-crps.de](http://www.muehldorf-crps.de)  
[www.muenchen-crps.de](http://www.muenchen-crps.de)

## Chance für Schmerztherapie

**D**er Bundespsychotherapeutentag nimmt die spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT) in die Muster-Weiterbildungsordnung auf. Die Psychotherapeutenkammern der Länder haben mit der Umsetzung begonnen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft und die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft begrüßen die Entscheidung des 33. Deutschen Psychotherapeutentages Ende 2018, die "Spezielle Schmerzpsychotherapie" (SSPT) in die Muster-Weiterbildungsordnung aufzunehmen.

Nun gab es eine weitere gute Nachricht – die regionale Umsetzung: Auch die Bayerische Psychotherapeutenkammer beschloss die Ein-

führung der SSPT mit sehr großer Mehrheit. Bislang war SSPT nur in Rheinland-Pfalz als Weiterbildung anerkannt. Die Schmerzgesellschaften hoffen auf eine möglichst zügige Umsetzung der Aufnahme der SSPT in die Weiterbildungsordnungen aller Landeskammern.

Durch die Weiterbildung werden besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der speziellen psychotherapeutischen Tätigkeit nachgewiesen, welche dann auch zum Führen einer Zusatzbezeichnung berechtigen.

Vor allem in der interdisziplinären Versorgung schmerzkranker Menschen in stationären und teilstationären schmerztherapeutischen Behandlungseinrichtungen werden damit nachvollziehbare Krite-

rien für die Qualität schmerzpsychotherapeutischer Behandlungen geschaffen.

Damit ist die für den ärztlichen Bereich bereits länger bestehende Anerkennung der erweiterten Qualifikation für die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen zukünftig auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geregelt. Die Einführung einer Weiterbildung ist zudem die Voraussetzung für die sozialrechtlich relevante Einordnung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im DRG-System und damit ein wichtiger Schritt für eine fachliche Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“.

*Deutsche Schmerzgesellschaft*



# Schmerzmittel und ihre Gefahren

**S**chmerzmittel - **Fluch und Segen zugleich?**  
Schmerzmittel (Analgetika) sind für viele Patienten ein Segen, helfen diese uns doch trotz Schmerzen unser tägliches Leben zu meistern. Mit ihnen ist es möglich, sich wieder für Familie, Freundschaften, Hobbies und Arbeit zu engagieren, ohne ständig durch unerträgliche Schmerzen daran gehindert zu werden. Obwohl die sogenannten „Painkiller“ intensiv beworben werden, können diese bei weitem nicht immer das halten, was versprochen wird, ja sie können uns sogar gesundheitlich schädigen.

Es wird von Experten angenommen, dass die regelmäßige unkontrollierte Einnahme von Schmerzmitteln zu Nieren- und Leberschäden führen kann. Selbst wenn es sich um ein rezeptfreies Schmerzmittel handelt, kann es den Körper bei unsachgemäßem Gebrauch schädigen. Ebenso gilt, den Schmerz als Warnsignal ständig zu „betäuben“, kann auch aus einem akuten Schmerz einen chronischen machen.

Vom Arzt verschriebene und auch frei verkäufliche Schmerzmittel können abhängig machen. Man schätzt, dass in Deutschland 1 bis 2 Millionen Menschen medikamentenabhängig sind. Hierbei sind körperliche Schmerzen, aber auch psychische oder gesellschaftliche Probleme als Ursache möglich, was nicht selten schwer zu trennen ist.

## Gefahren bei unsachgemäßem Gebrauch von Schmerzmitteln

Besonders bei zentral, d. h., im gesamten Gehirn und Nervensystem wirksamen Schmerzmitteln, wie bei Opioiden, besteht die Gefahr der Abhängigkeit bei nicht sachgemäßem Gebrauch. Opiode haben eine allgemein

dämpfende, aber manchmal auch eine euphorisierende (psychisch aufhellende) Wirkung auf den Menschen, so dass Stimmungen wie Ängste oder Traurigkeit, zunächst gebessert werden. Beide „Neben“-Wirkungen von Opioiden sind jedoch meistens nur zu Beginn einer Therapie stärker ausgeprägt.

Wichtig ist es, im Verlauf einer Schmerztherapie mit Opioiden die Wirksamkeit häufiger zu überprüfen und bei Wirkverlust entweder ein anderes Präparat auszuprobieren (Opioid-Rotation) oder aber das Opioid zu reduzieren bzw. auszuschleichen. Aber auch nicht opioidhaltige



Besonders bei zentral, d. h., im gesamten Gehirn und Nervensystem wirksamen Schmerzmitteln, wie bei Opioiden, besteht die Gefahr der Abhängigkeit bei nicht sachgemäßem Gebrauch.

Nicht selten können sich nach wenigen Tagen auch die schmerz-dämpfenden Eigenschaften verringern oder gar verschwinden. Oft wird dann die Dosis erhöht, um doch wieder eine Schmerzdämpfung zu bewirken.

Hier ist es wichtig zu unterscheiden:

- wird das Medikament beispielsweise einfach nur schneller vom Körper ausgeschieden,
- oder ist durch die anfängliche Dämpfung der Wahrnehmung auch die Schmerzwahrnehmung reduziert worden aber nicht der Schmerz selbst.

Schmerzmittel haben ihre Schattenseite. Bei unsachgemäßem Gebrauch können körperliche Schäden entstehen. Diese reichen von allergischen Reaktionen über Magengeschwüre zu Nieren-, Leber- oder Herzkreislaufproblemen. Es wird geschätzt, dass über 10% der dialysepflichtigen Nierenerkrankungen durch die unsachgemäße Einnahme von Schmerzmitteln verursacht wurde.

Selbst zusätzliche Schmerzen kann die regelmäßige Einnahme von Medikamenten bewirken. Ein typisches Beispiel ist der sogenannte „analgetika-induzierte Kopfschmerz“, der für über 5% aller Kopfschmerzen verantwortlich sein soll.

**Wichtig:** Bei einer mit Ihrem Arzt abgestimmten Einnahme von Schmerzmitteln, sind in der Regel weder Abhängigkeit noch Organschäden zu befürchten.

dere kindliche Erfahrungen empfänglicher ist, eine Sucht zu entwickeln.

Süchte können sich auf ein bestimmtes Verhalten (z.B. Spielsucht, Arbeitssucht bei Workoholics, Internetsucht, Sexsucht

- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bis zum Verlust der Kontrolle, wann konsumiert wird, wann damit aufgehört wird und wieviel man von dem Stoff (Droge) zu sich nimmt.



**Info!** Das Wort „Sucht“ stammt von „(dahin-) siechen“ ab.

### **Abhängigkeit und Sucht**

Sucht ist die uns allen bekannte Neigung, das zu wiederholen, was uns einmal gut getan hat oder was das Gegenteil verhindert. So ist ein erster Griff in die Tüte mit Kartoffel-Chips häufig nicht der letzte. Wollen wir immer mehr davon, wollen das Erlebte wiederholen, so verlieren wir über dieses Verhalten allmählich die Kontrolle, wiederholen wir es ohne viel zu überlegen quasi automatisch, so ist die Schwelle zur Sucht erreicht.

Die Grundlage für manches Suchtverhalten ist nicht selten bereits in der Kindheit erlernt worden. Es ist durchaus möglich, dass man sich das Verhalten der Eltern einfach nur abschaut oder aber durch an-

u.v.m.) beziehen, also „stoffgebunden“ oder aber auf die Zufuhr von Substanzen („stoffgebunden“) auftreten. Bei den stoffgebundenen Substanzen spricht man von Drogen, unabhängig, ob diese „illegal“ wie Cannabis, Cocain, Heroin oder aber „legal“ wie Alkohol, Nikotin oder verschriebene Medikamente sind.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann man von (stoffgebundener) Sucht sprechen, wenn bei einem Menschen im vergangenen Jahr drei der folgenden Phänomene beobachtet werden konnten:

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang den Stoff/Wirkstoff zu konsumieren.

- Es lassen sich körperliche Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schweißausbrüche, Zittern oder Schmerzen feststellen, wenn nicht konsumiert wird.
- Es lässt sich eine Toleranz feststellen, das heißt, es muss immer mehr von der Substanz konsumiert werden, um den gleichen Effekt zu erzielen.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Konsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Obwohl negative Folgen entstehen, wird weiter gemacht.



**Info! Übrigens, das Wort „Sucht“ stammt von „(dahin-) siechen“ ab.**

### **Medikamentenfehlgebrauch**

Eine Angewohnheit wird dann gefährlich, wenn wir sie immer wieder durchführen, ohne darüber nachzudenken. Zum Beispiel kann der automatisierte Griff zu Schmerzmitteln bei „einfachen“ Kopfschmerzen, ohne vorher nicht medikamentöse Linderung zu versuchen, dazu führen, dass der Schmerz durch eben dieses Verhalten aufrechterhalten wird.

Wenn man als Sportler vor einem Wettkampf bereits Schmerzmittel einnimmt, in der Erwartung, dass Schmerzen auftreten werden oder aber noch Schmerzen vom letzten Wettkampf bestehen und man sich nicht die Zeit nimmt, diese erst einmal auszukurieren, ist dies offensichtlich auch ein Fehlverhalten. Ebenso ist die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln, um fit für die Arbeit, den Wochenendausflug oder sonst eine Aktivität zu sein, nicht wirklich ratsam.

Wenn Schmerzmittel eingenommen werden, um besser schlafen zu können, weil diese ja müde machen (Opioider u.a.), besteht ein nicht der Bestimmung des Medikaments – der Indikation – entsprechender Gebrauch und damit ein Fehlgebrauch.

Wenn ich aus Angst vor einer Auseinandersetzung oder weil ich traurig bin, Schmerzmedikamente einnehme, ist der Einsatz des Medikaments als Fehlgebrauch einzustufen. Schmerzmittel werden oft aus Hilflosigkeit eingenommen, auch dann, wenn sie kaum eine Wirkung zeigen.

Der Übergang vom Fehlgebrauch zur Abhängigkeit ist dabei nicht im-

mer klar abzugrenzen, häufig auch vom verschreibenden Arzt nicht richtig oder rechtzeitig erkannt.

Warnung! Bei Medikamenten, die auf Ihr Gehirn wirken, kann sich die Wirkung durch Alkohol so verstärken, dass lebensgefährliche Zustände möglich sind!

### **Wie kann ich Schmerzmittelmissbrauch verhindern?**

An erster Stelle steht hier eine (selbst-) kritische Vorgehensweise. In dieser sollten sich sowohl Arzt als auch Patient über die realistischen Möglichkeiten, Dauer, Grenzen und Ziele einer medikamentösen Schmerztherapie klar sein. Gemessen an den so gemeinsam erarbeiteten Zielen kann der sachgemäße Einsatz der Medikamente erfolgen und in seiner Wirksamkeit überprüft werden. Hier ist eine verantwortungsvolle und offene Kommunikation von beiden Seiten wichtig. Werden die Ziele erreicht, so ist alles gut. Ist das aber nicht der Fall, so sollte dies erneut besprochen werden und ein alternatives Vorgehen gemeinsam abgestimmt werden.

Wichtig ist bei der sachgemäßen Einnahme von Schmerzmitteln, sich über Folgendes bewusst zu sein:

Die Medikamente so einnehmen, wie sie verordnet wurden. Auf keinen Fall ohne Absprache die Dosierung oder die Einnahmeintervalle verändern.

Neben einigen Medikamenten, bei denen eine schmerzlindernde Wirkung erst nach einer sogenannten Eindosierungsphase zu erwarten ist, sollten Medikamente nicht eingenommen werden, wenn keine ausreichend schmerzlindernde Wirkung einsetzt.

Eine dauerhafte Schmerzmitteleinnahme ist nur dann sinnvoll und vertretbar, wenn sie zu einer Reduktion der Schmerzen um mindestens 1/3

führt. Sprechen Sie dies mit ihrem behandelnden Arzt ab und lassen Sie sich ggf. Alternativen aufzeigen.

Sind Ihnen Opioider verschrieben worden, so gilt ebenfalls das zuvor gesagte. Nur weil es Opioider sind, helfen diese (leider) nicht gegen alle Arten von Schmerzzuständen. Hinzu kommt, dass Opioider nicht selten ihre zunächst verspürte Wirkung verlieren und eine zunächst befriedigende Wirkdosis nicht mehr ausreicht. Hier wird häufig eine Dosissteigerung der Medikamente in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen als notwendig empfunden, um die einstige Wirkung zu erzielen (Gewöhnung/Toleranz).

Viele der heute verschriebenen starken Schmerzmittel (Opioider) wirken nicht oder nicht ausreichend bei chronischen Schmerzen. Experten empfehlen deshalb, die Wirksamkeit von Opioiden nach einer gewissen Zeit zu überprüfen, indem man sie nach 3 bis 6 Monaten probeweise reduziert/ausschleicht. Das gleiche gilt für Produkte aus medizinischen Hanf (Cannabinoider). Derzeit gibt es noch keine ausreichende Erfahrung in der Schmerztherapie.

Eine gute Methode, welche vor einem Medikamentenfehlgebrauch und vielleicht entstehender Abhängigkeit und Sucht schützt, ist, sich seiner eigenen Möglichkeiten, die Schmerzen zu beeinflussen, bewusst zu werden. (Selbstwirksamkeit). Hier kann ein multimodaler Ansatz einer Schmerztherapie, durch den man neben Medikamenten auch andere Methoden der Schmerzbewältigung erlernen kann, helfen. Auf alle Fälle sollte man mit dem behandelnden Arzt offen über seinen Medikamentengebrauch und -verbrauch sprechen.

*Autor: Nicolas Jakobs*

# Operieren oder sprechen?

**M**anfred Kulitz hatte zum Schluss so starke Schulter-Schmerzen, das er den Orthopäden bat: „Bitte operieren Sie mich!“ Doch sein behandelnder Arzt hatte einen anderen Plan. Er gab ihm eine Spritze, verschrieb Physiotherapie und riet ihm, sich regelmäßig zu bewegen. Auch bei vielen anderen Schmerzen würde das helfen. Doch in Deutschland diktiert das Honorarsystem die Behandlung. Wenn Operationen so viel besser entlohnt werden als zuhören, sprechen und konservative Therapie, entscheiden sich immer mehr Ärzte für das Geld.

Mit der AOK Baden-Württemberg gibt es einen bundesweit einzigartigen Vertrag: Die teilnehmenden Orthopäden werden verstärkt für das Sprechen und Zuhören entlohnt und können sich deshalb für einen Patienten doppelt so viel Zeit nehmen wie üblich. An diesem „Facharztprogramm Orthopädie“ nehmen in Baden-Württemberg etwa 530 Praxen und 600.000 Patienten teil – mit zum Teil erstaunlichen Ergebnissen, nämlich weniger Operationen und weniger Pillen.

Während früher nur operiert wurde, um lebensbedrohliche Erkrankungen abzuwenden, sind heute die Indikationen immer weicher geworden. Bei einer großen Anzahl von Eingriffen geht es darum, den Schmerz zu lindern.

Damit ist der Endpunkt einer Operation subjektiv geworden, und der Chirurg muss sorgfältig überprüfen, ob die Operation wirklich das bringt, was man sich davon verspricht.

Bisher konnten Gesundheitsforscher nur für 20 Prozent aller Eingriffe bestätigen, dass sie dem Patienten tatsächlich besser helfen als eine konservative Behandlung.



Es handelt sich nicht immer um eine behandlungsbedürftige Anomalie, wenn die Mediziner bei der Bildgebung „etwas“ finden.

Für überraschend viele Therapieversuche ist nicht wissenschaftlich erweisen, ob sie helfen und die Schmerzen nennenswert lindern können.

Für viele Patienten scheint es wie eine orthopädische Odyssee, wenn ihnen der eine Arzt zu Spritzen rät, der nächste zu einer Operation und der dritte zu Akupunktur. Bei Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich, wenn die Ärzte zunächst die Bandscheibe operieren und später die Wirbel versteifen, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen einer Klinik mehr als 18.000 Euro. Zwischen 2007 und 2016 sind diese Eingrif-

fe um über 70 Prozent auf knapp 800.000 gestiegen. Handelt es sich bei solchen Eingriffen nur einen technischen Lösungsversuch? Etwa 3000 deutsche Patienten, denen bereits eine Empfehlung zu einer orthopädischen Operation gegeben worden war, holten sich eine weitere Meinung von einem Arzt ein, der selbst kein Geld mit chirurgischen Eingriffen verdient. Bei Kniebeschwerden wurde in 80

Prozent der Fälle von einer Operation abgeraten, bei der Wirbelsäule sogar zu über 90 Prozent.

Demnach sind offensichtlich viele orthopädische Operationen im deutschen Medizinbetrieb unnötig, können sogar mehr schaden, als dass sie helfen. Gerade bei Knochen und Gelenken gibt

es so viele fragwürdige Eingriffe, weil diese natürlicherweise im Alter verschleifen und teilweise Beschwerden bereiten. Vier von fünf beschwerdefreien Personen über 50 Jahren haben abgenutzte Bandscheiben, mehr als ein Drittel haben Bandscheibenvorwölbungen. Verschleiß und Schmerzen hängen also nicht immer zusammen. So wie die Haare grau und das Gesicht faltig werden, verändert sich auch das Skelett.

Ist eine Operation besser als Nichtstun?

Studien belegen, dass es bei manchen Operationen die gleiche Zufriedenheit mit dem Behand-

lungsergebnis gibt – egal, ob operiert wurde oder nicht. Man teilte Patienten in drei Gruppen ein: Die eine Gruppe wurde operiert, die zweite Gruppe einer »Scheinoperation« unterzogen. Dabei wurden zwar unter Betäubung Hautschnitte gesetzt, aber kein Gelenkeingriff vorgenommen. Eine dritte Gruppe wurde mit Physiotherapie und einem Bewegungsprogramm behandelt. Forscher fanden heraus, dass es keine Unterscheide zwischen operierten und schein-operierten Patienten gab. Diese Ergebnisse bei der Beurteilung einer Schulteroperation haben Andrew Carr und seine Kollegen aus Oxford im renommierten Fachmagazin „The Lancet“ veröffentlicht. In einer „Stellungnahme“ wurde das publizierte Ergebnis von deutschen Mitgliedern von Orthopäden und Chirurgen anders interpretiert und klein geredet. Sie folgerten, dass sich keine Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem ergäben. Liegt diese Nichtanerkennung der Studien an dem Geschäft, das sie mit Schulteroperationen machen? Jeder Schultereingriff bringt schließlich mehrere Tausend Euro.

Ein anderes Beispiel: Knieoperationen, bei denen das Knie gespült wird, verschlissenes Knorpelmaterial entfernt und raue Oberflächen geglättet werden. Diese arthroskopische Knieoperation wurde in Deutschland jährlich bei etwa 217.000 Patienten durchgeführt. Auch hier stellte sich bei Studien mit „richtigen Eingriffen“ und „Schein-Operationen“ heraus, dass alle Patienten im Durchschnitt weniger Schmerzen hatten – egal, ob sie operiert worden waren oder nicht. Der Placeboeffekt, über den SchmerzLOS AKTUELL schon häufiger berichtete, kann nachweislich körpereigene Schmerzhemmer freisetzen. In Deutschland wurde auf die

Resultate vieler Studien reagiert: Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erklärte 2015, das die untersuchten arthroskopischen Verfahren bei Kniegelenkarthrose keine Nutzen erbrächten und daher nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürften. Dadurch sollte nun eigentlich die Zahl dieser Knieeingriffe sinken – was aber erstaunlicherweise nicht der Fall war. Findige Operateure präsentieren nun für solche Operationen einfach eine andere Indikation, z. B. verschlissene Menisken. Schäden am Meniskus haben fast alle Menschen ab einem gewissen Alter. So müssen die gesetzlichen Krankenkassen weiter zahlen für Operationen, deren Nutzen weiterhin nicht belegt ist. Ein Medizin-Professor, der anonym bleiben will, sagte, dass Arthroskopien seit dem GBA-Beschluss massenhaft anders abgerechnet würden. Mehrere Studien, die sich mit dem Nutzen der Meniskus-Operationen beschäftigten, kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es keinen Unterschied zwischen operierten und nichtoperierten Patienten gab. Allerdings drohten den Operierten Komplikationen wie Thrombosen oder Infektionen.

Nach Rückenoperationen sind Schäden mittlerweile so häufig, dass es dafür einen eigenen Begriff gibt: „Failed Back Surgery Syndrome“. Dieses mit FBSS abgekürzte Syndrom haben 20 bis 30 Prozent der am Rücken Operierten. Sie haben zusätzliche Schmerzen. Oft wird bei Rückenoperationen zuerst ein Stück der Bandscheibe entfernt. Dies führt häufig zu einer gewissen Instabilität. In einer zweiten Operation werden deswegen verschiedene Wirbel mit Metallstäben und Schrauben miteinander verbunden (Wirbelversteifung). Die erste Ope-

ration schafft also die Indikation für die zweite Operation. Wenn zwischen beiden Eingriffen mindestens 30 Tage verstrichen sind, können beide gesondert abgerechnet werden. Die Bandscheibenoperation bringt gut 4000 Euro ein, die Wirbelversteifung weitere 8300 Euro (wenn ein bis zwei Wirbel miteinander versteift werden). Bei einer Versteifung von drei bis fünf Wirbeln erlässt die Klinik sogar 14200 Euro. Die Barmer Krankenkasse konnte mit ihren Zahlen zeigen, dass die Zahl der Zweiteingriffe in sechs Jahren um 115 Prozent gestiegen ist.

Doch was nützen solche Rückenoperationen den geplagten Patienten? Viele Patienten sind danach nicht wieder gesund. Vielfach waren die Bandscheiben zwar verschlissen, aber nicht der Auslöser für die Schmerzen. Diese werden immer öfter in verkümmerten Muskeln, Verspannungen und Überbelastungen gesehen. Dagegen richtet kein Skalpell der Welt etwas aus. Der Rat für alle Patienten mit einer Empfehlung zu einer orthopädischen Operation kann nur lauten: Holen Sie sich unbedingt eine Zweitmeinung ein! 2400 Rückenpatienten der Techniker Krankenkasse, die diesen Service nutzten, bekamen zu 90 Prozent den Rat, sich nicht unter Messer zu legen. Ein Jahr später waren immer noch 80 Prozent der Patienten nicht operiert. Offenbar war ein chirurgischer Eingriff nicht erforderlich gewesen.

Warten und bewegen ist zwar ein unbeliebter Rat, kann aber die Selbstheilungskräfte des Körpers aktivieren.

Quelle: DER SPIEGEL Nr. 47/2018



# Kommentar zum Artikel

## »Operieren oder sprechen?«

Die Medizin als Wissenschaft präsentiert sich nach wie vor überwiegend als Teil der Naturwissenschaften und wird genau, aus diesem Grund, dem Gegenstand, nämlich den Menschen, nicht umfassend gerecht. Eine der großen Fehldeutungen der modernen Medizin ist der Glaube, dass der menschliche Körper wie eine große biologische Maschine funktionieren würde, die sich, ähnlich wie bei einem Auto, rein chemisch-physikalisch verstehen ließe und genauso zu reparieren sei. Als Patient, und hier spreche ich aus eigener Erfahrung, fühlt man sich in vielen Krankenhäusern, wie in einer Autowerkstatt, in der das eingelieferte Produkt durchgesehen wird, um zu überprüfen, welche Einzelteile kaputt sind, was repariert, geflickt oder ausgetauscht werden muss. So könnte man annehmen, was beim Auto der Motor ist, ist beim Menschen die „Pumpe“ namens Herzes, was beim Auto die verklemmten Schläuche sind, sind hier die verkalkten Arterien. Eine solche Reduzierung des Phänomens „Leben“ auf physio-chemische Parameter verzichtet per Definition schon darauf, ein geeignetes Modell für den lebenden und erlebenden Organismus zu sein. Dabei ist doch eigentlich allen klar, dass Körper, Geist und Psyche zusammengehören und der Mensch nur als ganze Einheit verstanden werden kann und anders als beim Auto, das menschliche Gesamtsystem erst durch das Zusammenspiel von Körper und Bewusstsein funktionsfähig ist. Was nützen die besten Absichten im Rahmen einer biopsychosozialen Medizin, wenn Krankheiten allein

nur auf der rein körperlichen Ebene behandelt werden und die seelische Verfassung, die Erwartungen und die innere Einstellung des Patienten dabei nicht berücksichtigt werden. Diese Einsicht geht im täglichen Betrieb vieler Krankenhäuser unter, sei es aus Zeitmangel, ökonomischen Druck oder schlicht aus Ignoranz.

„Jeder Tag ist ein Geschenk  
Er ist nur scheiße verpackt  
Und man fummelt am Geschenkpapier rum  
Und kriegt es nur mühsam wieder ab“

Aus dem Song „Das leichteste von der Welt“  
Kid Kopphausen (deutsche Rockband, 2011-2012)

Weil der Kostendruck steigt, empfehlen Mediziner ihren Patienten mitunter unnötige Eingriffe. Was zählt, ist der Umsatz.

Das oberste Gebot ist die Gesundheit des Patienten. So steht es in der Genfer Deklaration des Weltärztebundes, einer modernen Version des hippokratischen Eids, die auch für deutsche Ärzte gilt. Doch in deutschen Krankenhäusern steht das Wohl der Patienten nicht immer an erster Stelle. Der Patient wird nicht mehr als Mensch betrachtet, dem es zu helfen gilt, sondern als einen Gegenstand, mit dem man etwas machen kann. Der Patient, der zum Mittel wird, der Patient, den man benutzt, um Erlöse zu optimieren. Die Frage ist nicht mehr:

**„Was braucht der Patient, sondern was bringt der uns?“**

Die Reparatur der Bauchspeicheldrüse bedeutet noch nicht, dass der Kranke geheilt ist, dass nach einem überstandenen Herzinfarkt alles wieder so weitergehen kann wie zuvor, geschweige denn, dass erkannt worden wäre, weshalb die

Bauchspeicheldrüse denn nicht mehr funktioniert oder wieso und weshalb man einen Herzinfarkt bekommen hat. Eine Antwort auf die Frage, welche Faktoren dazu beigetragen haben, dass der von Natur aus heile Mensch in seinem von Natur aus heilen Körper krank wurde, bleibt dabei gänzlich auf der Strecke.

Eine patientenorientierte Medizin, Fehlanzeige!

Der Dermatologe Ernst Schweningen (1850-1927) war 1881 zum Leibarzt des Reichskanzlers Bismarck berufen worden, der nicht unbedingt ein leichter, sondern eher ein widerspenstiger Patient war. Dieser konnte bei ihm trotz allem

eine Diätbehandlung durchsetzen und rettete ihm hierdurch das Leben. „Das Verständnis Arzt-Patient ergibt sich für jeden einzelnen Fall des Ereignisses neu aus der besonderen Humanität des einzelnen Arztes und der Humanität seines Patienten.“ Welch ein passendes Zitat aus Schweningers Buch „Der Arzt“!

Wichtig jedoch bleibt seine programmatische Idee, aufgrund derer ein Arzt dem Patienten in seiner Ganzheit und Individualität verpflichtet sei. Die alte hippokratische Formel sollte auch heute noch das Interesse der Ärzte sein, wenn auch in angepasster Weise, zumal aus jetziger Perspektive diese in bestimmter Hinsicht zu korrigieren sei.

„Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen!“



Wilfried Lavin  
Diplom Pädagoge  
(Organisationspädagog)

# Neue Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Seit Jahresbeginn 2019 ist Prof. Dr. med. Claudia Sommer neue Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Die 60-jährige Neurologin, Leitende Oberärztin und



Schmerzforscherin am Universitätsklinikum Würzburg folgt in diesem Amt für die nächsten

zwei Jahre ihrem Vorgänger Prof. Dr. med. Martin Schmelz, dessen Wahlperiode zum Jahreswechsel endete.

„Als Präsidentin Europas größter wissenschaftlich-medizinischer Schmerzfachgesellschaft ist es mein Ziel, die Probleme einer bedarfsgerechten Schmerzversorgung in Deutschland sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Forschung deutlich zu benennen und einen Beitrag zu Verbesserungen zu leisten“, so die neue Schmerzpräsidentin Prof. Sommer. „Dabei möchte ich die Zusammenarbeit auch mit Patientenorganisationen und die Serviceangebote unserer Fachgesellschaft stärken, aber auch unsere weiterhin in den letzten Jahren

aufgebauten Partnernetzwerke intensivieren. Die Umsetzung unseres vor rund neun Monaten angelaufenen G-BA Innovationsfondsprojekts PAIN2020 ist eine solche Chance, die fachlichen Beratungen des im Bundeskoalitionsvertrag benannten Disease Management Programms (DMP) Rückenschmerz oder aber Diskussion um Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen sind weitere“, so die Schmerzpräsidentin Prof. Sommer. „Das Gesundheitssystem muss für die Patientinnen und Patienten da sein und nicht umgekehrt – daran arbeiten wir gemeinsam mit UVSD SchmerzLOS e.V.“

Quelle: Deutsche Schmerzgesellschaft

## Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet:



Hallo, liebe Frau Sommer, ich bin Mona, die Geschäftsstellenkatze von der UVSD SchmerzLOS e.V., und ich begrüße Sie als neue Präsi-

dentin der Deutschen Schmerzgesellschaft. Ich finde, es wurde höchste Zeit, dass nach über 40-jähriger Männerherrschaft nun endlich auch mal eine Frau das Zepter in dieser Organisation übernommen hat. Mein Diener, der Geschäftsstellenleiter, ist zwar auch ein Mann, und ich komme mit ihm ganz gut zurecht, aber Frauen haben nun mal ein besonderes Gespür für Authentizität, und sie haben die besseren Problemlösungsstrategien. Ich weiß, wovon ich spreche. Täglich muss ich dafür sorgen, dass mein Futternapf nicht leer ist und mir nachmittags zur Teezeit meine Messerspitze

mit Crème fraîche serviert wird. Das sind meine Probleme, die ich täglich lösen muss. Sie, liebe Frau Sommer, werden andere Aufgaben haben, die aber sicher auch nicht einfacher sind als meine.

Hier in der Geschäftsstelle habe ich gehört, dass Sie die Zusammenarbeit mit den Patienten-Organisationen stärker in den Fokus nehmen wollen. Das finde ich sehr gut, denn die Patienten sind doch die Menschen, für die das Gesundheitswesen eingerichtet wurde. Und sie sind auch diejenigen, die das ganze System zur Hälfte finanzieren. Darum sollen sie nicht zu Bittstellern degradiert werden, sondern gleichberechtigt mitwirken können.

Ja, und euch, liebe Leserinnen und Leser von der Patientenfraktion, habe ich auch noch etwas zu berichten: Ich hatte ein tolles Erlebnis: Ich konnte fliegen! Es war toll, ich brauchte meinen Freunden,

den Vögeln nicht mehr vom Boden hinterher schauen, sondern konnte mit ihnen zusammen von einem Baum zum anderen fliegen. Leider waren diese kleinen Piepmätze immer etwas schneller als ich, so dass sich unser gemeinsames Spiel nicht so entwickelte, wie ich es gerne gehabt hätte. Ich war dadurch so frustriert, dass ich auf das höchste Haus in meinem Revier flog und mich von der Dachrinne in die Tiefe stürzte. Unten angekommen, bin ich dann aufgewacht und durfte erleichtert feststellen: Es war alles nur ein Traum! Jetzt werde ich mich doch lieber mit meinen nicht flugfähigen, vierbeinigen Freunden beschäftigen; wenn sie doch endlich wieder aus ihren Erdlöchern herauskommen würden und wir dann Katze und Maus spielen könnten. Aber ich spüre es, der Frühling ist nicht mehr weit. Ich wünsche euch allen eine gute Zeit und sage: Tschüüüüs!

# Was ist Physiotherapie, und was kann ich selbst für mich tun?

## Physiotherapie bei Schmerz

**P**hysiotherapie wird häufig auch als Krankengymnastik oder Physikalische Therapie bezeichnet. Dabei nutzt sie ausgewählte physikalische Reize bzw. Kräfte zu Heilzwecken (s. Abb. 1). Angriffspunkt der physikalischen Kräfte ist in der Hauptsache die Hautoberfläche.

Vor allem soll durch Physiotherapie auf Muskulatur, Gelenke, Faszien, Bindegewebe usw. eingewirkt werden.

Physiotherapie ist die ...



Abb. 1 Die in der Physiotherapie eingesetzten physikalischen Reize.  
Quelle: C. Winkelmann

### Ziele der Physiotherapie

Wesentliches Ziel der Physiotherapie ist es, gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten und auch unter Einbeziehung der Familien, Angehörigen und des Umfeldes (z. B. Arbeitsplatz), Bewegung und somit die Teilnahme am aktiven Leben zu fördern.

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unterstützen daher

- das Erlernen eines neuen Bewegungsverhaltens (z. B. besserer Einsatz der Schulter beim Griff nach oben, um eine Tasse aus dem Schrank zu nehmen).
- das Steigern körperlicher Aktivitäten (z. B. Gehstrecke,

(z. B. durch Information, Erklärung und Beratung, so dass die Patientinnen und Patienten auch gemeinsam mit deren Familien bzw. nahestehenden Personen aktiv im Therapieprozess beteiligt werden).

### Die Dosis macht's

Physiotherapie ist eine Reiz-Serien-Therapie und benötigt daher Zeit, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden. Diese Patientinnen und Patienten haben meist eine lange Geschichte von Therapieversuchen hinter sich, sind häufig verunsichert und haben sogar teilweise Angst, sich zu bewegen. Diese Bedenken können zerstreut werden: Das Robert Koch Institut empfiehlt in Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO), sich mäßig 5 x wöchentlich und mindestens 30 Minuten körperlich anzustrengen (Ausdaueraktivitäten und Muskelkräftigung) oder sich 2,5 Stunden in der Woche körperlich zu aktivieren (s. Abb. 2).

- Aktivitäten im Haushalt).
- die Verminderung von Bewegungsangst (z. B. durch schrittweise Ausweitung von Bewegungsprogrammen oder auch durch Hilfestellung bei der Konfrontation mit den Aktivitäten, die vor allem Bewegungsangst machen.
- das Durchführen einer aktiven Bewältigungsstrategie

Verordnungsfähige Therapieverfahren gemäß Heilmittelrichtlinie

Im ambulanten Bereich ist für Ärztinnen/ Ärzte, Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten und gesetzlich versicherte Patientinnen/ Patienten gleichermaßen die Heilmittelrichtlinie gültig. Die Heilmittelverordnung (früher



als Physiotherapie-Rezept bekannt) wird von der Ärztin bzw. dem Arzt ausgestellt. Die Kommunikation zwischen Ärztin/ Arzt, Patientin/ Patient und Physiotherapeutin/ Physiotherapeut ist dabei wesentlich, um zielgerichtet miteinander zu arbeiten. Patientinnen und Patienten sollten sich bei Unklarheiten oder um zu erfahren, welche Physiotherapiepraxis für diese verordneten Verfahren überhaupt qualifiziert ist, auch an ihre gesetzliche Krankenversicherung wenden.

Die Physiotherapeutin/ der Physiotherapeut wird immer erst ein Gespräch mit der Patientin/ dem Patienten führen, dann einen Befund erheben (z. B. Muskelfunktionstest, Beweglichkeitstest, Krafttest, Koordinationstest, Befragung mittels Fragebogen) und darauf aufbauend Physiotherapie durchführen. Befund und Physiotherapiemaßnahmen wechseln sich ständig ab, um das Erreichen eines gemeinsam vereinbarten Ziels zu kontrollieren.

Im Folgenden werden ausgewählte Verfahren, die die Schmerzreduzierung bewirken können, vorgestellt.

## Training

**Gerätetraining/ Medizinische Trainingstherapie** (Abkürzung auf der Heilmittelverordnung = KG-Gerät)

Das Gerätetraining wird bei Gesunden vorbeugend und bei Patientinnen/Patienten heilend eingesetzt. Spezielle Trainingsgeräte werden dazu genutzt, die Ausdauer und Koordination zu verbessern sowie die Muskelkraft zu trainieren. Das Ziel ist eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Lebensqualität sowie die Steigerung von Muskelmasse und Muskelkraft.

## Massage

**Klassische Massage** (Abkürzung auf der Heilmittelverordnung = KMT)

Die klassische Massage kombiniert verschiedene Massagegriffe miteinander. Ziel ist es, neben der Verbesserung der Entspannungs-

fähigkeit, die erhöhten Gewebswiderstände in Muskulatur und Haut herabzusetzen und die Durchblutung zu fördern. Als passive Maßnahme wird Massage in der Regel als ergänzende Therapieform eingesetzt. Die Verbesserung der Gewebsspannung führt zu einer Verringerung der Schmerzen. Meist werden dadurch erst Aktivität und Selbständigkeit im Alltag möglich.

**Bindegewebsmassage** (Abkürzung auf der Heilmittelverordnung = BGM)

Die Bindegewebsmassage gehört zur Gruppe der Reflexzonentherapie. Demnach spiegeln sich Organstörungen beim Menschen in den dazugehörigen Gewebезonen wider. In diesen Gewebезonen bilden sich sicht- und tastbare Veränderungen in Form von Einziehungen, Verhärtungen, verminderter Elastizität und Quellungen. Die Gewebезonen können schmerzhaft auf Berührung reagieren. Die Bindegewebsmassage



Abb. 2 Der Auftrieb des Wassers kann schmerzarme Bewegung unterstützen. Foto: F. Keifel

wird in den Haut- und Faszienschichten durchgeführt. Dabei wird ein therapeutisch gewolltes Schneidegefühl wie Ritzen mit einem Messer oder dem Fingernagel ausgelöst.

Manuelle Lymphdrainage (Abkürzung auf der Heilmittelverordnung = MLD 30/ MLD 45/ MLD 60 mit Kompressionsbandage)

Bei Lymphabflussstörung kann durch bestimmte Grifftechniken und fein dosierten Druck Gewebsflüssigkeit über die Lymphgefäße ab- und weitergeführt werden. Neben der entstauenden Wirkung ist eine Schmerzdämpfung möglich. Um die Wirkung zu erhöhen, ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Behandlung einen Kompressionsstrumpf anziehen oder bandagiert werden.

### Manuelle Therapie

Manuelle Therapie (Abkürzung auf der Heilmittelverordnung = MT/ Manuelle Therapie)

Es handelt sich hierbei um spezifische Gelenktechniken, die zum Auffinden und Behandeln von Funktionsstörungen (Dysfunktionen, wie Schmerz, Hypo- oder Hypermobilität und Weichteilaffektionen) am Bewegungssystem (Gelenke, Muskulatur, Bindegewebe und Wirbelsäule) angewendet werden. Ziel ist der Erhalt bzw. Wiederherstellung normaler Ge-

lenkfunktion und der damit verbundenen Gewebe.

### Thermotherapie

Wärme- und Kältetherapie (Abkürzung auf der Heilmittelverordnung = WT z.B. Fango/ Heiße Rolle// KT z. B. Eistherapie)

Die Ziele der Wärmetherapie sind ein verbesserter Stoffaustausch im Gewebe, Verbesserung der

Wärme und verringert die Schwellung. Als Spätreaktion werden die Gefäße weitgestellt, und es kommt zu einer besseren Durchblutung.

Physiotherapie ist außerhalb der Heilmittelrichtlinie und damit von Ärztin und Arzt nicht verordnungsfähig

**Faszientraining** (nicht verordnungsfähig)

Faszien sind zähe Bindegewebs-häute, die Organe, Muskeln und Muskelgruppen umhüllen. Dadurch schützen sie die inneren Organe, Gelenke und Muskeln vor äußeren Krafteinwirkungen und eindringenden Fremdkörper. Zusätzlich verbinden sie verschiedene Körperstrukturen miteinander. Bedingt durch einseitige oder übermäßige Belastungen beim Sport, Arbeit oder im Alltag erhöht sich die Spannung in der Faszie, d.h., die Faszie wird fest (kontrakt). Als Folge wird der Muskel in seiner Funktion eingeschränkt und das Bewegungsausmaß des betroffenen Gelenkes verringert sich. Alle Körperfaszien sind direkt oder indirekt miteinander verbunden, somit kann sich eine er-



Abb. 3 Einsatz des großen Therapieballs. Durch das ständige Ausbalancieren, um ein Wegrollen zu verhindern, werden u. a. die kleinen Rückenmuskeln direkt an der Wirbelsäule trainiert. Foto: C. Winkelmann

Muskelspannung (Muskeltonus), psychische Entspannung und verbessertes Schlafverhalten. Die Fangopackung bewirkt eine sehr intensive Wärmewirkung. Die Heiße Rolle dagegen erlaubt eine abstufbare Dosierung von milden bis heißen Wärmegraden und somit eine Anpassung an die von Patient zu Patient unterschiedliche Verträglichkeit.

Die Kältetherapie bewirkt eine verminderte Schmerzwahrnehmung. Sie entzieht dem Körper

höhte myofasziale Spannung auch auf einen anderen Körperbereich auswirken. Die Faszie im Lendenbereich (Fascia thoracolumbalis) kann beispielsweise ein möglicher Schmerzbereich bei chronischen Rückenschmerzen sein und zu Schmerzausstrahlungen ins Bein führen. Das Faszientraining setzt sich aus vier Prinzipien zusammen

1. Dehnen (Dehnübungen), verbessert die mechanischen Eigenschaften der Faszie,
2. Federn (Hüpfen, Schwingen), erhöht die elastische Speicherkapazität,
3. Spüren (Körperwahrnehmung



Abb. 4 Für Kraft- und Ausdauertraining sind Gummibänder (Therabänder® – die Farbe zeigt die Stärke an) in verschiedenen Stärken und Kleinhanteln verschiedener Gewichtsklassen beispielsweise im Sanitäts- oder Sportgeschäft beziehbar. Aber auch mit Wasser gefüllte Flaschen, mit Kies oder Sand gefüllte Beutel oder entsprechend schwere Bücher eignen sich zum Training. Fotos: C. Winkelmann

schulen), regt den Bewegungssinn und die Tiefensensibilität an,

4. Beleben (Selbstmassage mit Tennis-Gummi- oder Faszienbälle oder Rollen), regeneriert das Gewebe durch Flüssigkeitsaustausch.

**Triggerpunktmassage/ -behandlung** (nicht verordnungsfähig)

Triggerpunkte sind umschriebene Bereiche innerhalb eines Muskels. Sie lassen sich als derbe 2 – 3 cm große Knoten tasten. Von diesen Triggerpunkten aus können auf Druck, die dem Patienten bekannten Schmerzen (Symptome) ausgelöst werden (to trigger = auslö-

sen). Jedem Triggerpunkt ist ein bestimmter Körperabschnitt zugeordnet. Die Schmerzausstrahlung wird nicht immer nur als Muskelschmerz wahrgenommen, sondern beispielsweise als Zahnschmerz, Sehstörungen, Schwindel, Koordinationsstörungen, Übelkeit.

**Tape** (nicht verordnungsfähig)

Taping ist eine relativ junge Methode. In Deutschland wurde durch die auffällig bunten Klebestreifen auf Fußballerwaden vor allem das Kinesio-Taping bekannt. Dabei handelt es sich um ein elastisches weiches Tape (Soft-

tape), das aus zwei Schichten besteht. Außen befindet sich Baumwolle und innen ist es mit einem Acrylkleber beschichtet. Durch die Dehnfähigkeit des Tapes werden die normalen (physiologischen) Bewegungen des Gelenkes erhalten und die Durchblutung der kleinsten Blutgefäße (Mikrozirkulation) gefördert.

Als Hauptanlagen des Tapes werden beschrieben

- Muskelanlagen: zur Schmerzlinderung, Tonusregulierung, verbessern der Belastbarkeit,
- Ligamenttechniken: zum Entlasten der Bänder,

- Faszientechniken: zum Lösen von Verklebungen der Gewebe (Adhäsionen),
- Korrekturanlagen: z. B. bei Fehlstellung der Kniescheibe (Patella),
- Lymphanlagen: bei Störungen des Lymphabflusses.

**Was können Patientinnen und Patienten selbst für sich tun?**

Nachfolgend werden speziell bei Schmerz selbst anzuwendende Verfahren beispielsweise in der häuslichen Umgebung jeweils mit dem Wirkprinzip (Reiz) vorgestellt. Es ist sinnvoll, sich mit der Physiotherapeutin und dem

Physiotherapeuten hierzu abzustimmen. Sie können auch weitere Empfehlungen und Tipps zur Selbstbehandlung geben.

**Gymnastik & Sport**

**Mechanische Reize**

- mit (Abb. 3 und 4) und
- ohne Geräte sowie
- auch im Bewegungsbad (Abb. 2) können günstig auf Körper, Geist und Seele - auf Muskulatur und Knochen, Ernährung der Gelenke, Durchblutung, Atmung, Puls und Blutdruck wirken.



## Massagetherapie

### Mechanische Reize

- mit (s. Abb. 5 und 6) und
- ohne Geräte oder Lotion erhöhen die örtliche Blutzufuhr und Stickstoffausscheidung (z. B. an der Hand), lösen Verklebungen und Stauungen, regen die Blut- und Lymphzirkulation sowie Wahrnehmung an.



Abb. 6 Auch die kreisförmige Massage mit Bürsten unterschiedlicher Stärke, Handtüchern, Pinseln oder im Handel beziehbaren Igelbällen kann zu Hause ausgeübt werden. Es ist nicht zwingend nötig, zusätzlich Lotion zu verwenden. Bei Narben wurden positive Beobachtungen durch die Verwendung von Ringelblumensalbe gemacht. *Fotos: C. Winkelmann*

### Elektrotherapie

#### Elektrische Reize

- TENS
- EMS

wirken auf die Ausrichtung der Zellen im Körper (Ionenwanderung) und auf die Beschaffenheit der Zellwand. Elektrischer Strom erwärmt die Zellen.

#### Wassermanwendungen

Temperaturreiz und mechanischer Reiz treffen auf zahlreiche feine Nervenendigungen in der



Abb. 5 Für das Materialbad handelsübliche Zutaten (Linsen, Erbsen oder Mohn) in einen Behälter einfüllen und Hand, Arm oder Fuß darin bewegen. Zur Steigerung des massierenden Effektes können Münzen oder andere kleine Gegenstände auf dem Behälterboden ertastet werden. Die Abkühlung des Materials im Kühlschrank vor der Anwendung kann zusätzlich positive Wirkung auf die Gefäße haben. *Foto: C. Winkelmann*

Haut und wirken von dort anregend oder beruhigend auf den ganzen Körper.

Kaltes Wasser hat Temperaturen bis 15 °C; zunächst verengen sich die obersten Hautgefäße. Nach kurzer Zeit aber erweitern sie sich. Diese Reaktion wird als angenehm warm empfunden. Die Haut und der Körperteil werden leicht hellrot.

#### Achtung

Der Körper muss vor jeder Kaltanwendung warm sein. Immer an einem dem Herzen am weitesten entfernten Punkt beginnen.

Warmes Wasser hat Temperaturen von 35 bis 42 °C.

Zunächst erweitern sich die Hautgefäße – auch tieferliegende Arterien. Die Haut rötet sich stärker als bei Kältereizen. Das Blut wird aus dem Körperinneren nach außen transportiert.

#### Achtung

Nach dem Essen sammelt sich reichlich Blut in den Verdauungsorganen. Daher soll direkt nach der Mahlzeit kein Bad genommen werden.

#### Güsse

Kalt bzw. im Wechsel warm und kalt

- Armguss
- Knieguss

mit Badeschlauch ohne Brause, Wasserhahn oder Gartenschlauch (s. Abb. 7).

#### Bäder

Kalt oder warm, im Wechsel warm und kalt, an- oder absteigend

1. Wassertreten
2. Fußbad, Armbad
3. Sitz- und Vollbad

zu 1. Wassertreten wirkt ableitend und erfrischend



Abb. 7 Kneippscher Knieguss mit Gartenschlauch. *Foto: F. Keifel*

- im Storchengang
- Wassertiefe 20 bis 30 cm
- in freien Gewässern, Badewanne, 2 Schüsseln und im Bassin.

#### zu 2. Warmes Fußbad

zur besseren Erwärmung des Körpers, beruhigt das Nervensystem

- Beine bis zur Mitte der Unterschenkel eintauchen
- in Schüssel.

#### zu 2. Armbad mit Kohlensäure

zur besseren Durchblutung des Unterarms, wirkt abschwellend

- Arm weitmöglich eintauchen
- in Schüssel, Waschbecken, Blumenkasten
- auch mit Trainingsgeräten, wie Schwämme, Softbälle

#### zu 3. Warmes und ansteigendes Sitz- und Vollbad

zur Überwärmung des Körpers, Entlastung von Kreislauf und Herz, Senkung des Blutdrucks, Steigerung der Durchblutung des Kopfes

- in Schüssel und Badewanne
- Badezusätze verstärken durch aromatisch duftende Öle (ätherische Öle) die Wirkung der Bäder.

#### Packungen/ Kompressen

- Kalt oder warm,
- Wichtig ist, dass die Temperatur während der Anwendung gehalten wird.
- Wärmespeicher.

Autorinnen:

Claudia Winkelmann,

Friederike Keifel

#### Grundlagen und Wirkungsweise der Physiotherapie

*Die Autorinnen hoffen, Anregungen zur Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz gegeben zu haben. Physiotherapie ist kein Backrezept, die Individualität der einzelnen Person steht im Vordergrund. Wir wünschen gute Erfahrungen und Erfolge bei der Anwendung. Ganz herzlichen Dank sagen wir an dieser Stelle auch unseren ProbandInnen für die Fotoanfertigung.*

## Tipps für den Umgang mit chronischen Schmerzen Was kann mir helfen?

- Nehmen Sie jeden Schmerz ernst und lindern Sie ihn sofort.
- Wenn der Schmerz länger andauert, gehen Sie zum Arzt.
- Probieren Sie nicht selbst Schmerzmittel aus und nehmen Sie diese nicht über einen längeren Zeitraum ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ein.
- Lassen Sie nach einem Unfall, einer Operation oder einer Verletzungen durch Ärzte sicherstellen, dass Sie während der Genesung schmerzfrei sind.
- Informieren Sie sich beim Arzt genau über die Ursachen der Schmerzen und die geplante Schmerzbehandlung. Lassen Sie sich auch über Schmerzbehandlung nach Operationen informieren und beraten.
- Wenn Schmerzen öfter wieder auftauchen, führen Sie ein Schmerztagebuch. Es erleichtert dem Arzt, die Ursache herauszufinden.
- Nehmen Sie Behandlungskonzepte des Arztes nicht nur passiv hin, sondern denken Sie auch selbst mit und bleiben Sie aktiv. Nur ein mitdenkender Patient kann dem Arzt helfen, die richtige Therapiemethode zu finden.
- Erlernen Sie bei länger andauernden Genesungsphasen Entspannungstechniken. So kann man innere Ruhe und damit Distanz zum Schmerz schaffen.
- Mit Massagen, Bädern, Hitze- und Kältebehandlungen können Sie verkrampte Muskulatur lockern und die Durchblutung verbessern.
- Holen Sie sich im Zweifelsfall immer eine zweite Meinung ein.
- Vermeiden Sie Stress, planen Sie den Alltag gut, sorgen Sie für einen regelmäßigen Tag-Nacht-Rhythmus, ernähren Sie sich gesund.
- Suchen Sie den Gedankenaustausch mit anderen Betroffenen in einer Selbsthilfegruppe von UVSD SchmerzLOS e. V., holen Sie Informationen ein und bringen Sie Verständnis für die eigene Krankheit auf.
- Geben Sie auf keinen Fall auf!

Quelle: Planet-Wissen.de

# Eine der besten Erfindungen der Menschheit



**R**ollatoren sind die zweitbeste Erfindung nach dem Bett“, meint Margrit Lindner und lacht. Nach einer Hüftoperation und wegen Lungenbeschwerden schaffte sich die heute 71-Jährige einen Rollator an. Seitdem ist er ihr ständiger Begleiter, wenn sie das Haus verlässt. „Ohne den Rollator müsste ich zu Hause bleiben und würde vom Leben draußen gar nichts mehr mitkriegen“, erzählt sie. Auch ihre Einkäufe erledigt die agile Seniorin dank des Rollators allein. Wenn ihr die Puste ausgeht, setzt sie sich einfach für eine Weile auf den integrierten Sitz. Um weitere Strecken zu bewältigen, benutzt sie den Bus. „Der Busfahrer senkt für mich den Bus zum Ein- und Aussteigen ab, das klappt prima“, freut sie sich. Ein toller Nebeneffekt des Rollators: „Durch ihn bin ich gezwungen, aufrecht zu gehen. Dadurch habe ich keine Gelenk- und Rückenschmerzen mehr.“

Für viele Menschen ist es zunächst nicht leicht, diese Mobilitätshilfe zu akzeptieren. Am besten wendet man sich an das Sanitätshaus

seines Vertrauens. Wenn die Nutzer dann aber feststellen, dass sie ihnen Freiheit und Selbständigkeit schenkt, sind viele begeistert.

Einen Rollator kann man mit einem Rezept des Arztes bekommen. Eine Hilfsmittelverordnung muss zunächst von der Krankenkasse genehmigt werden. Einen komfortableren, leichteren Rollator muss man allerdings selbst bezahlen. Deswegen lohnt es sich, zunächst das „Krankenkassenmodell“ auszuprobieren. Dieser bietet sinnvolle Hilfen zum Laufen, Sitzen und Transportieren. Der vermeintliche Nachteil, das höhere Gewicht, ist aber die Stabilität.

Im Allgemeinen unterscheidet man vier Typen von Rollatoren:

Standard-Rollatoren, Leichtgewichts-Rollatoren, Outdoor- und Indoor-Rollatoren. Bei Standard-Rollatoren und Leichtgewichts-Rollatoren handelt es sich um Allrounder, die man drinnen und draußen einsetzen kann. Outdoor-Rollatoren sind Spezialisten, die man auch auf schwierigem Gelände einsetzen kann, während Indoor-Rollatoren perfekt an Innenräume angepasst sind. Es gibt sogar schon Verbraucher-Testberichte für die verschiedenen Arten von Rollatoren.

Der Rollator sollte durch das Fachpersonal auf die eigene Größe eingestellt werden. Es ist auch wichtig zu wissen, wie man mit einem Rollator geht. Man sieht relativ oft, dass Rollatornutzer vorgebeugt gehen, sich nicht auf den Rollator stützen, ihn nicht zur Stabilisierung des Gehens nutzen, sondern ihn weit vor sich herschieben. So genutzt ist der Rollator manchmal eher eine Gefahr, weil er nach vorne wegrollen kann, so dass der Rollatornutzer nach vorne fällt und stürzt.

Richtig ist es, aufrecht zwischen den Handgriffen zu gehen. Die Hände umfassen entspannt und ohne Anstrengung die Handgriffe. Der Rollator soll das Gehen erleichtern, Sicherheit geben. Dies auch dadurch, dass man sein Gepäck darauf ablegen und auch mal eine Sitzpause einlegen kann.

## Sicher mit dem Rollator unterwegs

- Achten Sie darauf, dass die Feststellbremse beim Sitzen angezogen ist. So vermeiden Sie ein Wegrollen und damit Stürze.
- Überschreiten sie die angegebene Nutzlast nicht.
- Halten Sie auf abschüssigen Wegen stets die Fahrbremse bereit, damit der Rollator nicht unbeabsichtigt wegrollt.
- Wenn Sie sich unsicher fühlen, gehen Sie Kantsteine und Stufen rückwärts hinunter. Betätigen Sie dabei die Bremse.
- Nehmen Sie in Bussen und Bahnen nicht auf der Sitzfläche des Rollators Platz, da dieser beim Beschleunigen und Bremsen wegrutschen kann.



## Die Geschichte vom reichen Mann

Ein reicher Mann lag einst im Sterben. Sein ganzes Leben hatte sich nur um Geld gedreht, und als es nun mit ihm zu Ende ging, dachte er, dass es nicht schlecht wäre, auch im Jenseits immer ein paar Rubel zur Hand zu haben. Darum bat er seine Söhne, ihm einen Beutel voll Rubel in den Sarg zu legen. Die Kinder erfüllten ihm diesen Wunsch. Im Jenseits angekommen, entdeckte er eine Anrichte mit Speisen und Getränken, wie im Erster-Klasse-Wartesaal eines großen Bahnhofes. Vergnügt betrachtete er seinen Beutel und trat an die Theke. Alles, was dort angeboten war, kostete eine Kopeke: die appetitlichen Pastetchen ebenso wie die frischen Sardinen und der Rotwein. „Billig“, dachte er, „alles sehr billig hier,“ und wollte sich einen guten Teller voll bestellen. Als der Mann an der Theke ihn fragte, ob er auch Geld habe, hielt er ein Fünf-Rubel-Stück hoch. Doch der Mann sagte trocken: „Bedaure! Wir nehmen nur Kopeken!“ Der Reiche, inzwischen – wie sich leicht nachvollziehen lässt – furchtbar hungrig und durstig, befahl daraufhin seinen Söhnen im Traum, den Beutel mit Rubeln im Grabe auszutauschen gegen einen Sack Kopeken. So geschah es. Und triumphierend trat er wieder an die Theke. Doch als er dem Mann hinter der Theke eine Handvoll Kopeken übergeben wollte, sagte der lächelnd, aber bestimmt: „Wie ich sehe, haben Sie dort unten wenig gelernt. Wir nehmen hier nicht Kopeken, die Sie verdient, sondern nur die Sie verschenkt haben.“

*Leo N. Tolstoi (1828 -1910)*  
*Russischer Schriftsteller*



# Gute Laune essen

**G**erade in der dunklen Jahreszeit lechzt unser Körper nach Süßem. Die zuckerhaltigen Speisen fördern die Produktion von Serotonin, das man auch als „Glückshormon“ bezeichnet.

Kohlehydrate (Zucker) in Lebensmitteln sorgen über den Insulin-Ausstoß in der Bauchspeicheldrüse dafür, dass der Eiweißbaustein Tryptophan leichter vom Gehirn aufgenommen wird, so dass es daraus Serotonin bilden kann. Schokolade enthält zudem geringe Mengen des Marihuana ähnlichen Wirkstoffs Anandamid. Zwar ist die Konzentration für eine Rausch viel zu gering, aber Wissenschaftler schließen

nicht aus, dass er mit zum Wohlgefühl beiträgt.

Auch andere Lebensmittel beeinflussen die Stimmung. Forscher fanden heraus, dass dies je nach Lebensalter unterschiedlich ist. Bei jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) führte der regelmäßige Verzehr von Fleisch zum Aufbau von Serotonin und Dopamin, die beide die Stimmung fördern. Bei über Dreißigjährigen stieg die Stimmung, wenn sie regelmäßig Früchte mit vielen Antioxidantien verzehrten, also z. B. Beeren, Zitrusfrüchte oder Äpfel. Negativ wirkten sich dagegen Lebensmittel und Ernährungsgewohnheiten aus, die das sympathische Nervensystem unangemessen ak-

tivieren wie Kaffee, viele Kohlenhydrate oder das Weglassen des Frühstücks.

Eine weitere Studie der Binghamton University zeigte, dass Frauen vermutlich eine nährstoffreichere Ernährung benötigen, um ein positives emotionales Wohlbefinden zu erreichen.



befinden zu unterstützen.

## Lebensmittel, die die Produktion von Glückshormonen ankurbeln

**Avocado:** Eine kalorienreiche Frucht, die aber reich an Nährstoffen wie Leuzin und Isoleuzin ist, die wichtig für die Bildung von Serotonin sind. Kalium und Magnesium unterstützen die Übertragung von Nervensignalen zum Gehirn.

**Banane:** Die gelbe Schale der Tropenfrucht wirkt allein schon stimmungsaufhellend. Sie enthalten Kohlenhydrate aus Fructose, Glucose und Sucrose. Bananen sorgen langanhaltend für Energie und versorgen ebenfalls den Kör-

per mit den Vitaminen C, B6, B2 sowie Folsäure und Kalium.

**Kartoffeln:** Für alle, die schnell Energie und gute Laune benötigen, werden Kartoffeln empfohlen. Die Kartoffelstärke wird schnell vom Körper abgebaut, so dass es schon nach etwa 30 Minuten zu einem Insulinausstoß kommt. Kartoffeln sind vitaminreich und kalorienarm.

**Milchprodukte:** In Milch, Jogurt und Käse steckt reichlich Kalzium. Dieser Knochenmineralstoff hilft auch Frauen, die aufgrund des Prämenstruellen Syndroms unter Stimmungsschwankungen leiden.

**Chili und Co:** Aus den Früchten der Chili-Pflanze wird Cayenne-Pfeffer gewonnen. Das darin enthaltene Capsai-

cin wird vom Gehirn irrtümlich als Schmerz gedeutet, wodurch es vermehrt Endorphine ausschüttet. In Paprika ist ebenfalls viel Vitamin C enthalten. Damit das Capsaicin wirken kann, sollten Paprika am besten roh geknabbert werden.

**Getränke:** Schon bei einem Flüssigkeitsverlust von nur zwei Prozent lassen die geistige Leistungsfähigkeit und damit auch die Stimmungslage nach. Deshalb sollte jeder ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, Erwachsene etwa 1.5 bis 2 Liter am Tag, auch in der kalten Jahreszeit, wenn das Durstgefühl geringer ist.

Quelle: Schleswig-Holsteinischer Zeitungsverlag

# Rationierung in der Medizin

## Nachdenken über ein schwieriges Thema

**R**essourcenknappheit in der Gesundheitsversorgung wird allein mit Rationalisierungsmaßnahmen nicht zu lösen sein. Deswegen verlangt der österreichische Moraltheologe und Ethiker Dr. Johann Platzer von der Universität Graz, dass über eine „Ethik der Rationierung“ bzw. „Priorisierung“ nachgedacht werden muss.

In der westlichen Medizin kommt es durch den rasanten medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung zu einer stetigen Verknappung von Ressourcen. Menschen werden immer älter und die medizinischen Möglichkeiten größer. Dadurch ergeben sich aber auch vermehrt Fragen nach einer gerechten und fairen Verteilung der vorhandenen Mittel.

Fragen von Fairness und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen sollten immer nur inter- bzw. transdisziplinär erörtert werden. Das Problem in der Debatte ist laut Platzer, dass nur das als gerecht angesehen wird, was vom jeweiligen Standpunkt aus als gerecht erscheint. Die Ethik muss den Blick auf das Ganze richten. Sie muss versuchen, die Interessen aller Betroffenen ins Spiel zu bringen. In den meisten Fällen gibt es nicht die gerechte Lösung, sondern immer nur verschiedene Lösungen, die mehr oder weniger gerecht sind. Gerechtigkeit muss immer unter dem Aspekt des Ausgleichs von Interessen gesehen werden. Die größte Herausforderung besteht darin, die verschiedenen Interessen zu sichten, transparent zu machen und Plattformen für einen gemeinsamen Dialog zu schaffen.

Bei einer Veranstaltung zu „Gerechter Medizin“ waren sich die Vertreter der unterschiedlichen Disziplinen darin einig, dass sich Ressourcenknappheit in Zukunft mit Rationalisierungsmaßnahmen allein nicht lösen lassen lässt.

Deshalb muss ganz allgemein neben einer „Ethik der Verschwendungsvermeidung“ auch über eine „Ethik der Rationierung“ bzw. „Priorisierung“ nachgedacht werden. Man muss sich beispielsweise überlegen, ob auch Ärzte mit in die Verantwortung genommen werden oder ob solche Rationierungsmaßnahmen nur auf den höheren Stufen der Meso- und Makroebene entschieden werden sollen. Einigkeit besteht zumindest darin, dass Mediziner in solchen Situationen nicht alleine gelassen werden dürfen, da sich mangelnde Transparenz bei der Ressourcenverteilung auch auf das Arzt-Patienten-Verhältnis vertrauensmindernd auswirken würde. Aus der Tatsache, dass Gesundheitssysteme hierzulande meist solidarisch finanziert werden, ergibt sich ein Recht der Öffentlichkeit, Auskunft über solche Rationierungs- bzw. Priorisierungsmaßnahmen zu erhalten. Es muss immer wieder versucht werden, sich über gerechtigkeitstheoretische Kriterien zu einigen, die für solche Verfahren herangezogen werden können. In Ländern wie Schweden oder Großbritannien gibt es schon unterschiedliche Modelle und gemeinsam erarbeitete Priorisierungslisten. Partizipative Entscheidungsmodelle solcher Art könnten auch hierzulande als Vorbild dienen.

Die Gesundheitsausgaben in Österreich entsprechen einem BIP-Anteil von etwa elf Prozent,

womit dieses Land weit über dem OECD-Schnitt liegt. Es scheint somit genug Geld im System vorhanden zu sein. Allerdings ist das Gesundheitssystem auch sehr krankenhaus- und arztlastig, das verhältnismäßig viel finanzielle Ressourcen verbraucht. Studien zeigen, dass in anderen Ländern Menschen etwa dreimal weniger ins Krankenhaus gehen und dort auch weniger Zeit verbringen. Trotzdem erreichen sie eine längere Lebenszeit und das bei guter Gesundheit. Der Grund dafür liegt vor allem darin, dass auch andere Berufsgruppen relevante Aufgaben übernommen haben. Hier umzusteuern wäre ein Gebot der Stunde.

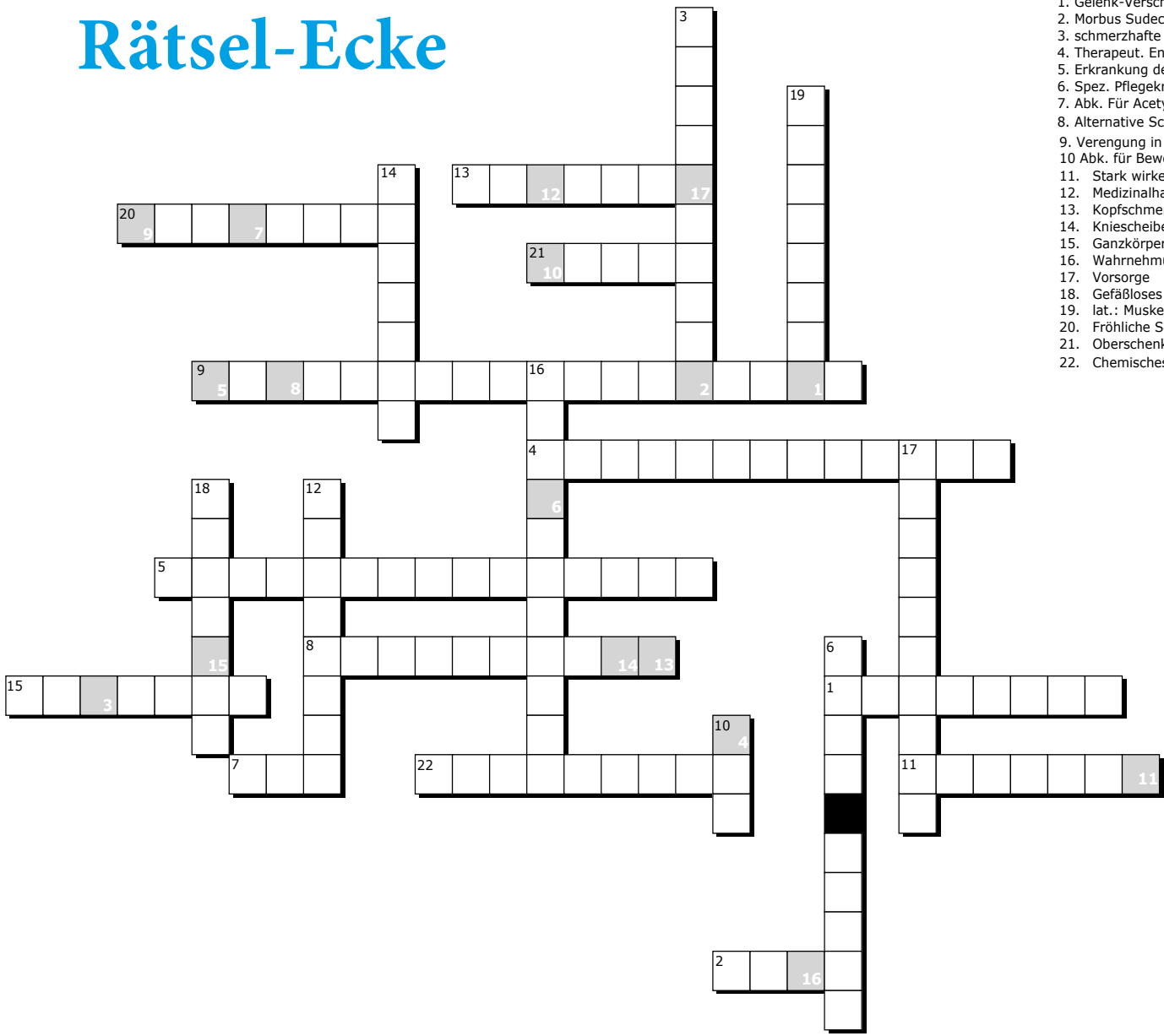
Aus anderen Studien geht hervor, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen in Europa zwar für einen Großteil der Bevölkerung prinzipiell gewährleistet ist, dass die realen Chancen für die Inanspruchnahme von Leistungen jedoch ungleich sind. Das betrifft vor allem armutsgefährdete und sozial ausgegrenzte Gruppen. Hier müsste der Fokus vermehrt auf Realisierungsmöglichkeiten von Chancengerechtigkeit gerichtet werden. Dies sind nur ein paar Beispiele, die sich noch lange fortführen ließen. Denken Sie beispielsweise an die faktisch vorhandene „Mehr-Klassenmedizin“.

Platzer fordert, dass es eine umfassende Analyse und Beurteilung von Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen gibt. Diese bedarf nicht nur eines ständigen inter- und transdisziplinären Dialogs. Das Thema muss in der medizinischen und medizinethischen Ausbildung verankert werden.

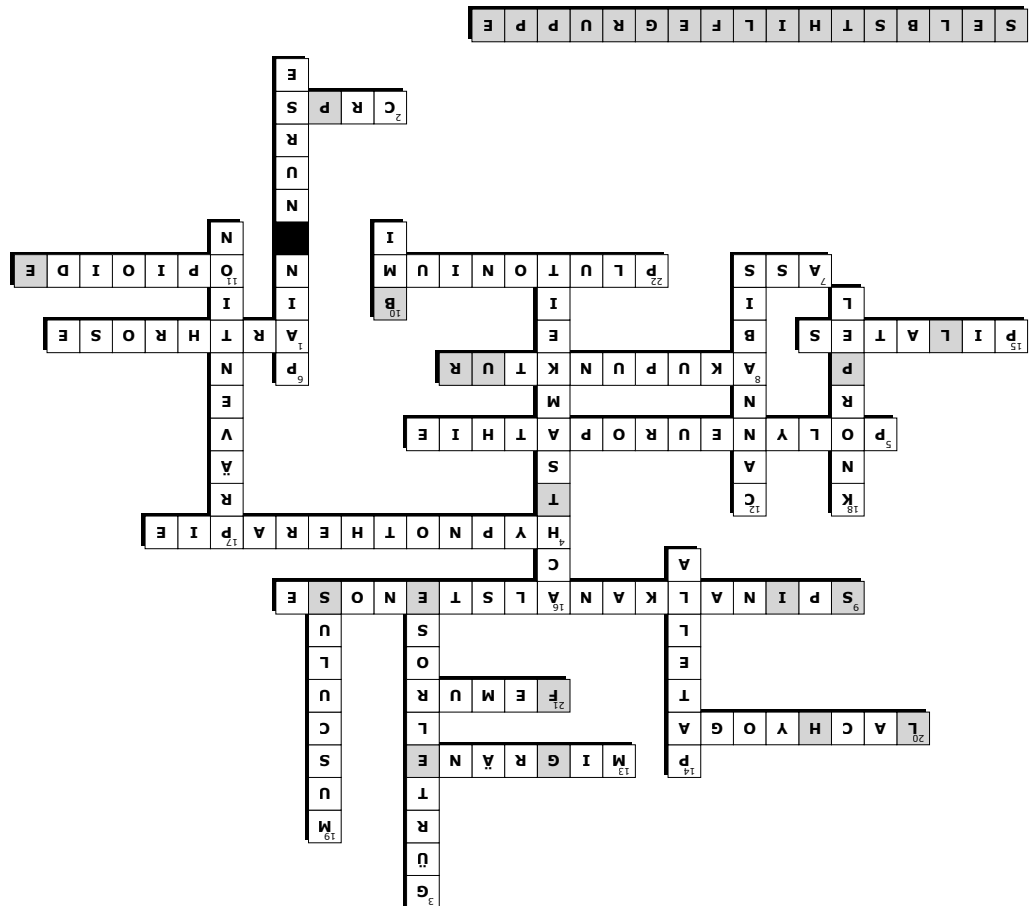
*Quelle: Gerechte Gesundheit*

# Rätsel-Ecke

1. Gelenk-Verschleiß
2. Morbus Sudeck
3. schmerzhafte Nervenerkrankung
4. Therapeut. Entspannungsverfahren
5. Erkrankung des Nervensystems
6. Spez. Pflegekraft für Schmerzpatienten
7. Abk. Für Acetylsalizylsäure
8. Alternative Schmerztherapie
9. Verengung in der Wirbelsäule
10. Abk. für Bewertung des Körpergewichts
11. Stark wirkende Schmerzmittel
12. Medizinalhanf
13. Kopfschmerz
14. Kniescheibe
15. Ganzkörpertraining
16. Wahrnehmungsübung
17. Vorsorge
18. Gefäßloses Stützgewebe
19. lat.: Muskel
20. Fröhliche Schmerztherapie
21. Oberschenkelknochen
22. Chemisches Element



## Lösung







## 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: Peter Atkins/Adobe Stock

S. 3: Frank Bergs

S. 5+6: Privat

S. 7: sebra/Adobe Stock

S. 8: Antonioguillen/Adobe Stock

S. 10: Alexander Raths/Adobe Stock

S. 12/13: Privat

S. 14-18: C. Winkelmann/F. Keifel

S. 20: Egon Häbich/pixelio.de

S. 21: Heike Norda

S. 22: epiximages/Adobe Stock

- 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

Stand: 05.02.2019

Ort / Termin	Kontakt
Bad Honnef Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Bad Honnef Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
Berlin Jd. 1. Mittwoch 18 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin Jd. 3. Dienstag 12 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin/Steglitz Jd. 3. Mittwoch 13 und 18 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin/F`hain Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Michael Buchheim fon 0176 - 711 52 103 fluss99@posteo.de
Erding Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
Freiburg Termine bitte anfragen	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Göttingen Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
Güstrow Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Güstrow fon 03843 - 776 1037 info@schmerzlos-ev.de
Hamburg I Jd. 4. Mittwoch 18 Uhr	Esther Mohr fon 0176 - 5707 5811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de
Hamburg II Jd. 2. Mittwoch 17 Uhr	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Hamburg III Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
Hannover Termine bitte anfragen	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-ev.de
Harsefeld Jd. 3. Donnerstag 18:30 Uhr	Sabine Linngrön fon 04166 - 848 348 linngroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de

Ort / Termin	Kontakt
Hopfen am See Jd. 2. Mittwoch 19 Uhr	SchmerzLOS SHG Hopfen/Füssen fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Jena Jd. 1. Montag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Jena fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
Köln Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
Lübeck I Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Lübeck II Jd. 3. Dienstag 17 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Mühdorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr gen. Termin anfr.	Stephanie Breitenicher CRPS-Gruppe fon 01579 - 2317200 info@muehdorf-crps.de
München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. Termin anfr.	Christina Schubert CRPS-Gruppe fon 01579 - 2330 100 info@muenchen-crps.de
Neumünster I Jd. 1. Montag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
Neumünster II Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Chronischer Schmerz Gesprächskreis Kontakt: ZKS, fon 04321- 419 119 M@il: info@schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
Schleswig Jd. 2. Donnerstag 16:30 Uhr	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 c.doormann-erken@gmx.de
Schwerte I Jd. letzt. Montag 17:30 Uhr	Jürgen Pape fon 02304 - 237 30 27 j.pape-do@t-online.de
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. 