

SchmerzLOS

AKTUELL

3/2017



Chronische Schmerzen - Eine gesellschaftliche Herausforderung

Schwerbehindertenausweis für Schmerzpatienten

Osteoporose - Wenn die Knochen brechen

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor Ihnen liegt wieder ein prall gefülltes Heft mit Artikeln aus unterschiedlichen Themenbereichen.

Im Mittelpunkt steht der Schmerzpatient, der mit einer multimodalen Schmerztherapie optimal versorgt werden kann. Auf politischer Ebene vertritt UVSD SchmerzLOS e. V. die Interessen der Schmerzpatienten. Auf europäischer Ebene konnte unser Mitglied Dr. Britta Lambers für den Verein und die Schmerzpatienten beim diesjährigen SIP-Kongress auf Malta teilnehmen. Der Vorstand hat etwa 140 Bundespolitiker angeschrieben. Die Antworten, die wir erhielten, lesen Sie in dieser Ausgabe. Wir setzen uns für die Schmerzpatienten in Deutschland ein. So konnten wir auch zusammen mit der Deutschen Schmerzgesellschaft den „Kampf“ um eine bessere Versorgungsmedizin-Verordnung, die die Grundlage für die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ist, ein wenig vorantreiben.

Gern würden wir noch mehr Menschen unter dem Dach von UVSD SchmerzLOS e. V. vernetzen. Wenden Sie sich an uns, wenn Sie Informationen benötigen oder selbst aktiv werden wollen, z. B. wenn Sie eine Selbsthilfegruppe für Schmerzpatienten gründen möchten. Auf unsere Hilfe können Sie zählen!

Ein gutes und anregendes Leseerlebnis wünscht

Ihre / Eure



Heike Norda

1. Vorsitzende



Inhalt

Chronische Schmerzen - eine gesellschaftliche Herausforderung	3
Mona - die Geschäftsstellenkatze berichtet	5
Medikamentenzuzahlung	5
Der Schwerbehindertenausweis	6
Die Tücken der Versorgungsmedizin-Verordnung für Schmerzpatienten	8
Aktualisierte Fibromyalgie-Leitlinie	9
Ärztliche Zweitmeinung	10
Bericht über den Erlebnistag Behinderung in Lübeck	11
Stellungnahme von Bündnis 90/Die Grünen	12
Stellungnahme von DIE LINKE	13
Stellungnahme der SPD	13
Schmerzpatienten engagieren sich auf europäischer Ebene	14
OnkoLotsin bietet Betreuung und Coaching für Krebspatienten	16
Osteoporose - Wenn die Knochen brechen	17
Kostenübernahme für Haushaltshilfen durch die gesetzlichen Krankenkassen	19
Länger leben durch die Mittelmeerküche?	19
Aktionstag gegen den Schmerz in Neumünster	20
UVSD SchmerzLOS e.V. ist umgezogen	20
Impressum	22
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	23
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	24

Chronische Schmerzen – eine gesellschaftliche Herausforderung

Die moderne Schmerztherapie bietet neue Ansätze

In Deutschland leiden rund 8 Mio. Menschen an chronischen Schmerzen. Diese hochkomplexen Krankheitsbilder mit vielseitigen Ursachen können viel Raum im täglichen Leben der Betroffenen einnehmen. Eine erfolgreiche Behandlung fußt auf individuellen Therapien und einem ganzheitlichen Ansatz. Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Schmerz „ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung

signales verloren und wird in diesem Fall heute als eigenständiges Krankheitsbild (Chronisches Schmerzsyndrom) gesehen und behandelt.

Diese Aussagen implizieren, dass Schmerz auch ohne Gewebeverletzung empfunden werden kann (seelischer Schmerz), aber auch, dass chronische Schmerzen im Gegensatz zu akuten Schmerzen als eigene Erkrankung die Lebensqualität maßgeblich beeinträchtigen. Untermauert wird

teil weiterer Erkrankungen ist durch Kopfschmerzen wie Migräne oder Spannungskopfschmerzen, aber auch durch Nervenschmerzen bedingt. Oft vergessen oder auch verschwiegen, sind Schmerzen im Rahmen psychischer Erkrankungen. Hierzu zählen nicht nur die Fibromyalgie oder somatoforme Schmerzstörungen, sondern auch Depressionen, Angststörungen und Traumastörungen. Daran ist unschwer zu erkennen, dass



Die Multimodale Schmerztherapie bedingt die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, darunter mindestens eine ärztliche Disziplin, verbunden mit einer psychologischen oder psychiatrischen Abteilung und weitere therapeutische Bereiche

einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“

Schmerz ist eine komplexe subjektive Sinneswahrnehmung, die als akutes Geschehen den Charakter eines Warn- und Leitsignals aufweist und in der Intensität von unangenehm bis unerträglich reichen kann. Der chronische Schmerz hat den Charakter des Warn-

die gesellschaftliche Relevanz chronischer Schmerzen von schlagkräftigen Zahlen. Bei ca. zehn Prozent der 8 Mio. Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, liegt ein schwer therapierbares Schmerzsyndrom vor. Die jährlichen Kosten dafür betragen mindestens 30 Mrd. Euro. Der chronische Rückenschmerz steht in punkto Bedeutung und Häufigkeit an erster Stelle und verursacht 16 Mio. Tage an Arbeitsunfähigkeit pro Jahr. Ein Groß-

Schmerzen in diesem erweiterten Kontext einen großen Raum einnehmen und fast allgegenwärtig sind.

Ein vielschichtiger Schmerz erfordert eine vielseitige Behandlung

Wie kann man aber nun an dieses diffizile Problem des chronischen Schmerzes herangehen? Hier prägen mehrere Begriffe das weitere Vorgehen. Zugrunde gelegt wird das biopsychosoziale Modell der Schmerzentstehung

und -unterhaltung. Dieses beinhaltet eine Einschätzung der Risikofaktoren, die eine weitere Schmerzchronifizierung begünstigen. Hierbei werden nicht nur biologische (körperliche) Faktoren berücksichtigt, sondern durch Einbeziehen der Schmerzpsychologie wird der Mensch als Ganzes, als Einheit gesehen. Weiter wird jeder Einzelne in seinem individuellen sozialen Umfeld und seiner Funktion betrachtet. Nur so lassen sich wichtige Zusammenhänge in diesem sich wechselseitig beeinflussenden Gefüge erkennen.

Geht man nach Analyse der zugrunde liegenden Faktoren zur Behandlung über, so werden die Begriffe der Multimodalität und Multidisziplinarität wichtig. Die Multidisziplinarität bedingt die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, darunter mindestens eine ärztliche Disziplin, verbunden mit einer psychologischen oder psychiatrischen Abteilung, weiter mehrere therapeutische Bereiche wie Physio- und Ergotherapie, die ergänzt werden können durch Musik- und Bewegungstherapie, zum Beispiel Yoga. Der Ansatz der multimodalen Schmerztherapie stellt unterschiedliche Bausteine nahezu gleichberechtigt nebeneinander: Medizinische Behandlung, intensive Information und Schulung auf der Basis eines biopsychosozialen Schmerzmodells sowie körperliche Aktivierung, psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen und ergotherapeutische Behandlungsteile.

Dies bedeutet eine deutliche Intensivierung und Spezialisierung der Behandlung, da sich nun gleichzeitig mehrere therapeutische Fachbereiche wie Neurologen, Psychologen, Orthopäden und Anästhesisten um einen Patienten kümmern und parallel unterschiedliche Therapieverfahren zum Einsatz kommen. So lassen sich meist trotz des langen Bestehens der Schmerzen und zahlreicher erfolgloser Therapieversuche eine Linderung der Schmerzen und vor allem eine Steigerung der Lebensqualität erreichen. An dieser Stelle sei betont, dass

eine ausreichende Schmerzlinderung nicht nur weniger Schmerzen bedeutet, sondern oft auch das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit. Dies hat weiterreichende Auswirkungen: Unter anderem eine Verbesserung der finanziellen Situation, eine zunehmende Teilhabe am sozialen Leben wie beispielsweise die Wahrnehmung von Hobbys und Interessen sowie eine bessere Mobilität.

Interdisziplinärer Ansatz am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach zeigt Erfolg

Die Schmerzambulanz am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach folgt diesen Prinzipien und blickt auf eine mehr als zehnjährige Erfahrung in der Behandlung von Schmerzen zurück. Generell können in stationärem Rahmen alle Schmerzerkrankungen behandelt werden, es haben sich jedoch Schwerpunkte entwickelt. Die Schmerzexperten am Karlsbader Klinikum behandeln unter anderem Patienten mit Schmerzen infolge von Erkrankungen und Schäden der Wirbelsäule, Osteoporose, Fibromyalgie, Schlaganfällen, Rückenmarksverletzungen und Durchblutungsstörungen. Weitere Schwerpunkte sind Kopf- und Nervenschmerzen (Restless-legs-Syndrom, Neuralgien) und psychosomatisch bedingte Schmerzen.

„Das Wichtigste ist ein ausreichend großes Schmerzteam, das die Patienten in allen Belangen ernst nimmt und auf hohem Niveau behandelt. So nimmt das Diskutieren der individuellen Probleme jedes einzelnen Patienten einen großen Raum ein“, erläutert Dr. med. Michael Fritz, Neurologe und ärztlicher Leiter der Schmerztherapie am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach. Dr. Fritz leitet ein dreiköpfiges Ärzteteam, welches aktuell 16 Patienten auf einer separaten Schmerzstation betreut. Im Juli 2017 wurde die Station noch um sechs Betten erweitert. Die Ärzte werden unterstützt von in der Schmerztherapie erfahrenen Psychotherapeuten, leitender Psychologin des Teams ist Dr. phil. Steffen Aschenbrenner. Des Weiteren gehören zum festen Team mehrere Physiotherapeu-

ten, eine Bewegungstherapeutin, ein Musiktherapeut und eine Yogalehrerin. „Ein derart großes Team ist notwendig, wenn man alle Aspekte in der Behandlung berücksichtigen möchte. Außerdem ist auch die Pflege in Belangen der Schmerztherapie geschult“, so Dr. Fritz weiter.

Die eigentliche Behandlung beginnt bereits vor der Aufnahme des Patienten durch Sichten der eingereichten Unterlagen und Bilder. Anhand derer wird entschieden, welches Behandlungskonzept am besten zum jeweiligen Patienten passt. Beispielsweise wird entschieden, ob der Behandlungsfokus mehr auf Mobilisierung oder psychosomatischen Verfahren liegen soll. In vielen Fällen wird ein ambulantes Vorgespräch angeboten, um den Patienten und seine spezielle Problematik bereits vorab kennenzulernen. So ist von Anfang an ein individueller Therapieplan möglich, die Behandlung startet dann gleich mit einem großen gemeinsamen Wissen.

Am ersten Tag erfolgen Aufnahmegespräche durch die einzelnen Abteilungen (ärztlich, psychologisch und durch die Physiotherapeuten). So ist es möglich, sich schnell ein genaues Bild aus verschiedenen therapeutischen Perspektiven zu machen. Sollte noch eine ergänzende Diagnostik notwendig sein (z. B. MRT), wird dies im Anschluss besprochen. Sobald der individuell angepasste Therapieplan steht und mit dem Patienten besprochen wurde, beginnt die Behandlung. „Um Veränderungen schnell festzustellen und darauf reagieren zu können, sind tägliche ärztliche Visiten, auch am Wochenende, sehr wichtig“, erklärt Dr. Fritz. „Nur so werden wirklich alle Informationen gesammelt, und die Therapie kann umgehend angepasst werden.“ Der Austausch der Informationen zwischen den einzelnen Therapeuten und Abteilungen wird durch wöchentliche Teamkonferenzen gewährleistet, so dass immer ein Gesamtkonzept bestehen bleibt. Platz für persönliche Dinge bieten psychotherapeutische und ärztliche

Einzelgespräche. Sie dienen auch der Planung der Therapie nach der Entlassung (Abschlussgespräch) und dem Aussprechen weiterer Empfehlungen.

Hohe Spezialisierung ermöglicht ziel- sichere Therapie komplexer Erkran- kungen

Ein besonderes Merkmal des SRH Klinikums Karlsbad-Langensteinbach ist die Betreuung von Patienten mit einer komplexen Symptomatik. Das können chronische, langjährige Kopfschmerzen wie Migräne sein, bei denen Aspekte der Akuttherapie, Prophylaxe, aber auch verstärkender Faktoren zu berücksichtigen sind. „Mit dem Verfahren des Biofeedbacks haben wir hier sehr gute Erfahrungen gemacht“, bestätigt Dr. Fritz. Langjährige Erfahrung und ein sehr enges Zusammen-
spiel – vor allem zwischen Ärzten und Psychologen – sind vor allem bei einer Entzugstherapie notwendig. „Besonders dann, wenn Opiate oder andere Schmerzmittel ihre Wirkung verloren

haben“, betont Dr. Fritz. Eine schwierige Situation liegt auch vor, wenn mehrere Operationen beispielsweise an der Wirbelsäule nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben. Dann müssen auch interventionelle Therapieverfahren wie Infiltrationen oder Neuromodulation in die Überlegungen miteinbezogen werden. Auch die Radiologie kommt hier zum Einsatz. Welche Schmerzbehandlung letztlich zum Zuge kommt, ob Standardeingriffe wie Facettengelenksinfiltrationen, periradikuläre Therapien, Kryo- und Thermotherapien, gepulste Radiofrequenztherapie, Simplicity-Katheter oder aber eine Stellatumblockade, Sympathicusblockaden, „sanfte“ Kyphoplastien (bei Wirbelkörperfrakturen) oder epidurale Schmerzkatheter hängt von der klinischen Untersuchung und der Vorgeschichte des Patienten ab. Schmerzkrankungen mit psychischer Begleitsymptomatik erfordern in der Regel ein Verlagern des Therapie-schwerpunktes weg von

den Medikamenten und hin zu Bewegungs- und Entspannungsverfahren, verbunden mit einer Psychotherapie. Wer unter Nervenschmerzen leidet, kennt das Problem der oft sehr schwierigen Behandlung und weiß ein erfahrenes Team zu schätzen, welches auch ungewöhnliche Therapieverfahren wie Ambroxol, Chili-Pflaster oder Neuromodulation in die Behandlungsplanung einbezieht.

„In jedem Fall benötigen Schmerzpatienten eine individuelle Therapie, die nur durch Kompetenz, interdisziplinäre Teamarbeit, Empathie, ausreichend Zeit und sehr viel Erfahrung möglich ist“, resümiert Fritz.



Kontakt:
Dr. med. Michael Fritz
SRH Klinikum Karls-
bad-Langensteinbach
Abteilung Neurologie/
Schmerztherapie

fon: +49 (0) 7202 61 3654
E-Mail: michael.fritz@srh.de

Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet:



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

Ausgabe hatte ich ja schon Veränderungen angedeutet; nun kann ich es ganz offen ausplaudern: Ich bin umgezogen!

War das eine Aufregung. Jede Menge Kartons standen hier rum, die ich natürlich alle inspizieren musste. Ihr wisst ja, ich liebe Kartons; und so konnte ich mal wieder richtig tolle Entdeckungen machen. Und dann die Schränke! Könnt Ihr euch vorstellen, was es so alles hinter abgerückten Schränken zu entdecken gibt. Massenhaft kleine Leckerlis, die im Laufe der Zeit sich dort angesammelt hatten. Und dann kam der große Tag, wo

der Möbelwagen vor der Tür stand und die Räume immer leerer wurden. Zum Schluss stand nur noch mein Körbchen dort und natürlich mein Diener, der Geschäftsstellenleiter. Mit einem Trick lockte er mich in mein Körbchen und hängte ein Drahtgitter davor. Hilfe, ich war eingesperrt! Die dann folgende Autofahrt auf dem Beifahrersitz war für mich sehr schlimm. Ich hasse Autofahren. Aber ich habe es überstanden und konnte mich danach in meiner neuen Umgebung wieder entspannen.

Die Geschäftsstelle ist jetzt in Lübeck, mein Diener der Geschäftsstellenleiter arbeitet aber in seinem neuen Homeoffice, das ist in Bad Schwartau. Und da ist jetzt auch meine neue Heimat. Das war richtig spannend, die neue Umgebung auszukundschaften. Erst mal die neuen Räume, die ganz fremd gerochen haben; und dann nach zwei Tagen durfte ich endlich auch nach draußen. Das ist eine tol-

le Gegend, ringsum die Gärten der Nachbarn mit Bäumen und Büschen und jede Menge Vögel, die ich soooo liebe 😊. Aber mein Lieblingsplatz ist doch auf unserer Terrasse, weil ich da meinen Diener immer gut



im Auge habe, denn er verwaltet ja die leckeren Dreamies, die ich soooo gerne mag. Ich füge mal ein Bild von meinem neuen Lieblingsplatz bei. Was es sonst hier aus meiner neuen Umgebung zu berichten gibt, verrate ich euch in der nächsten Ausgabe. Bis dahin: Tschüüüüs!

Der Schwerbehindertenausweis

Was bedeutet eigentlich „Grad der Behinderung“ und wie wird er ermittelt? Ab welchem Grad der Behinderung gilt man als schwerbehindert?

Eine Behinderung ist im Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) so definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Dadurch entstehen Beeinträchtigungen der Teilhabe an der Gesellschaft. Auf Antrag des behinderten Menschen stellt die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständige Behörde (Versorgungsamt bzw. Amt für soziale Dienste) das Vorliegen und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. den Grad der Schädigung (GdS) fest.

GdS und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist.

Den gesetzlichen Rahmen für die Zuerkennung eines GdB bzw. GdS bildet die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV).

Der GdB legt fest, wie stark sich die Behinderung des Einzelnen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirkt, unabhängig von einer beruflichen Tätigkeit und Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Der GdB wird in Zehnerschritten von 10 bis 100 festgestellt. Durch die Verwaltung wird erst ab einem GdB ab 20 eine Bewertung Funktionsbeeinträchtigungen bewertet, die sich auf alle Lebensbereiche (Alltag

und nicht speziell auf das Erwerbsleben beziehen. Der Maßstab für die Bewertung dieser Funktionsbeeinträchtigungen ist der gesunde, gleichaltrige Mensch.

Gesamt-GdB

Bei mehreren Funktionsbeeinträchtigungen werden die Einzel-GdB nicht rechnerisch addiert, sondern die Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB setzt den Maßstab. Bei allen weiteren Funktionsbeeinträchtigungen wird geprüft, ob sie das Ausmaß der Behinderung erhöhen, also eine Erhöhung des GdB von 10 – 20 bedingen. Maßgebend sind die Auswirkungen der

Wichtige GdB-abhängige Nachteilsausgleiche:

Ab GdB 30: Steuerfreibetrag im Rahmen der Einkommenssteuer
Ab GdB 50 zusätzlich: Bevorzugte Einstellung bzw. Beschäftigung, Kündigungsschutz, Begleitende Hilfen im Arbeitsleben, eine Woche Zusatzurlaub, vorgezogene Altersrente bzw. Pensionierung

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche:

Merkzeichen G: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Stra-

unbefristet

Schwerbehindertenausweis

Grad der Behinderung (GdB): 60

Der Ausweis ist gültig ab: 01.11.2006

Abweichend hiervon kann mit diesem Ausweis nachgewiesen werden:

© Gabriele Rohde / fotolia.com

einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Schwerbehinderung

Für die Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ist ein GdB von 50 erforderlich.

Ab einem GdB von 30 bis unter 50 ist auf Antrag bei der Arbeitsagentur eine Gleichstellung mit Schwerbehinderten unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Diese wirkt sich nur auf den beruflichen Bereich aus und umfasst nicht alle Nachteilsausgleiche, die Schwerbehinderten zustehen.

Benverkehr

Dies bedeutet: Eine ortsübliche Strecke (in der Regel 2 km) kann nicht ohne Schwierigkeiten zurückgelegt werden, z. B. nicht innerhalb von 30 Minuten. Voraussetzung: mind. GdB 50 bei Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und/oder der unteren Gliedmaßen oder anderen Krankheiten (z. B. Herzleiden) Merkzeichen G ist das am häufigsten erteilte Merkzeichen.

Nachteilsausgleich: Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (z. Zt. € 80,- / Jahr) oder Kfz-Steuerermäßigung. Ggf. sind eine Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe und andere Nachteilsausgleiche möglich.

Merkzeichen aG: Außergewöhnliche Gehbehinderung

Voraussetzung: Man kann sich nur mit fremder Hilfe, oder nur mit großer Anstrengung außerhalb des Kraftfahrzeugs bewegen. Das Gehvermögen ist auf das Schwerste eingeschränkt. Beispiele: Querschnittsgelähmte oder Doppeloberschenkelamputierte usw. Bei der Nutzung eines Rollstuhles gilt: Es reicht nicht aus, dass ein Rollstuhl verordnet wurde, sondern die Betroffenen müssen ständig darauf angewiesen sein, weil sie sich sonst nur mit fremder Hilfe oder unter großer Anstrengung fortbewegen können.

Nachteilsausgleiche: Unentgeltliche Beförderung im Nahverkehr in ganz Deutschland, Kfz-Steuerbefreiung, Kfz-Kosten werden anerkannt für behinderungsbedingte Privatfahrten (im Rahmen des EStG), Parkerleichterung (Blauer Parkausweis, Parken auf Parkplätzen mit Rollstuhlsymbol), Parkplatzreservierung, kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden, Schlüssel für Behindertentoilette

Merkzeichen B: Berechtigung für eine ständige Begleitung

Voraussetzung: Bei schwer behinderten Menschen, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Beispiele: Querschnittsgelähmte, Blinde.

Nachteilsausgleiche: Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson (nicht des Schwerbehinderten) im öffentlichen Nah- und Fernverkehr. Merkzeichen B ist das zweithäufigste Merkzeichen.

Merkzeichen GI: Gehörlosigkeit

Dies betrifft Hörbehinderte mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beidseitig.

Nachteilsausgleiche: Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder Kfz-Steuerermäßigung, Befreiung oder Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht, ab GdB 90: Sozialtarif beim Telefon

Merkzeichen BI: Blindheit

Nachteilsausgleiche: Unentgeltliche Beförderung im Nahverkehr, Kfz-Steuerbefreiung, Befreiung von den Rundfunkgebühren, Parkerleichterungen, in den

meisten Gemeinden auch die Befreiung von der Hundesteuer

Merkzeichen RF:

Rundfunk- und Fernsehgebührenermäßigung, bei schweren Seh- oder Hörbehinderungen oder wenn Besuch von Veranstaltungen unmöglich ist, GdB von 50 – 80 ist Voraussetzung

Nachteilsausgleiche: Befreiung oder Ermäßigung von der Rundfunkgebührenpflicht

Merkzeichen H:

Hilflos, Hilfe muss nötig sein bei regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz (z. B. Körperpflege...), ab 2 Std. Grundpflege täglich

Nachteilsausgleiche: unentgeltliche Beförderung im Nahverkehr und Befreiung von der Kfz-Steuer, evtl. Befreiung von der Hundesteuer

Weitere Parkerleichterungen

Unter bestimmten Voraussetzungen erteilt die zuständige Stadt-, Gemeinde- oder Kreisverwaltung bzw. Ver-

GdS und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist.

kehrsbehörde einen bundeseinheitlichen orangenen Parkausweis für sonstige Parkerleichterungen, die aber nicht das Parken auf Parkplätzen mit Rollstuhlsymbol beinhalten.

Weitere Informationen unter diesem Link: http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Parkerleichterungen-292.html

Antragsverfahren

Der Antrag wird auf einem Formular bei der zuständigen Behörde (Versorgungsamt bzw. Amt für soziale Dienste) gestellt. Darin sollten alle Funktionsstörungen nachvollziehbar angegeben werden. Es können auf einem formlosen Ergänzungsblatt Notizen, wie z. B. der Tagesablauf mit den durch den Chronischen Schmerz bedingten Einschränkungen oder ein längerfristiges Schmerztagebuch

mit eingereicht werden. Antragsteller sollten sich von allen eingereichten Unterlagen Kopien anfertigen und alle im Antrag genannten Ärzte über den Antrag informieren.

Die Behörde führt eine Sachaufklärung und medizinische Prüfung durch. Dabei besteht für den Antragsteller eine Mitwirkungspflicht. Der Antragsteller muss alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erforderlich sind. Der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte muss zugestimmt werden. Die behandelnden Ärzte und Dritte sind von der Schweigepflicht zu entbinden. Der Antragsteller muss der Aufforderung zur Untersuchung nachkommen und gutachterliche Termine wahrnehmen.

Im Anschluss erhält der Antragsteller einen Bescheid. Ab einem GdB von 50 wird ein Schwerbehindertenausweis (befristet oder unbefristet) ausgestellt. Es besteht keine Verpflichtung, anderen Personen Einsicht in diesen Bescheid zu gewähren.

Verschlimmerungsantrag

Der Grad der Behinderung kann im Ausweis auch nachträglich geändert werden. Dazu sind aber ein Antrag auf Neufeststellung oder Verschlimmerung sowie ggf. erneute medizinische Gutachten notwendig. Man sollte damit rechnen, dass der GdB auch herabgesetzt werden kann.

Weitere Informationen zum Thema Schwerbehindertenausweis für Schmerzpatienten finden Sie auf der Website von SchmerzLOS.

Nach einem negativen Bescheid ist innerhalb einer Frist von vier Wochen ein Widerspruch möglich. Bewährt hat sich, den Widerspruch zunächst fristgerecht abzugeben und diesen nach Akteneinsicht zu begründen. Nach Erteilung eines Widerspruchsbescheids ist innerhalb einer Frist von ebenfalls vier Wochen eine gebührenfreie Klage vor dem zuständigen Sozialgericht möglich. Dafür wird bisher keine anwaltliche Vertretung benötigt. Hilfreich ist es, sich an die großen Sozialverbände, z. B. den Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) oder den Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), zu wenden. ■

Die Tücken der Versorgungsmedizin-Verordnung für Schmerzpatienten

Seit Jahren fordert die UVSD SchmerzLOS e. V. die Einbeziehung der Erkrankung Chronischer Schmerz in die Versorgungsmedizin-Verordnung. Die ICD-10-Kodierung, nach der Ärzte die Krankheiten kodieren und abrechnen, wurde 2009 um die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ erweitert, weil die bisherige diagnostische Klassifikation den bio-psycho-sozialen Charakter chronischer Schmerzen nicht wiedergegeben hat. Bisher fehlt jedoch eine entsprechende Bearbeitung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Dort ist die Krankheit Chronischer Schmerz bisher noch nicht ausdrücklich enthalten. Es gibt nur eine „Kann-Formulierung“, nach der die „üblicherweise vorhandenen Schmerzen“ bereits in den GdB-Tabellen der entsprechenden Erkrankungen enthalten seien.

Lediglich bei einer über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit, die nachgewiesen sein muss durch Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht.

Daran kritisiert Heike Norda, langjährige ehrenamtliche Richterin am Sozialgericht, jetzt am Landessozialgericht Schleswig, dass es sich nur um eine „Kann“-Verordnung handelt. „Es ist eine rechtlich unsichere Situation. Manche Gutachter und auch Richter setzen für eine Anerkennung voraus, dass der Antragsteller in Behandlung bei einem Schmerztherapeuten sein muss. Wie allgemein bekannt ist, gibt es davon viel zu wenige. Somit wird es Schmerzpatienten erschwert, eine Einstufung in die GdB-Tabelle mit ihrer Schmerzerkrankung zu bekommen. Außerdem bildet die Versor-

gungsmedizin-Verordnung nicht das bio-psycho-soziale Krankheitsbild des chronischen Schmerzes ab. Bei anderen Erkrankungen werden die Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft berücksichtigt. Beim chronischen Schmerz bisher leider nicht.“ Dieses Thema ist auch in den politischen Forderungen von SchmerzLOS enthalten (AKTUELL 2/2017).

Von Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft, wurde ein Gesprächstermin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Berlin organisiert. Für SchmerzLOS e. V. nahmen Hartmut Wahl und Heike Norda daran teil. Von Ministerialdirektor Dr. Rolf Schmachtenberg, Leiter der Abteilung V "Teilhabe, Belange behinderter Menschen, Soziale Entschädigung, Sozialhilfe", erfuhren die Gesprächsteilnehmer,

dass eine überarbeitete Verordnung in Arbeit ist. Darin soll auch der chronische Schmerz besser abgebildet sein. Am „Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“, der die Versorgungsmedizin-Verordnung fortentwickelt, sind jetzt auch zwei Patientenvertreter beteiligt, die ein Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht haben.

Ein Teil des Entwurfs der überarbeiteten Verordnung liegt SchmerzLOS e. V. mittlerweile vor. Darin ist vorgesehen, dass Schmerz nunmehr in drei Kategorien aufgenommen werden soll: als Begleitsymptom einer Gewebeschädigung oder -erkrankung, oder auch verstärkt durch psychische Komorbidität (= zusätzliche Erkrankung) oder Komorbidität und Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung. Bis jetzt ist leider nicht erkennbar, ob der Entwurf auch eine eigene



Thomas Isenberg (GF der Deutschen Schmerzgesellschaft), Heike Norda, Hartmut Wahl (Vorstand UVSD SchmerzLOS e.V.) v.l.n.r.

GdB-Tabelle beinhaltet wird. Zumindest werden offensichtlich die „Teilhabebeeinträchtigungen“ berücksichtigt. Ob dies ausreichen wird, werden wir erst feststellen können, wenn die neue Versorgungsmedizin-Verordnung, die jetzt noch mit den großen Verbänden diskutiert wird, vom Bundesrat verabschiedet wird. Dies wird nicht mehr vor der Bundestagswahl 2017 geschehen.

Aktualisierte Fibromyalgie-Leitlinie

Bei der Behandlung der Fibromyalgie tappen viele Ärzte nach wie vor im Dunkeln. Jetzt ist eine neue Leitlinie erschienen, die für mehr Klarheit bei Betroffenen und Ärzten sorgen soll.

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS) zeichnet sich in erster Linie durch chronische Muskel- und Gelenkschmerzen aus. Häufig treten auch Müdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit, schlechter Schlaf sowie Depressionen auf. FMS wird auch als „anhaltende somatoforme Störung“ bezeichnet, weil sich die FMS-Symptomatik bei manchen Patienten in zeitlichem Zusammenhang mit anhaltendem Stress (z. B. Arbeit, Familie) entwickelt. Eine somatoforme Störung liegt vor, wenn eine oder mehrere Körperbeschwerden, für die keine hinreichende somatische (körperliche) Krankheitsursache gefunden wird, über mindestens ein halbes Jahr anhalten und zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen. Man kann also nicht pauschal behaupten, dass Fibromyalgie eine psychiatrische oder psychosomatische Erkrankung ist.

Etwa 2 Prozent der Bevölkerung leiden unter FMS, gehäuft Frauen zwischen 40 und 60 Jahren.

Symptome

Vermutlich führt eine Kombination einer Veranlagung mit biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zu einem Fibromyalgie-Syndrom. Es gibt unterschiedliche Schweregrade des FMS. Betroffene mit einer leichten Ausprägung des FMS haben neben chronischen Schmerzen wenig andere körperliche und seelische Beschwerden und erleben kaum Beeinträchtigungen im Alltag. Schwer Betroffene haben zusätzlich zu den chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen zahlreiche und deutliche körperlich Beschwerden (z. B. Reizdarm, Reizblase) und seelische Beschwerden (z. B. depressive Störungen).

Diagnose

Beim Arzt werden körperliche und seelische Beschwerden, Einnahme von Medikamenten und Auswirkungen der Beschwerden im Alltag erfragt. Bei Labor- sowie bei Röntgenuntersuchungen finden sich beim FMS keine Auffälligkeiten. Bei der körperlichen Untersuchung gibt es eine Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur und an Muskel-Sehnenansätzen.

Behandlung

FMS ist nicht heilbar; die Beschwerden können gelindert werden sowie Lebensqualität und Funktion erhalten oder verbessert werden. Die Erkrank-

Etwa 2 Prozent der deutschen Bevölkerung leiden unter dem Fibromyalgie-Syndrom, gehäuft Frauen zwischen 40 und 60 Jahren.

kung besteht meistens lebenslang, daher empfiehlt die Leitlinie vor allem eigenständige Behandlungsmethoden, bei denen nicht oder kaum mit Nebenwirkungen gerechnet werden muss. Es wird eine abgestufte, individuelle Behandlung in Absprache mit dem Patienten empfohlen. Bei leichten Formen des FMS wird ein regelmäßiges Bewegen, ein leichtes Ausdauertraining angeraten sowie der Pflege der sozialen Kontakte und Hobbys. Mit vertrauten Personen solle man über die Erkrankung und über deren Auswirkung im Alltag sprechen. Dadurch lernen die Erkrankten, mit den Schmerzen und Beeinträchtigungen besser umzugehen.

Bei dem schweren FMS sollen zusätzlich körperbezogene Therapien, wie Ausdauertraining, Wasser- oder Trockengymnastik, niedrig-dosiertes Krafttraining und Tai Chi, Qi-Gong oder Yoga hinzukommen. Eine zeitlich befristete medikamentöse Therapie kann erwogen werden. Einen hohen Empfehlungsgrad geben die Autoren für die multimodale Behandlung, einer Kombination aus Entspannungstraining, kognitiver Verhaltens-

therapie und Ausdauertraining.

Bei schweren und ungünstigen Verläufen wird eine multimodale, multidisziplinäre Therapie empfohlen, die meistens tagesklinisch oder stationär durchgeführt wird.

Die Leitlinie empfiehlt Therapien wie Patientenschulung, Herz-Kreislauf-Training, Funktionstraining, Meditative Bewegungstherapien, Psychologische Verfahren, Physikalische Therapien und andere mehr. Ebenso werden Aussagen darüber getroffen, welche Therapien nicht empfohlen werden, wie z. B. die Einnahme von Entzündungshemmenden Schmerzmitteln (NSAR), Opioiden und weiteren.

Es sind sowohl eine Patientenversion dieser neuen Leitlinie als auch eine Patienteninformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erschienen. Unter diesem Link erhalten

Sie weitere Informationen:

www.patienten-information.de

Was sind Leitlinien?

Medizinische Leitlinien bieten Ärzten und Patienten Orientierung für die Auswahl einer Therapie. Sie sind systematisch entwickelte Expertenaussagen mit Behandlungsempfehlungen. Sie unterstützen die Entscheidungsfindung von Arzt und Patient und vermitteln den Stand des aktuellen medizinischen Wissens. Leitlinien sind rechtlich nicht bindend, stellen aber Handlungs- und Entscheidungskorridore dar. „Evidenz-basierte“ Konsensleitlinien werden von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) herausgegeben. An deren Erstellung sind neben Experten auch Patientenvertreter beteiligt.

Ärztliche Zweitmeinung: Wie sinnvoll ist sie? Was zahlt die Krankenkasse?

Steht eine Operation an, wollen viele Patienten auf Nummer sicher gehen und einen weiteren Spezialisten befragen. Doch dieses Recht wird nicht bei jeder Diagnose zugestanden.

Seit Mitte 2015 hat der Gesetzgeber ausdrücklich den Anspruch auf eine solche ärztliche Zweitmeinung festgeschrieben. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen die Kosten dafür übernehmen. Dieses Patientenrecht ist ein wirkungsvolles Rezept – allerdings nicht bei jeder Diagnose. Denn eine weitere Expertenmeinung wird nur bei planbaren sowie bei solchen Operationen zugestanden, die aus wirtschaftlichen Gründen häufiger angewendet werden als medizinisch unbedingt notwendig wäre. Welche Eingriffe konkret zweitmeinungsfähig sind, ist noch nicht geregelt. Denn eine Richtlinie, die das verbindlich auflistet, lässt derzeit noch auf sich warten.

Recht auf Zweitmeinung

Da gesetzlich Versicherte ihren Arzt frei wählen können, ist es unproblematisch, bei Behandlungen einen weiteren Mediziner zu Rate zu ziehen. Der Zweitgutachter kann seine Beratungsleistung mit der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen. Wer das Einholen einer Zweitmeinung plant, sollte den behandelnden Arzt darüber informieren und zu diesem Zweck um Aushändigung von Berichten, Laborwerten und Ergebnissen von Röntgenuntersuchungen bitten.

Patienten haben das Recht, Einsicht in die vollständige Patientenakte zu nehmen. Sie können auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Dadurch werden überflüssige und gesundheitlich belastende Doppeluntersuchungen und auch Kosten vermieden. Patienten haben ein Recht auf Kopien der Patientenakte bzw. der vorliegenden Befunde. Lediglich die Kosten für die Kopien darf der behandelnde Arzt in Rechnung stellen.

Neue Regelung bei bestimmten Eingriffen

Steht eine Operation an, die nach der neuen gesetzlichen Regelung einen gesonderten Anspruch auf eine Zweitmeinung rechtfertigt, muss der Arzt den Patienten mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff über diese Möglichkeit aufklären. Allerdings ist noch nicht geklärt, für welche Behandlungen das gelten soll. Der Patient muss informiert werden, dass er seine Behandlungsunterlagen einsehen kann und die Krankenkasse in diesen Fällen auch die Kosten für die Kopien übernimmt. Der Arzt muss künftig auch auf Listen mit zugelassenen Zweitgutach-

tern, die für die Begutachtung ausreichend qualifiziert sind, hinweisen.

Die Extras der Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen ihren Versicherten außerdem schon jetzt bei anstehenden Operationen ärztliche Zweitmeinungen auf freiwilliger Basis bezahlen. Deshalb kann es sich lohnen, bei der eigenen Krankenkasse nach dieser Leistung zu fragen.

Ein Beispiel aus Nordrhein-Westfalen: 32 der 62 dort ansässigen Krankenkassen bieten dieses Versorgungsplus an. Davon gewähren knapp zwei Drit-



Operationen sind nicht nur ein lukratives Geschäft; durch den Nachweis von möglichst vielen Operationen erhalten die Krankenhäuser auch eine höhere Qualitätsbewertung

tel den Zusatzcheck bei Eingriffen an Wirbelsäule, Hüfte, Knie oder Schulter. Ein Drittel der Krankenkassen mit Extraleistungen in diesem Bereich ermöglicht Patienten mit einer Krebsdiagnose eine weitere Begutachtung durch Spezialisten.

Vereinzelt richtet sich das Angebot auch an Patienten mit einer bevorstehenden Herzoperation oder einer anderen Behandlung. Von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ist der Ablauf des Zweitmeinungsverfahrens. Rund die Hälfte der 32 NRW-Versicherer wickelt es über Onlineportale ab, über die Unterlagen hochgeladen werden und auch die Beratung erfolgt. Die andere Hälfte vermittelt einen Termin bei kooperierenden Spezialisten.

Die Qualität der Zweitmeinung

Künftig müssen Zweitmeinungsverfahren konkrete Qualitätsvorgaben einhalten, sowohl was die Güte der

Einschätzung selbst angeht als auch die Qualifikation des Arztes, der sie abgibt. Diese Anforderungen gelten allerdings nur für den noch festzuschreibenden Pool an Operationen, die nach dem Gesetz zweitmeinungsfähig sind. Bei allen anderen Zweitmeinungsverfahren gibt es keine konkreten Vorgaben.

Patienten sollten deshalb bedenken, dass sie unter Umständen keine unabhängige Zweitmeinung bekommen. Im Krankenhaus beispielsweise spielen auch die wirtschaftlichen Interessen eine Rolle. Medizin ist heutzutage auch ein Geschäft. Der Rat muss deshalb nicht immer unbeeinflusst von Geschäftsinteressen sein.

Umgekehrt gilt das auch für die Zweitmeinung durch die Krankenkassen. Hier könnte die Gefahr bestehen, dass die "kooperierenden Spezialisten" oder Onlineportale von teuren Eingriffen abraten. Daher empfiehlt sich bei der

Krankenkasse die Nachfrage, warum die Kassen-Gutachter zur Beurteilung der jeweiligen Behandlung besonders qualifiziert sind. Direkt mit dem Versicherer sollte auch geklärt werden, ob eventuell doch Kosten entstehen und bis wann mit der Zweit-Expertise zu rechnen ist.

Neben den Krankenkassen gibt es auch private Gutachterbüros, die sich auf Zweitmeinungen spezialisiert haben. Das muss der Patient selbst bezahlen. Generell sollte man bedenken: Es handelt sich beispielsweise bei Eingriffen an Hüfte, Knie oder Rücken um unumkehrbare Behandlungen. Es sind Einschnitte im Leben. Das Leben mit einem künstlichen Knie ist nicht mehr das gleiche wie mit einem natürlichen Knie, dafür vielleicht schmerzfreier. Diese Entscheidung ist immens wichtig und muss gut überlegt werden. Damit der Patient als Laie diese Entscheidung überhaupt treffen kann, ist er auf gute Beratung und Zweitberatung (Zweitmeinung) unbedingt angewiesen.

Erlebnistag „Behinderung gemeinsam erleben“

Am 5. Mai, dem europäischen Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, machte das Lübecker Aktionsbündnis „GEMEINSAM erLEBEN“ auf dem Rathausmarkt in Lübeck Behinderung erlebbar und bot allen die Möglichkeit, alltägliche Probleme, Gefühle, Wünsche und Träume der Menschen zu verstehen. Somit sollten Verständnis und Akzeptanz im miteinander gefördert werden und zu einer bunten und inklusiven Stadt Lübeck beitragen.

Die SHG Lübeck II von der UVSD SchmerzLOS beteiligte sich an dieser Veranstaltung. Unsere Selbsthilfegruppenleiterin Andrea Freistein schildert hier ihre Erfahrungen:



„Die Akzeptanz der Unterschiede ist Voraussetzung für die Überraschung von Gemeinsamkeiten.“

Sir Peter Ustinov

„Trotz des schlechten Wetters war es eine tolle Stimmung und die vielen Vorbereitungen der Beteiligten haben sich, wie ich finde, gelohnt. Das Gefühl der Zusammengehörigkeit war für mich sehr groß und z.B. einmal in einem kleinen Workshop mehr zum Thema der Gehörlosen zu erfahren, hat mich sehr bereichert. Der gemeinsame Drum Circle verband Jung und Alt, Behinderte und nicht Behinderte und hat einfach gut getan und für

meinen Teil auch meine Schmerzen für kurze Zeit in den Hintergrund geschoben. Die Theateraktion "Wir erfinden eine App", von jungen behinderten Menschen brachte uns zum Lachen und so freue ich mich auf das nächste Jahr, an dem wir uns wieder beteiligen werden um auch weiterhin gemeinsam ins Gespräch zu kommen.“

Schauen Sie unter YouTube „Erlebnistag Behinderung 5.05.2017, Rathausmarkt Lübeck, Rathausmarkt Lübeck“ Bilder und Videos von der gelungenen Veranstaltung. Andrea Freistein SHG Lübeck II SchmerzLOS e.V

UVSD SchmerzLOS e. V. fordert Verbesserungen für Schmerzpatienten von Bundespolitikern

Der Vorstand des Vereins setzt sich seit der Gründung für Verbesserungen für Schmerzpatienten ein. Im Juni wurden allen im Bundestag vertretenen Parteien die erarbeiteten „Politischen Forderungen“ der Patientenorganisation übergeben (siehe auch den Bericht in SchmerzLOS AKTUELL 2/2017)

Die Forderungen lauten:

1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten
2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht
3. Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“

Dazu erhielten wir drei Antwort aus den Reihen der Grünen, der SPD und der LINKEN.

Leider sind alle Antworten relativ unkonkret. Der Vorstand von UVSD SchmerzLOS e. V. vermisst darin konkrete Pläne, wie mögliche Verbesserungen durchgesetzt werden sollen. Aber wir bleiben am Ball und werden weiter berichten.



1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten

Antwort:

Die von Ihnen geschilderten Versorgungsdefizite in der Schmerztherapie sind auch der unzureichenden Vernetzung zwischen den Gesundheitseinrichtungen und –berufen geschuldet. Chronischer Schmerz ist nicht nur ein körperliches Phänomen, häufig hat er auch soziale und biografische Hintergründe. Umso wichtiger wäre eine Versorgung, die neben der schmerztherapeutischen Behandlung auch die psycho- und physiotherapeutische Behandlung einbezieht. Doch eine solche integrierte Versorgung ist bisher nur die Ausnahme. Die Vergütungssysteme, die Bedarfs- bzw. Versorgungsplanung und auch die Regelungen zur Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe sind nicht genug auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Das wollen wir ändern und die integrierte Versorgung ausbauen. So sollen auch Kommunen, Patientenverbände und genossenschaftliche Zusammenschlüsse von Angehörigen von Gesundheitsberufen Träger von Versorgungsnetzen sein können. Wir wollen mehr Anreize schaffen, damit solche Netze aufgebaut werden. Die Vergütungsordnungen insbesondere in den ambulanten fachärztlichen Praxen und den Krankenhäusern wollen wir so annähern, dass die Zusammenarbeit nicht mehr an den unterschiedlichen Abrechnungssystemen scheitert. Die Wartezeiten etwa in der Psychotherapie wollen wir durch eine bessere Bedarfsplanung verkürzen. Die in der ambulanten Psychotherapie zugrunde gelegten Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung spiegeln nicht den Versorgungsbedarf wider. Es gibt

zahlreiche Regionen, in denen der rechnerisch ermittelte Versorgungsgrad weit über 100% liegt, Menschen aber tatsächlich monatelang auf einen Therapieplatz warten müssen. Damit Menschen in Krisen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, muss das psychotherapeutische Angebot bedarfsgerecht ausgebaut und hierfür die Bedarfsplanung grundlegend reformiert werden. Wir treten dafür ein, Sonderbedarfszulassungen für spezielle Versorgungssituationen zu erleichtern, wie für fremdsprachliche PsychotherapeutInnen oder besondere Erkrankungsformen. Ermächtigungen sollten regelhaft ausgesprochen werden, wenn Zugang zur Psychotherapie nicht im direkten Anschluss an eine Akutversorgung gewährleistet ist. Für Medikamente, die nicht ausgetauscht werden dürfen, legt der Gemeinsame Bundesausschuss seit 2014 eine so genannte Substitutionsausschlussliste vor. Die Bundesregierung muss darauf achten, dass diese Liste regelmäßig angepasst wird, damit zum Beispiel Schmerz-Patientinnen und –Patienten bei der Arzneimittelversorgung keine Nachteile erleiden.

2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht

Antwort:

Wir sind für eine erhebliche Stärkung der Patientenbeteiligung. Die Patientinnen und Patienten sollen von Zuschauern zu Spielmachern in unserem Gesundheitswesen werden. Dazu wollen wir unter anderem die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss ausbauen. Die Patientinnen und Patienten sollen ein eigenes Unparteiischen Mitglied benennen können und außerdem Stimmrechte in Geschäftsordnungs- und Verfahrensfragen bekommen.

Darüber hinaus muss diskutiert werden, was nötig ist, damit die Patientinnen und Patienten weitere Stimmrechte bekommen können. Wir schlagen eine Patientenstiftung vor, die den Vertreterinnen und Vertretern der Patientinnen zu mehr Legitimität verhelfen kann und ihre Stellung aufwertet. Uns ist wichtig, dass auch die vielen kleineren Selbsthilfeinitiativen vor Ort in die Gestaltung unseres Gesundheitswesens einbezogen werden.

3. Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“

Antwort:

Die Versorgungsmedizinverordnung muss überarbeitet werden, das wird mit Blick auf die dort verwendete Sprache sofort deutlich. Statt von Teilhabe, körperlichen Beeinträchtigungen und dem Ausgleich von Nachteilen ist von Hilflosigkeit und Schädigung die Rede. Das entspricht einem veralteten Bild von Behinderung als körperlichem Defizit. Darüber hinaus sind Menschen mit Behinderungen nicht im Beirat vertreten, der das Ministerium bei der Ausgestaltung der Verordnung berät. Das ist mit Blick auf die UN-Behindertenrechtskonvention nicht zulässig. Die Bestimmung des Grads der Behinderung (GdB) ist gegenwärtig ein wichtiger Baustein im System der Nachteilsausgleiche für behinderte und chronisch erkrankte Menschen. An die Höhe des GdB ist zum Beispiel der Kündigungsschutz gekoppelt. Dabei kann per GdB gar nicht immer sinnvoll festgelegt werden, wer hier einen besonderen Schutz benötigt. Im Zuge einer systematischen Überarbeitung muss ein neu zusammengesetzter Beirat aus unserer Sicht auch prüfen, wie Teilhabebeeinträchtigungen durch chronische Schmerzen sinnvoll integriert werden können.

1. Versorgungsstrukturen

Schmerzen sind eines der wichtigsten Krankheitssymptome und können eine besonders schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität darstellen. Bei jeder Erkrankung, die mit Schmerzen einhergeht, sollte eine adäquate Schmerztherapie immanenter Teil der Behandlung sein, denn die Wiederherstellung oder der Erhalt der Lebensqualität ist ein zentrales Behandlungsziel. DIE LINKE begrüßt, dass die Bedeutung der Schmerztherapie in den letzten Jahren gestiegen ist.

DIE LINKE fordert, dass die Schmerzmedizin einen größeren Stellenwert im Medizinstudium und den Weiterbildungen erhält. Nicht nur Menschen, die bei einer Spezialistin bzw. einem Spezialisten für Schmerzmedizin behandelt werden, haben einen Anspruch auf eine gute Schmerzlinderung.

DIE LINKE fordert eine grundlegende Neuaufstellung der Bedarfsplanung. Es kann nicht sein, dass trotz einer nominellen "100%" - Versorgung lange Wartezeiten entstehen. Die Fraktion DIE LINKE hat dazu detaillierte Vorschläge vorgelegt (siehe Antrag

„Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“ auf Bundestagsdrucksache 18/4187). Kurzstationäre Aufenthalte, etwa in einer

Tagesklinik, wollen wir fördern und entsprechend in der Bedarfsplanung berücksichtigen. Gerade in der Schmerztherapie wird deutlich, dass die Bedarfsplanung nicht den tatsächlichen Behandlungsbedarf wiedergibt. Hier setzen wir uns für mehr Behandlungskapazitäten und eine bessere Koordinierung bei der Terminvergabe ein. So können Wartezeiten verringert und die Behandlungsqualität erhöht werden.

2. Patientenbeteiligung

DIE LINKE fordert, die Patientenvertretung, die Selbsthilfe und die unabhängige Patientenberatung gemeinsam zu stärken. Wir sehen die Patienteninteressen nicht ausreichend von den Entscheidungsträgern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) berücksichtigt. Bereits kurzfristig sollte deshalb die Patientenvertretung im G-BA das Recht erhalten, zwei der drei unabhängigen Mitglieder zu benennen (siehe Antrag „Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken“ auf Bundestagsdrucksache 18/10630). Diese wären das Zünglein an der Waage, wenn die großen Bänke wie so oft unterschiedliche Positionen vertreten und hätten so einen erheblichen Einfluss auf die Beschlüsse des G-BA. Die Patientenvertretung wollen wir finanziell und personell besser ausstatten und mittelfristig könnte sie so zu einer

eigenen Bank mit allen Stimmrechten werden. Die Privatisierung der Unabhängigen Patientenberatung haben wir scharf kritisiert. Sie bedeutet auch eine erhebliche Schwächung der Patientenvertretung, waren doch vormals Organisationen mit der Patientenberatung vertraut, die auch Patienteninteressen im G-BA vertreten haben. Wir wollen diese Privatisierung rückgängig und die Unabhängige Patientenberatung dauerhaft die Organisationen der Patientenvertretung, die sich mit Beratung beschäftigen, damit beauftragen (siehe Antrag „Patientenberatung unabhängig und gemeinnützig ausgestalten“ auf Bundestagsdrucksache 18/7042).

3. Versorgungsmedizin-Verordnung

Selbstverständlich ist DIE LINKE dafür, dass chronische Schmerzen in der VersMedV Berücksichtigung finden. Um die Frage zu beurteilen, in wie fern dies mit der bestehenden Systematik erfüllt wird, fehlt uns die Kenntnis. Grundsätzlich sollen Schmerzen bei der Beurteilung des GdS ja nach VersMedV durchaus beachtet werden. Ob dies in der Realität ausreicht, darüber kommen wir gerne mit Ihnen ins Gespräch. Wenn bestehende Regelungen nicht ausreichen, werden wir uns dann gerne mit Ihnen gemeinsam für Änderungen einsetzen.



Unsere Stellungnahme zu den o.g. Forderungen:

Die SPD setzt sich dafür ein, dass die Belange von Patientinnen und Patienten an erster Stelle bei allen gesundheitspolitischen Maßnahmen stehen müssen. Deshalb setzen wir uns auch dafür ein, dass bei wichtigen Entscheidungen Patientenvertreter mit Stimmrecht zu beteiligen sind.

Schmerzen haben vielfältige Ursachen. Unbehandelter Akutschmerz kann bei unzulänglicher oder zu später Behandlung chronisch werden. Der Patient wird dadurch körperlich eingeschränkt, ggf. werden Psyche und Denken beeinträchtigt. Umso wichtiger ist es, zu verhindern, dass chronische Schmerzen überhaupt entstehen. Alle in der Medizin Beschäftigten haben die Aufgabe, Menschen zu heil-

len, ihre Schmerzen zu lindern, bzw. diese zu verhindern. In den letzten Jahren ist hier schon einiges auf den Weg gebracht worden: Schmerzmedizin ist Pflichtfach im Studium, die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit schmerztherapeutischer Qualifikation ist konstant gestiegen. Der chronische Schmerz ist als eigenständige Krankheit in den ICD-10 aufgenommen worden. Soweit die schmerzmedizinische Versorgung in der ambulanten oder stationären Versorgung noch Lücken aufweist, sind diese jedoch unverzüglich zu schließen. Politik alleine kann dies nicht, auch die Ärzte sind dazu aufgerufen, sich mit dem Thema intensiv auseinander zu setzen.

Das Problem ist erkannt, deshalb werden wir in der nächsten Wahlperiode im Dialog mit Patientenverbänden und Ärzten weitere Verbesserungen auf den Weg bringen.

Stellungnahme von Bettina Müller, (SPD), MdB

„In den letzten Jahren sind die Strukturen zur Versorgung von Schmerzpatienten deutlich verbessert worden. Unter anderem sind durch die Einführung der Schmerzmedizin als Pflichtfach im Studium und die Anerkennung von chronischem Schmerz als eigenständige Krankheit bereits spürbare Erfolge in der Betreuung von Patienten mit akutem und chronischem Schmerzen erzielt worden. Dennoch müssen die Gesundheitspolitiker der nächsten Wahlperiode weiter daran arbeiten, die Lücken in der Versorgung zu schließen. Neben der Ausweitung der Kapazitäten in der Schmerztherapie, müssen die Übergänge zwischen den Sektoren verbessert werden. Als zuständige Fachpolitikerin für das Thema werde ich mich dafür einsetzen, dass neben dem Ausbau der Forschung, die schmerzmedizinische Versorgung als Kriterium für die Bedarfsplanung und die Beurteilung der Qualität von Krankenhäusern herangezogen wird. Die Mitspracherechte der Patientenvertreter gilt es zu stärken ebenso wie die Anerkennungsmöglichkeiten chronischer Schmerzpatienten bei der Feststellung des Grads ihrer Behinderung!“

Schmerzpatienten engagieren sich auf europäischer Ebene

Ein Bericht über den SIP (Societal impact of pain, dt. sozialer Einfluss von Schmerz) Kongress 2017 auf Malta
von Dr. Britta Lambers



Dr. Britta Lambers (re. im Bild) hat die Interessen der deutschen Schmerzpatienten und UVSD SchmerzLOS e.V. auf dem SIP-Kongress auf Malta vertreten

Dieses Jahr auf Malta anberaumt, trafen sich in 3 Tagen im Juni circa 300 Teilnehmer zum Thema akute und chronische Schmerzversorgung in Europa, zusammengesetzt aus Politikern von europäischer und nationaler Ebene, Ärzten und anderen Gesundheitsexperten, Juristen, Leistungsfinanzierern Kostenträger wie Krankenkassen und andere öffentliche Institutionen ...und nicht zuletzt Vertretern von verschiedenen Patientenvereinigungen. Ich selbst habe die UVSD SchmerzLOS vertreten dürfen und folgte der freundlichen Einladung der Pharmafirma Grünenthal. Der Tagungsort wurde nach sehr intensiver Recherche ausgewählt (mündliche Kommunikation von Grünenthal), unter anderem um auch den anwesenden Patienten einen möglichst komfortablen Aufenthalt zu ermöglichen. Da Aufenthalts- und

Tagungsort zusammengelegt waren, wurde damit auch den nötigen Auszeiten der Patienten über den langen Kongresstag hinweg entgegengekommen. Der kleine, hoteleigene Privatstrand als Gelegenheit zum Bad im Mittelmeer hatte seine zusätzliche Wirkung...

Alle Akteure dieses Kongresses eint die Einsicht der großen Herausforderungen in Bezug auf die zukünftige Versorgung von akuten und chronischen Schmerzen. Die Versorgungsstrukturen bedürfen in den nächsten Jahren einer starken Veränderung, wenn wir die Entwicklung, die mit dem demographischen Wandel einhergeht, abfangen wollen. Der Grund ist in der Altersverschiebung zu finden. Die Gesellschaft wird circa im Jahre 2050 zu 20% aus Personen über 60 Jahren zusammengesetzt sein (Basisdaten des Gesundheitswesens 2016/17, vdek),

was den Druck auf eine ausreichende Versorgung und Bereitstellung von Kapazitäten drastisch erhöht. Wie gehen die einzelnen Länder mit dieser sichtbaren Herausforderung um? In diesem Jahr wurden dazu vier verschiedene Arbeitsgruppen zusammengestellt. Folgende Themen waren vertreten:

1. Schmerz als Qualitätsindikator im Versorgungssystem
2. Europäische und nationale Plattformen für den gesellschaftlichen Einfluss chronischer Schmerzen
3. Einfluss von Schmerzen auf den Arbeitsmarkt und die Beschäftigungsverhältnisse
4. Austausch von „Best-practice“ Beispielen in der Versorgung von chronischem Schmerz

Meine Aufgabe als Vertretung von der UVSD SchmerzLOS bestand unter an-

derem in der Zusammenstellung der Ergebnisse des Workshops Nr. 3 und deren Präsentation im großen Plenum, zusammen mit meiner Kollegin aus Belgien, Dr. Saskia Decuman. Die Ergebnisse der einzelnen Workshops wurden zu sogenannten Handlungsempfehlungen für die EU Kommission zusammengetragen.

Unabhängigen des allgemeinen Programms wurden auch spezifische Symposien durchgeführt, z.B. zum Thema Fibromyalgie oder chronischer Blasen-schmerz. Am zweiten Tag wurde zum frühen Morgen eine Diskussionsrunde speziell über das deutsche (D), österreichische (A) und Schweizer (CH) Gesundheitswesen angesetzt – moderiert von Dr. Albrecht Kloepfer, Publizist und Politikberater. In der Runde wurden Experten aus der DACH – Region eingeladen, unter ihnen meine Person als Vertreter der Patientenschaft. Es wurden Aspekte der Versorgungsstrukturen, Qualitätssicherung von Therapien und Maßnahmen und der Vergütung von Gesundheitsdienstleistungen diskutiert. Ich fasse im Folgenden meine dort vertretenen Aussagen zusammen:

- Die multimodale Schmerztherapie benötigt dringend definierte Qualitätsstandards. Diese Qualitätsfaktoren sollten neben medizinischen Parametern auch den subjektiven Patientennutzen beinhalten.
- Patienten sollten vermehrt in politische Diskussionen über die Versorgung von chronischem Schmerz einbezogen werden und ein Stimmrecht erhalten.
- Der Patient hat als Einziger die zusammenhängende Perspektive des gesamten Behandlungsverlaufs – diese Sicht ist wichtig zur Auffindung von Fehlversorgungen im System.
- Soziale Umstände, die chronischen Schmerz in Intensität und Dauer beeinflussen können, sollten als Therapieziel mitberücksichtigt werden – z.B. der Erhalt des Arbeitsplatzes.

Den Erhalt des Arbeitsplatzes als eigenständiges Therapieziel zu entwickeln, darum wird es unter anderem in Zukunft gehen. Erkrankte sollen dabei nicht nur wieder den Weg in

den Job zurückfinden, sondern auch die Qualität der Arbeit sollte berücksichtigt werden - die Art und Weise wie gearbeitet und wie der Arbeitsplatz gestaltet wird. Belgien hat darauf eine sehr passende Antwort gefunden - Case Management, die sukzessive Wiedereingliederung der Arbeitskraft mit dessen individuellem Gesundheitszustand in Zusammenarbeit mit den medizinischen Akteuren. Eine in Deutschland völlig unterrepräsentierte Ressource.

In allen Ländern gleichermaßen bestehendes Problem ist die Eigenständigkeit der einzelnen Regionen, Kantone oder Bundesländer in der Versorgung. Dadurch besteht ein heterogenes System der Versorgungsformen und Ins-

„Welche Maßnahmen schlagen Sie denn nun aber konkret vor, Frau Lambers?“

titutionen mit wenig standardisierter Qualität. Um diesen Aspekt näher zu beleuchten, war Herr Veit vom IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) in die Runde geladen worden. Die Aufgabe des Instituts ist es, Qualitätsindikatoren für verschiedene Versorgungsinstanzen und -maßnahmen zu entwickeln, und diese u.a. für Patienten verständlich und zugänglich zu gestalten. Herr Veit betonte ausdrücklich, dass Patienten an der Entwicklung von Qualitätsparametern schon aktiv mitwirkten und er schon viel gelernt habe. Qualität habe in der Versorgung viele Gesichter, die berücksichtigt werden müssten. Geht es z.B. um operative Erfolge, lassen sich diese zuweilen nicht nur kurzfristig messen – diese müssten sich vor allem einer langfristigen Qualitätsmessung stellen. Auch das Zweitmeinungsverfahren zeigt dazu schon erste Erfolge. Ein Kollege aus der Runde hob hervor, dass dadurch schon viele Operationen, gerade im unteren Rückenbereich, vermieden worden seien. Herr Veit fügte hinzu, dass man sich bemühe, Qualität z.B. über eine Min-

destbehandlungsanzahl von Patienten / Jahr / Therapeut zu definieren. Hierbei wird der Effekt der Routine genutzt, der die Erfahrung des Arztes steigert und damit Qualität garantiert. Dabei entstand die Frage, ob nicht die Versorgung anderer chronischer Erkrankungen demselben Problem gegenüberstünde und man daher voneinander profitieren könne. Darin waren sich zumindest die Diskutanten einig. Erkenntnisse, die in der Versorgung von chronischem Schmerz gewonnen werden, können auf die Versorgung anderer chronischer Erkrankungen übertragen werden.

Die Diskussion gestaltete sich aufgrund der Überzahl vorwiegend aus ärztlicher Perspektive. Mein Einwand, dass Behandlungsqualität vor allem von der Mitwirkung des Patienten abhängt (Adhärenz) und sich die Patienten dabei nicht aus der Verantwortung ziehen wollten, wurde im Auditorium mit wohlwollendem Nicken quittiert.

„Welche Maßnahmen schlagen Sie denn nun aber konkret vor Frau Lambers?“ „Nun ich denke, dass wir vorrangig eine angemessene Angehörigenaufklärung und Sozialberatung implementieren sollten. Mein genereller Appell an alle Mitwirkenden dazu ist, dass das Wissen der Patienten als Ressource in Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen stärker genutzt werden sollte, um solche Art von Lücken im Versorgungssystem besser zu erkennen und gemeinsam Lösungen zu etablieren.“ „Vielen Dank, Frau Lambers, Sie haben die UVSD SchmerzLOS gut vertreten, und wir freuen uns über die rege Beteiligung dieser Patientenvereinigung und deren Professionalität.“ Dieses Kompliment reiche ich gern weiter an alle Mitglieder von der UVSD SchmerzLOS. Jedes Mitglied unterstützt die wertvollen Aktivitäten. Mein Fazit von Malta: Wir können etwas bewegen. Wir sind auf einem guten Weg! Es gibt keinen Grund, pessimistisch in die Zukunft zu schauen. Schmerzpatienten haben eine gute Präsenz und werden berücksichtigt, vor allem dank der Unermüdlichkeit des Vorstands Heike Norda und Hartmut Wahl über die letzten Jahre. Zur Motivation an alle Selbsthilfebeteiligten - die Mühlen mahlen aber sie mahlen. ■

OnkoLotsin bietet Betreuung und Coaching für Krebspatienten



Andrea Krull ist seit April 2017 als zertifizierte OnkoLotsin mit eigenem Büro in Neumünster tätig. Die entsprechende Ausbildung hat sie bei der Sächsischen Krebsgesellschaft abgeschlossen. „Ich freue mich, dass ich gerade Frauen mit Eierstockkrebs noch fundierter und professioneller helfen kann“, sagt Andrea Krull.

Was sind OnkoLotsen?

OnkoLotsen sind AnsprechpartnerInnen, für an Krebs erkrankte PatientInnen, sowie für deren Angehörige. Sie betreuen PatientInnen und Angehörige, informieren und helfen durch die vielen Fragen ihrer Erkrankung und lotsen Betroffene und Angehörige durch das komplexe Gesundheitswesen und dessen Abläufe. Bei einer Krebserkrankung, ist es besonders (überlebens)wichtig, gut informiert in die verschiedenen Arztgespräche/Therapien/Nachsorgen zu gehen und hierfür umfassend vorbereitet und gecoacht zu sein. Angehörige und Freunde können gerade diese Hilfestellung nicht immer leisten, denn sie stehen oft selbst noch unter Schock. Genau an diesem Punkt möchten On-

koLotsen mit ihrer Arbeit ansetzen.

OnkoLotsen stehen der/dem onkologischen PatientIn und deren Angehörigen zuverlässig und direkt bei allen Fragen und Belangen zu ihrer Erkrankung und deren vielfältigen Folgen zur Verfügung und helfen PatientInnen so, sich besser mit der neuen Lebenssituation zurecht zu finden. Durch die umfassende und direkte Betreuung sind onkologische PatientInnen und deren Angehörigen insgesamt besser über ihre Situation informiert und werden so gestützt und gut informiert auf Folgetherapien oder das Nebenwirkungsmanagement und vor allem das Schmerzmanagement vorbereitet und begleitet. Von OnkoLotsen betreute PatientInnen werden zudem über ihre PatientInnenrechte informiert und können so besser als eigenverantwortliche PartnerInnen im Prozess ihrer eigenen Therapie und Krankheitsbewältigung agieren und mitentscheiden - und somit das eigene Leben, mit und nach dem Krebs, deutlich sicherer und selbstbewusster meistern. Bei vielen Krebserkrankungen kommt es zu starken Schmerzen. Deswegen arbeitet UVSD SchmerzLOS e. V. mit der OnkoLotsin zusammen. Andrea Krull verweist viele Krebspatienten, die unter Schmerzen leiden, an die Patientenorganisation

UVSD SchmerzLOS e. V. „Bei uns laufen viele Fäden zusammen. Wir sind gut vernetzt und können Patienten, die unter Krebschmerzen leiden, oft an geeignete Behandlungsadressen vermitteln“, sagt Hartmut Wahl, Stellvertretender Vorsitzender der UVSD SchmerzLOS e. V. So werden auch Krebs-Schmerzpatienten viele, langwierige Irrwege im Gesundheitswesen erspart.

Für onkologische PatientInnen bedeutet dies, dass sie ab sofort weiterführende Informationen und Hilfe zu ihrer Erkrankung erhalten können und darüber hinaus auch über Ernährungs- und Behandlungsfragen und alle weiteren, ganz individuellen Belange, rund um das Thema Krebs, informiert und betreut werden. Fragen zu Befunden, Arztberichten, Sozialangelegenheiten und Krankenkassenleistungen können selbstverständlich auch mit den OnkoLotsen besprochen und geklärt werden.

Mehr Informationen zum Projekt Onkolotsen finden Sie auf www.onkolotse.de

Informationen zum Verein Eierstockkrebs Deutschland finden Sie unter <https://www.eskd.de/>

Fachbegriffe verständlich erklärt

Wissen Sie, was eine „Absteigende Schmerzhemmung“ ist? Oder haben Sie den Begriff „Hypoalgesie“ schon gehört und können diesen erklären?

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat auf ihrer Website einen Menüpunkt „Patienteninformationen“. Darunter finden sich zahlreiche wertvolle Informationen für Schmerzpatienten. Die „verständlich erklärten Fachbegriffe“ wurden kürzlich von Schmerzexperten und Schmerzpatienten überarbeitet. Schauen Sie doch mal rein: www.dgss.org/patienteninformationen

Heute schon gelacht?

"Hast du schon Pläne für deine Ferien gemacht?"

"Brauche ich nicht: Meine Frau bestimmt wohin, mein Chef sagt wann und meine Bank rechnet aus wie lange!"

Schmerz und Patientenrechte

Unter dieser Überschrift gibt es auf der Website der Deutschen Schmerzgesellschaft www.dgss.org unter dem Menüpunkt „Patienteninformationen“ bisher drei informative Artikel:

- **Schmerz und Beruf**
- **Schmerz und Schwerbehinderung**
- **Schmerzmittel auf Auslandsreisen**

Schauen Sie mal rein!

Osteoporose – Wenn die Knochen brechen



Osteoporose kann jeden treffen, sie ist die häufigste Knochenerkrankung im Alter. Überwiegend sind Frauen betroffen, und es sind mehr Frauen von Osteoporose und Knochenbrüchen betroffen als von Brustkrebs, Schlaganfall und Herzinfarkt zusammen.

Unter Osteoporose oder auch Knochenschwund genannt, leiden in Deutschland etwa sechs Millionen Menschen. Dabei werden die Knochen immer poröser, als Folge davon ist das Knochengerüst irgendwann nicht mehr belastbar und bricht zusammen, der Knochen bricht. Ein Abbau von Knochensubstanz ist mit zunehmendem Alter normal – bei Osteoporose beschleunigt sich dieser Prozess jedoch. Frauen haben insgesamt häufiger Osteoporose als Männer und verlieren oft schon in jüngeren Jahren Knochenmasse. Älter zu werden bedeutet keineswegs, dass man automatisch eine Osteoporose bekommt. Das Risiko wird mit zunehmendem Alter jedoch höher. Menschen über 70 haben häufiger eine niedrige Knochendichte. Zudem steigt

im höheren Alter auch das Sturzrisiko, was die Gefahr von Knochenbrüchen zusätzlich erhöht.

Eine Osteoporose bleibt zunächst oft unbemerkt. Manchmal gibt es auch sichtbare Anzeichen dafür, dass ein Mensch Osteoporose hat – er wird zum Beispiel etwas kleiner und hat eine gebückte Haltung. Oft ist aber der erste Hinweis auf eine Osteoporose ein Knochenbruch, auch ohne äußere Einwirkung. Einen solchen Bruch bezeichnet man als Spontanfraktur.

Wenn die Knochen an Substanz verlieren, erhöht sich das Risiko für Knochenbrüche (Frakturen). Wenn es durch die Osteoporose bereits zu einem Knochenbruch gekommen ist, wird sie als „manifeste Osteoporose“

bezeichnet.

Bei einer Osteoporose brechen am häufigsten die Knochen der Wirbelsäule ein. Manchmal führt ein solcher Bruch zu Beschwerden wie Rückenschmerzen, die meisten Menschen bemerken ihn aber gar nicht.

Brüche an den Wirbelkörpern sind ein Grund dafür, dass viele ältere Menschen eine gebückte Haltung haben und manche einen „Buckel“ im oberen Bereich der Wirbelsäule bekommen.

Neben den Wirbelkörpern sind öfter auch das Handgelenk, der Oberarm oder der Oberschenkel betroffen.

Auch ohne Osteoporose baut sich die Knochensubstanz schon nach dem

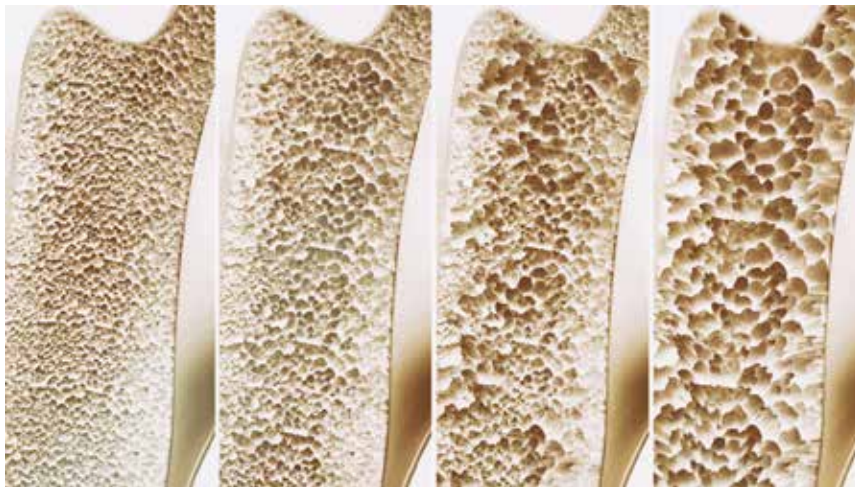
30. Lebensjahr allmählich ab. Ungefähr ab 50 beschleunigt sich dieser Prozess, vor allem bei Frauen: Bis zu den Wechseljahren schützt das weibliche Geschlechtshormon Östrogen die Knochen, denn es verlangsamt ihren Abbau. Wenn der Hormonspiegel sinkt, geht dieser Schutz verloren und der Knochen wird schneller abgebaut.

meine Gesundheitszustand, andere Erkrankungen und vorhandene Risikofaktoren beurteilt werden.

Zur Vorbeugung kann man sich kalziumreich ernähren und aufhören zu rauchen. Auch eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D ist wichtig. Unter Umständen kann es sinn-

meisten Menschen können es zudem auch noch in höherem Alter ausüben.

Auch für Menschen, die bereits eine Osteoporose haben, ist es wichtig, sich regelmäßig zu bewegen und genügend Kalzium und Vitamin D zu sich zu nehmen. Die Kosten für Kalzium- oder Vitamin-D-Präparate übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen, wenn diese Mittel ärztlich verordnet wurden.



Die feine Struktur unserer Knochen verändert sich mit den Jahren. Sehen Sie die feinen, miteinander vernetzten Knochenbälkchen, das innere Gerüst im Knochen, das für Statik, Struktur und Stabilität verantwortlich ist.

Zu den Risikofaktoren für eine Osteoporose zählen das Alter (vor allem bei Männern über 65 Jahren und bei Frauen nach den Wechseljahren), geringes Körpergewicht (im Verhältnis zur Körpergröße), kalziumarme Ernährung, Vitamin-D-Mangel, Bewegungsmangel, familiäres Risiko, Rauchen, hoher Alkoholkonsum, Kortison-Einnahme über eine längere Zeit sowie die Einnahme verschiedener anderer Medikamente (bestimmte Antidepressiva und Diabetes-Medikamente).

Bei einem Verdacht auf eine Osteoporose kann eine Knochendichtemessung erfolgen. Diese kann das Risiko für Knochenbrüche nur teilweise vorhersagen. Daneben sollten der allge-

voll sein, Kalzium und Vitamin D zusätzlich in Form von Nahrungsergänzungsmitteln zu sich zu nehmen. Bewegung ist ebenfalls empfehlenswert, um Osteoporose vorzubeugen. Je stärker die Muskeln, desto stärker die Knochen. Im Idealfall treibt man in jungen Jahren viel Sport, denn bis etwa zum 40. Lebensjahr wird Knochenmasse aufgebaut. Danach wird jedes Jahr ein geringer Prozentsatz abgebaut. Doch diesen Prozess kann man beeinflussen. Auch wer erst mit 60 Jahren beginnt, Sport zu treiben, kann noch seine Knochen stärken und verhindern, dass zu viel Knochenmasse abgebaut wird. Eine der einfachsten Bewegungs- und Trainingsarten mit einem relativ geringen Verletzungsrisiko ist flottes Gehen (Walking). Die

Osteoporose kann auch mit speziellen Medikamenten behandelt werden, die den Knochenabbau bremsen und ihren Aufbau fördern sollen. Dazu gehören sogenannte Bisphosphonate und bestimmte hormonelle oder hormonähnliche Arzneimittel. Solche Medikamente können jedoch verschiedene Nebenwirkungen haben und kommen auch nicht für alle Menschen infrage. Sie werden nur in Betracht gezogen, wenn bereits Knochenbrüche aufgetreten sind oder das Risiko für Knochenbrüche hoch ist; zum Beispiel, wenn die Knochendichte sehr niedrig ist oder wenn verschiedene Risikofaktoren zusammenkommen, etwa geringes Körpergewicht, hohes Alter und Sturzrisiko.

Hormonpräparate, wie sie auch gegen Beschwerden der Wechseljahre eingesetzt werden, können bei längerer Einnahme das Risiko osteoporosebedingter Brüche verringern. Eine langfristige Hormonbehandlung während oder nach den Wechseljahren erhöht aber das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs. Daher wird sie zur Behandlung von Osteoporose nur noch in Ausnahmefällen empfohlen. Die Vor- und Nachteile einer solchen Behandlung sollten gründlich abgewogen werden.

Zum schmunzeln

Weil Leib und Seel gehö' n zusammen, muss auch manch Körperleiden stammen. In magischem Zusammenwirken aus unsern seelischen Bezirken. Doch nicht nur, dass die eigne Seel' wir unbewusst oft halten fehl: Schuld trägt auch häufig die Familie, die manche hoffnungsvolle Lilie. Noch eh sie recht erblüht ist knickt: Die Freude wird im Keim erstickt. Aus gegenseitig' sich erlosen entwickeln sich die Herzneurosen. Nachts kommt besoffen heim der Vater, die Mutter schwärmt nur fürs Theater, die Schwiegermutter ist recht zänkisch, die Tante eingebildet kränklich, am Marke der Familie saugen auch noch zwei Brüder, die nichts taugen. Da spricht der Seelenkundler weise: Kein Wunder, wenn in solchem Kreise. Bei dergestalten' Lebensläufen sich, seelenleiblich, Schäden häufen. So war das freilich immer zwar, doch Wissenschaft macht' s nun erst klar: Und bringt auf neue, stolze Höh' die alte Lehre vom Milieu.

Eugen Roth

Kostenübernahme für Haushaltshilfen durch die gesetzlichen Krankenkassen

Müssen Sie ins Krankenhaus oder treten eine stationäre oder ambulante Rehabilitation an oder können wegen einer schweren Erkrankung den Haushalt nicht weiterführen, haben Sie unter Umständen Anspruch auf die Erstattung der Kosten für eine Haushaltshilfe durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung.

In der Regel müssen folgende Voraussetzungen für die Bewilligung einer Haushaltshilfe erfüllt sein:

- die Antragsteller müssen gesetzlich krankenversichert sein
- keine andere Person, die im gleichen Haushalt lebt, kann die Aufgaben übernehmen
- zum Zeitpunkt der Antragstellung lebt ein Kind im Haushalt, das jünger als 12 Jahre oder behindert ist

Anspruch auf Haushaltshilfe ohne Kind

Darüber hinaus können die gesetzlichen Krankenversicherungen auch dann eine Haushaltshilfe bewilligen, wenn Sie kein eigenes Kind versorgen müssen und Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist und keine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 vorliegt. Der Anspruch besteht längstens für die Dauer von vier Wochen.

Dauer der Hilfe

Wie lange die Haushaltshilfe benötigt wird, richtet sich nach der medizinischen Not-

wendigkeit bzw. der individuellen Situation.

Die Krankenkasse bestimmt Dauer und Umfang der Leistungen. Für jeden Tag, an dem die Haushaltshilfe tätig ist, muss die Antragstellerin 10 Prozent der Kosten selbst übernehmen. Das sind in der Regel mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Entweder stellt die Krankenkasse eine Haushaltshilfe zur Verfügung oder sie zahlt die Kosten für eine Kraft, die der Versicherte selbst ausgesucht hat. Werden Verwandte oder Verschwägerter bis zum 2. Grad benannt, erstattet die Krankenkasse manchmal die Fahrtkosten und den Verdienstausschlag.

Lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse beraten.

Länger leben durch die Mittelmeerküche?

Die traditionelle Mittelmeerküche verbindet genussreiches Kochen und Essen mit großen Vorteilen für die Gesundheit. Deswegen empfehlen vor allem Herzspezialisten, aber auch andere Ärzte ihren Patienten sie neben Herzerkrankungen auch bei Krebs und Erkrankungen des Nervensystems. Charakteristisch für die Mittelmeerküche, wie sie die Deutsche Herzstiftung in einer Broschüre empfiehlt, ist ein hoher Anteil an Gemüse und Vollkornprodukten, weniger Fleisch, dafür Fisch und Milchprodukte, gesunde Öle (z. B. Oliven- und Rapsöl), weniger Salz, dafür Gewürze und Kräuter.

Gesunde Fette essen

Man unterscheidet zwischen gesättigten Fettsäuren, ungesättigten Fettsäuren und Transfettsäuren. Gesättigte Fette finden sich in Schmalz, Butter und Sahne, aber auch im Frittierfett aus Kokos- oder Palmöl. Sie stecken im Buttercroissant ebenso wie in Wurst, Fleisch oder Käse und schaden der Gesundheit, denn sie vermehren

das schädliche LDL-Cholesterin und begünstigen Herzinfarkt und Schlaganfall. Auch Transfettsäuren in Fertignahrung oder Fastfood können LDL-Cholesterin erhöhen und das schützende HDL-Cholesterin vermindern. Die einfach ungesättigten Fette stammen hauptsächlich aus Oliven- oder Rapsöl. Einfach ungesättigte Fette senken das schädliche LDL-Cholesterin und müssen durchaus nicht sparsam verwendet werden. Unter den mehrfach ungesättigten Fetten sind die Omega 3-Fettsäuren besonders wichtig. Sie sind in fetten Fischen wie z. B. in Makrelen, Hering, Lachs oder Forellen enthalten und schützen das Herz.

Ernährungstipps

Komplexe Kohlenhydrate sind wesentlich besser als sog. „leere“ Kohlenhydrate, die einen schnellen Blutzuckeranstieg bewirken, der aber auch schnell wieder absinkt. Heißhunger ist dann die Folge. Omega-3-Fettsäuren sollten aufgenommen werden, Ballaststoffe und Eiweiße und Kräuter.

Gesunde Mittelmeerküche

Die Rezepte der Mittelmeerküche, wie sie auch in dem Kochbuch der Herzstiftung zu finden sind, ermöglichen Genuss und leckeres Essen in einer großen Vielfalt. Gemüse (Hülsenfrüchte), Obst und Vollkornprodukte enthalten die wichtigen komplexen Kohlenhydrate und liefern Ballaststoffe, Vitamine und sekundäre Pflanzenstoffe. In der Mittelmeerküche wird weniger Fleisch gegessen, dafür mehr Fisch und Hülsenfrüchte wie Bohnen, Linsen, Erbsen, die einen hohen Eiweißgehalt haben.



Das Kochbuch kann unter www.herzstiftung.de/kochbuch.php bestellt werden.

Aktionstag gegen den Schmerz in Neumünster



Im Juni veranstaltete die Selbsthilfegruppe Chronischer Schmerz aus Neumünster einen Aktionstag gegen den Schmerz. Mit dieser bundesweiten, jährlichen Aktion, initiiert von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., soll auf die Erkrankung Chronischer Schmerz aufmerksam gemacht und aufgeklärt werden. Am Informationsstand, der in der Eingangshalle im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) stand, meldeten sich viele Schmerzpatienten und erhielten von den Selbsthilfegruppenmitgliedern Rat und Hilfe. „Es ist oft schon eine Hilfe, wenn man mit jemandem sprechen kann, der mit chronischen Schmerzen lebt und diese in sein Leben integriert hat“, sagte ein Gruppenmitglied. Eine solche Betroffenenkompetenz ist heute mehr denn je gefragt. Mehrmals an diesem Nachmittag führte Daphne Schuma-

cher-Möller mit den Besuchern sanfte Qigong-Übungen mit beruhigender Musik durch. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe wollten damit auch zeigen, dass angemessene Bewegung gerade bei chronischen Schmerzen wichtig und sinnvoll ist. Später hielt der Schmerztherapeut aus dem FEK, Herr Dr. Klaus Wittmaack, vor interessierten Zuhörern einen Vortrag zum Thema „Schmerz im Alter“.

Am 7. September um 18 Uhr wird eine zweite Selbsthilfegruppe von SchmerzLOS e. V., der unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten, in Neumünster gegründet. Diese trifft sich immer am 1. Donnerstag im Monat im DRK-Haus, Schützenstraße 14 in Raum 16. Anmeldung unter Tel. 04321-53331 oder unter ZKS Tel. 04321-419119.

www.schmerzlos-ev.de

UVSD SchmerzLOS ist umgezogen

Die Geschäftsstelle des Vereins ist nach Lübeck verlegt worden. Die neue Adresse lautet:

UVSD SchmerzLOS e. V.
Ziegelstraße 25a
23556 Lübeck
fon 0451 - 5854 4625
fax 0451 - 5854 4626

Unter dieser Adresse finden auch Beratungsgespräche für Schmerzpatienten statt. Der Vorstand konnte die erfahrene Lübecker Selbsthilfegruppenleiterin Sabine Pump dafür gewinnen, den Ratsuchenden nach telefonischer Terminvereinbarung einen Vormittag in der Woche dafür zur Verfügung zu stehen. Sabine Pump sagte: „Es haben sich schon etliche Ratsuchende gemeldet. Von daher scheint es Bedarf zu geben. Vielen konnte ich auch schon telefonisch helfen.“ Wir werden weiter berichten.

Leser schreiben

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. Hier sind einige Anregungen dafür:

- **Was hat mir die Selbsthilfegruppe für Nutzen gebracht?**
- **Wie habe ich es geschafft, mit meinem Schmerz besser umzugehen?**
- **Ich habe folgende Tipps für andere Schmerzpatienten**

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

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: Heike Norda

S. 3: Dr. med. Michael Fritz

S. 5: Privat

S. 8: Privat

S. 10: Wandtner / pixelio

S. 14: Privat

S. 16: Privat

S. 17: Antonioguillet / fotolia

S. 18: crevis / fotolia

S. 20: Privat

- 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:

SchmerzLOS e.V.
Ziegelstraße 25a

23556 Lübeck

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

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 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 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:

 **GKV** Gemeinschaftsförderung
Spitzenverband Selbsthilfe (BUND)

 **BKK** Dachverband

BARMER



Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

Ort / Termin	Kontakt
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
44892 Bochum Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Inge Donwald fon 0234 - 262 609 donwald@live.de
85435 Erding nächstes Treffen: 23.09.2017 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	Esther Mohr fon 0176-5707 5811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.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

Ort / Termin	Kontakt
76133 Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
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
84453 Mühldorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Stephanie Breiteneicher 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. letzt. 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

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. 