

SchmerzLOS

AKTUELL



4/2014



Den Schmerz verwandeln
Über Resilienz, die innere Stärke

Bitte mehr zuhören
Nicht jeder Patient wird von seinem Arzt verstanden

Welttag der Menschen mit Behinderungen
Sind Menschen behindert oder werden sie behindert?



Editorial

wir nähern uns dem Jahr 2015. Was wird sich für Schmerzpatienten ändern? Wird es endlich Verbesserungen in der schmerztherapeutischen Versorgung geben? SchmerzLOS e. V. wird sich weiterhin mit aller Kraft für eine zügige Verbesserung der desolaten Versorgungssituation der Schmerzpatienten im ambulanten wie auch im stationären Bereich einsetzen. Wir bedanken uns für die guten Gespräche, die Kooperationen und positiven Ansätze in diesem Jahr.

Unterstützen Sie SchmerzLOS e. V. bei seiner Arbeit und machen den Verein mit seinen Zielen bei Betroffenen und Therapeuten weiterhin bekannt. Nur eine starke Gemeinschaft kann positive Veränderungen herbeiführen. Mit welchen guten Vorsätzen kann man in das neue Jahr gehen? Was kann man selbst tun, um mit den chronischen Schmerzen besser zu leben?

In dieser Ausgabe wird die Resilienz, die innere Stärke, ausführlich vorgestellt. Diese Widerstandsfähigkeit, die jeder Mensch in unterschiedlicher Stärke besitzt, lässt sich trainieren und weiterentwickeln. Dadurch wird die Fähigkeit erlernt und geschärft, sich selbst zu fragen, was das Beste ist, das man selbst in der jeweiligen Situation tun kann. Lesen Sie in einem weiteren Beitrag, weshalb nicht jeder Patient im Gespräch von seinem Arzt verstanden wird.

Eine anregende Lektüre wünscht

Heike Norda

Impressum

Herausgeber: SchmerzLOS e. V. Lübeck
Vereinigung aktiver Schmerzpatienten
Am Waldrand 9a 23627 Groß Grönau
fon 04509 – 879 308 fax 04509 – 879 309
M@il: info@schmerzlos-ev.de
www.schmerzlos-ev.de
Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL
Redaktion: Heike Norda
Layout: Hartmut Wahl

Den Schmerz verwandeln

Über Resilienz, die innere Stärke



Petra Schmidt hat chronische Schmerzen, ihr Vorgesetzter verlangt immer mehr von ihr. Die Arbeitskollegen murren jedes Mal, wenn sie krankheitsbedingt ausfällt. Die Partnerschaft droht zu zerbrechen, ihre Gesundheit ist angegriffen. Kürzlich kam noch Tinnitus dazu, stressbedingt. Doch sie gibt nicht auf. Alle, die sie näher kennen, versetzt sie in Erstaunen. Mit Rückschlägen kann sie gut umgehen und erholt sich rasch und nachhaltig. Wenn sie eine Krise durchmacht, findet sie einen guten Ausgang, ohne sich zu verlieren. Woher hat sie diese erstaunliche Fähigkeit?

Heute wissen wir: Frau Schmidt verfügt über ein hohes Maß an Resilienz. Resilienz ist ursprünglich ein Begriff aus der Werkstoffkunde und bezeichnet die Eigenschaft von Material „zurückzuspringen“, biegsam und elastisch zu bleiben und unter Druck nicht sofort zu brechen. Auf Menschen bezogen bezeichnet Resilienz die psychische Widerstandsfähigkeit hin zu einer erfolgreichen Krisenbewältigung.

Den Grundstein für die Resilienzforschung legte Emmy Werner, eine amerikanische Psychologin. Sie verfolgte in der berühmten „Kauai-Studie“ vor rund 40 Jahren die Entwicklung von rund 700 Kindern, die 1955 auf der Hawaii-Insel Kauai zur Welt gekommen waren. Ihr Interesse galt den 210 Kindern, die unter extrem schwierigen Bedingungen aufwuchsen. Bei einem Drittel dieser Kinder waren die Lebensverläufe

erstaunlicherweise von Erfolg und positivem Lebensgefühl geprägt. Die schwierigen Umstände konnten ihnen nichts anhaben. Auch als Erwachsene waren sie selbstsicher, zuverlässig und leistungsfähig. Wie konnte das sein?

Bisher war man davon ausgegangen, dass schlimme Kindheitserfahrungen Fehlentwicklungen quasi programmieren würden. Nun war die Neugier der Forscher geweckt: Lagen der positiven Entwicklung dieser Menschen angeborene Fähigkeiten zugrunde? Oder hatten sie sich bestimmte Resilienzfaktoren selbst angeeignet? Das Ergebnis: Es ist keine Schicksalsfrage, ob jemand resilient ist oder nicht. Resilienz ist erlernbar. Die Forschungen ergaben, dass sieben Orientierungs- und Handlungsmuster für eine erfolgreiche Krisenbewältigung ausschlaggebend sind.

Akzeptanz: Nur wer den Tatsachen ins Auge schaut, sie nicht verdrängt und sich nicht verkrampft, kann sie bewältigen und neue Schritte entwickeln. Wichtig ist es auch, dem seelischen Schmerz, der Trauer, der Wut Raum zu geben, um den emotionalen Stress zu bewältigen. Man sollte sich Unterstützung holen, wenn man die Bewältigung allein nicht schafft.

Realistischer Optimismus: Um Krisen zu bewältigen, benötigt man die realistische Erkenntnis, dass Krisen zeitlich begrenzt und insofern auch überwindbar sind. Eine grundlegende positive innere Einstellung verhilft zu der Erkenntnis, dass wir Dinge letztlich immer zum Guten wenden können. Man kann immer an das halb volle Glas Wasser denken: Ist es halb leer oder vielleicht doch halb voll? Diese positive Einstellung ist oft mitentscheidend in unserem emotionalen Erleben.

Die Opferrolle verlassen: Es ist verführerisch, in einer Krise in die Opferrolle zu schlüpfen und den Umständen oder anderen Menschen die Schuld an allem zu geben. Wenn wir die Realität betrachten, die Ursachen klären und uns fragen, ob wir einen eigenen Anteil an der Krise haben, können wir uns auf unsere Einflussmöglichkeiten besinnen, um uns innerlich aufzurichten und kraftvoll wieder auf die Füße zu kommen.

Selbstverantwortung: Übernehmen wir für unser eigenes Tun wirklich Verantwortung, ohne uns selbst anzuklagen oder andere zum Sündenbock zu machen, kommen wir mit unserer Kraft zum Handeln und Gestalten in Kontakt. Über welche Ressourcen verfüge ich? Was steht im Bereich meiner eigenen Möglichkeiten? Ich erlebe, dass mein Handeln etwas bewirkt, also ich selbst-wirksam bin.

Lösungsorientierung: Man entdeckt Wahlmöglichkeiten, wenn man Kreativität und Energie daran setzt, Lösungen zu finden. Diese hilfreiche Haltung kann man so umschreiben: Wie könnte es gehen? Mit ihr kann man prüfen, was am besten geeignet erscheint und sich dafür entscheiden. So beeinflusst man selbst die Entwicklung der Dinge günstig.

Netzwerk: Wem es gelingt, Beziehungen zu knüpfen und lebendig zu halten, sichert sich ein soziales Netzwerk, das auf Wertschätzung beruht und Bindung vermittelt. „Geteiltes Leid ist halbes Leid, geteilte Freude doppelte Freude“ – darin steckt viel Wahrheit. Wer könnte mir zuhören, wer könnte mir Rat geben, wer könnte mich praktisch unterstützen? Vielleicht gibt es auch etwas, das auf spiritueller Ebene unterstützen kann, etwa die Zugehörigkeit zu einer Religion, der Glaube oder die Erfahrung, mit etwas Höherem verbunden zu sein?

Zukunftsplanung: Für eine Weiterentwicklung nach einer Krise braucht man ein attraktives Ziel und eine kraftvolle Vision. Dazu gehört es, das eigene Entwicklungspotenzial realistisch auszuloten und zu entfalten. Auch auf die zu erwartenden Wechselfälle des Lebens sollte man sich vorbereiten.

Ermutigend ist, dass jeder Mensch ein gewisses Maß an Resilienz mitbringt und dass sich diese psychische Widerstandsfähigkeit erlernen und weiterentwickeln lässt, auch im Erwachsenenalter. Der feste Glaube, dass Krisen überwindbar sind und eine grundlegende Haltung auf die Frage „Was ist das Beste, das ich selbst in dieser Situation tun kann?“ sind Fundamente dafür.



Die beste Versinnbildlichung für Resilienz ist die Bambuspflanze: Ob eine lange Trockenzeit oder schwerer Schnee den Bambus belasten, ob der Wind ihn beugt oder er Hindernisse beim Wachsen überwinden muss: Der Bambus überlebt und wächst weiter, weil er all seine Kräfte immer wieder gezielt mobilisiert. Dabei gelingt es ihm sogar, das ganze Jahr über grüne Blätter

zu entwickeln. Das Gute: Das, was der Bambus schafft, kann ebenso jeder Mensch schaffen. Denn jeder von uns hat einen „Bamboo“ in sich, eine innere Widerstandskraft – die Fähigkeit zur Resilienz. Es gilt nur, diese Fähigkeit freizulegen, sie zu aktivieren, zu stärken und zu trainieren.

Versuchen Sie es doch mal selbst

Nehmen Sie eine Situation, die für Sie schwer zu handhaben erscheint und nutzen Sie diesen, einmal ihre Handlungsmuster zu verändern, um mehr Resilienz zu entwickeln. Was sind die Fakten? Welche Gefühle entstehen, wenn Sie sich die Realität anschauen? Bei wem können Sie sich Unterstützung holen?

Hand aufs Herz: Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass es für immer so schlimm bleiben wird, wie es sich gerade anfühlt? Wie oft haben Sie stattdessen schon erfahren, dass es nach einer gewissen Raum in Ihrem Alltag geben? Welche Möglichkeiten haben Sie, in dieser Situation Einfluss zu nehmen? Schätzen Sie auch kleine Möglichkeiten wert und nutzen Sie sie. So verlassen Sie die Opferrolle und werden selbstmächtig.

Prüfen Sie, wo Sie die Tendenz haben, andere oder die Umstände für das Geschehen verantwortlich zu machen und fragen Sie sich dann, was Ihr Anteil ist? Was können Sie mehr tun oder sein lassen? Versuchen Sie, den Blickwinkel zu verändern. Anstatt einem „Das klappt mal wieder nicht“ nachzuhängen, fragen Sie sich: „Wie könnte es besser gehen?“

Schauen Sie sich Ihr Umfeld an. Wer gehört alles dazu? Wem können Sie was erzählen? Wer könnte Ihnen in welchen Bereichen Unterstützung bieten? Und verteilen Sie ruhig, denn es muss nicht eine Person alles abdecken.

Test zur Selbstabfrage

Mit Unabänderlichem finde ich mich recht gut und schnell ab.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Wenn ich eine Krise durchlebe, erlaube ich mir, mich erst einmal schlecht zu fühlen.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich sehe auch in Rückschlägen das Gute und versuche, aus allem das Beste zu machen.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich bin überzeugt, dass ich in den meisten Situationen den Lauf der Dinge beeinflussen kann.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich sehe mich nicht als Opfer der Umstände, sondern gestalte mein Leben.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich weiß, was mir gut tut und kann gut für mich sorgen.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich verschließe mich nicht vor unangenehmen Erkenntnissen.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Auch in kritischen Situationen setze ich meine Kräfte für eine positive Wende ein.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Wenn ich in Schwierigkeiten stecke, suche ich Wege, um die Probleme zu lösen.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Statt mich mit der Schuldfrage aufzuhalten, frage ich danach, wie ich vorankommen kann.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich habe ein Ziel vor Augen, das ich reizvoll finde.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

In meinem Umkreis gibt es etliche Menschen, bei denen ich mir Rat einholen kann, wenn ich es brauche.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Ich habe ein gutes Netz von Kontakten, in dem man sich gegenseitig hilft.

6 immer 5 meistens 4 oft 3 manchmal 2 selten 1 nie

Auswertung:

Wie oft haben Sie die Zahlen 6 und 5 angekreuzt? Diese Werte sprechen für einen guten Resilienzfaktor. Die Zahlen 4 und 3 können als „auf einem guten Weg“ verstanden werden. Die beiden unteren Werte mögen als Anregung dienen: Was kann ich unternehmen, um mich mehr in diesen Bereichen zu stärken? Wie kann ich Unterstützung bekommen? Wie kann ich meinen Blickwinkel verändern?

Bitte mehr zuhören



Viele niedergelassene Ärzte interpretieren den Begriff „Sprechstunde“ auf ihre sehr eigene Weise. Eine Patientin berichtet dazu: „Wenn ich ihm von meinen Beschwerden berichte, schaut er mich gar nicht an, sondern viel mehr auf seinen Computer. Er unterbricht mich oft, wenn ich ihm meine Symptome beschreiben will, und ich habe dann das Gefühl, dass er gar nicht richtig zuhört und mich nicht ernst nimmt“.

Inzwischen ist es sogar schon in der Politik angekommen, dass ein gutes Gespräch zwischen Arzt und Patient zur besseren Compliance und zum größerem Therapieerfolg führt. Aktives Zuhören zählt zu den wichtigsten ärztlichen Fähigkeiten im Gespräch mit dem Patienten. Durch aufmerksames Zuhören ist oft mehr in Erfahrung zu bringen als durch eine gute Fragetechnik. Fast die Hälfte aller Fehldiagnosen sind auf Missverständnisse oder Nachlässigkeiten beim Gespräch zwischen Arzt und Patienten zurückzuführen.

Aber leider unterliegt auch der Arzt heute strengen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Ein deutscher Arzt kann sich rund 7,6 Minuten Zeit für einen Patienten nehmen; die darüber hinaus gehende Zeit arbeitet er kostenlos. In der

EUROCOM-Studie aus dem Jahr 2002 wurde ermittelt, dass in anderen europäischen Ländern wie den Niederlanden, Spanien und England die durchschnittlichen Sprechzeiten deutlich länger sind. Schweizer Ärzte nehmen sich doppelt so viel Zeit für ihre Patienten. Aber die Gesprächszeit ist gar nicht das Entscheidende, sondern es kommt auf den Kommunikationsstil an.

Ärzte müssen ein Umfeld schaffen, in dem sich die Patienten wohlfühlen und sie ihre wirklich belastenden Anliegen ausdrücken können. Daher ist es eine der wichtigsten Aufgaben, den Patienten zu zeigen, dass man zuhört, sie verstehen möchte und sie Zeit bekommen. „Reden zu dürfen“ ist das wichtigste Element der Patienten-Arzt-Konsultation. Es wurde nachgewiesen, dass die Art wie der Arzt zuhört, beeinflusst, was der Patient ihm erzählt. Eine offene Frage zu Beginn des Gesprächs und das aktive Zuhören stellen den Patienten in das Zentrum der Aufmerksamkeit und geben ihm Zeit zur Reflexion. Gerade die ersten Äußerungen eines Patienten sind ein wichtiger Teil der ganzen Krankengeschichte. Die Ärzte sollten den Mut aufbringen ihre Patienten dabei nicht zu unterbrechen. Beckman und Frankel zeigten bereits 1984, dass Patienten in den USA bei Weiterbildungsassistenten internistischer Praxen in nur 23 Prozent der Arztbesuche ihren Monolog beenden konnten, zu 69 Prozent wurden sie durch den Arzt unterbrochen. Nach der Aufforderung ihr Anliegen vorzutragen, unterbrachen Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt bereits nach 18 Sekunden.

Ärzte müssen ein Umfeld schaffen, in dem sich die Patienten wohlfühlen und sie ihre wirklich belastenden Anliegen ausdrücken können.

Die Ärzte taten dies überwiegend, indem sie geschlossene Fragen stellten und somit die Kontrolle über das Gespräch übernahmen. Die Beschwerdeschilderung der Patienten wurde nach der Unterbrechung oft nicht fortgesetzt und dem Arzt gingen auf diese Weise wichtige Informationen verloren. Marvel und Mitarbeiter wiederholten 1995/96 diese Studie mit einer größeren Stichprobe in hausärztlichen Praxen der USA. Dabei wurde deutlich, dass Patienten im Durchschnitt nach 23 Sekunden in ihren Erläuterungen unterbrochen wurden und der Arzt die Führung übernahm, noch bevor der Patient eine Chance hatte, sein Anliegen zu Ende zu bringen. In 25 Prozent der Fälle wurden die Patienten sogar überhaupt nicht nach ihrem Anliegen befragt.

Warum werden die Anliegen der Patienten von ihren Ärzten oft nicht vollständig erfasst? Warum werden Patienten so schnell unterbrochen? Viele Autoren sehen in der Persönlichkeit des Arztes den wichtigsten Einflussfaktor für seinen Interaktionsstil. Unterbrechungen werden zum Beispiel durch differenzialdiagnostische Überlegungen und nicht durch die Patientenerzählung

geleitet. Sie folgen ihrem eigenem Krankheitskonzept und nicht dem ihrer Patienten. Möglicherweise ist es die Angst, den Praxisablauf nicht mehr gewährleisten zu können. Byrne und Long beschreiben, wie Ärzte stets die gleichen Fragen stellen und diese nur in Lautstärke und Schnelligkeit variieren. Sie bezeichnen dieses Verhalten als statischen Konsultationsstil und nehmen an, dass der größte Teil der Ärzte diesen Interaktionsstil pflegt. Ärzte setzen das Ziel für das Arztgespräch, initiieren und kontrollieren es, und die Patienten leisten Folge. Eine Haltung der unbedingten Autorität und der damit verbundene intensive Führungsanspruch des Arztes hemmen dabei die Eigeninitiativen des Patienten. Sechzig Prozent der Patienten erleben den Arzt in einer paternalistischen Rolle. Der Arzt als Experte übernimmt die Führung des Gesprächs. Nach Untersuchungen von Kaupen-Haas halten 43 Prozent aller Ärzte eine autoritäre Rolle für angemessen. Nach anderen Veröffentlichungen haben Ärzte

Patienten wünschen sich Ärzte, die sich Zeit nehmen und ihnen zuhören, achtsame und bedachte Ärzte, die ihnen Aufmerksamkeit schenken und versuchen, sie wirklich zu verstehen.

Schwierigkeit zuzuhören. Vor kurzem erschienene Studien stellen heraus, dass Ärzte gern über sich selbst reden. Es besteht außerdem die Annahme, dass der Patient seinen Bericht mit dem beginnen würde, was ihn am meisten belastet und für ihn am wichtigsten erscheint. Aber oft ist das Gegenteil der Fall. Wenn der Arzt sich also sofort auf das zuerst angesprochene Problem fokussiert, bevor er auch die anderen Sorgen kennen gelernt hat, wird er von diesen Belangen erst gegen Ende der Konsultation oder gar nicht erfahren. Ärzte tendieren dazu, viel zu rasch Vorannahmen über die Beschwerden ihrer Patienten auf der Basis medizinischer Konzepte zu entwickeln. Das führt oft dazu, dass strukturierte theoriebasierte und oft geschlossene Fragen gestellt werden. Folglich sprechen Patienten dann oft sehr wichtige, sie belastende Details erst kurz vor dem Ende der Konsultation an. Dieses Phänomen wird auch als „Türklinkenphänomen“ bezeichnet und ist nicht den Patienten anzulasten, sondern einer Interviewtechnik, die es nicht schafft, möglichst zu Beginn des Gesprächs herauszufinden, was den Patienten belastet. Ärzte, die das Gespräch nicht zu sehr kontrollieren und den Patienten ausreichend Gesprächszeit lassen, zeigen außerdem eine bessere Erkennungsrate psychischer Belastungen. Patienten wünschen sich Ärzte, die sich Zeit nehmen und ihnen zuhören, achtsame und bedachte Ärzte, die ihnen Aufmerksamkeit schenken und versuchen, sie wirklich zu verstehen. Richtig zuhören ist eine Herausforderung. Patienten sind zufriedener und haben trotz gleich bleibender Konsultationszeit das Gefühl, mehr Zeit mit ihrem Arzt verbracht zu haben, wenn sie selbst eine aktive Rolle in der Konsultation

übernommen haben. Forschungen auf dem Gebiet der Arzt-Patienten-Kommunikation befürworten eine Gesprächstechnik, die sich um das Patienten Anliegen bemüht und den Arzt ermutigt zuzuhören, bis alle Belange aufgedeckt wurden. Eine eher abwartende Haltung des Arztes in der Eingangsrede erbringt wichtige anamnestische Informationen. Wird der Monolog des Patienten erst einmal unterbrochen, fangen die Patienten meist nicht noch einmal an, andere Anliegen darzustellen.

Wie viel Zeit nimmt der Anfangsmonolog von Patienten in Anspruch? Ärzte rechnen mit einer durchschnittlichen Gesprächszeit von dreieinhalb Minuten, wenn Patienten frei berichten dürfen. Bereits 1989 wurde von dem britischen Neurologen Blau im Rahmen von ambulanten Sprechstunden einer neurologischen Poliklinik Gesprächszeiten von einer Minute und 40 Sekunden gemessen, wenn Patienten zu Beginn frei erzählen durften. Patienten einer psychiatrischen Poliklinik nutzen die in einer Studie vorgegebenen fünf Minuten „Erzählfreiheit“ zu Beginn des Gesprächs zu 90 Prozent komplett aus. Als „spontane Gesprächszeit zu Beginn der Arztkonsultation in der Poliklinik“ betitelten Langewitz und Mitarbeiter die Studie, die 2002 in der Ambulanz der Uniklinik in Basel durchgeführt wurde. Hier beobachtete man eine spontane Gesprächszeit von 92 Sekunden und schlussfolgerte, dass es nicht den normalen Ablauf einer Arztkonsultation aufhält, wenn man Patienten zu Beginn des Patienten-Arzt-Gesprächs reden lässt. In der hausärztlichen Praxis zeigte sich, dass Patienten im Durchschnitt nur 30 Sekunden benötigen, um ihr Anliegen komplett vorzutragen: 32 Sekunden wurde in den USA gemessen, 28 Sekunden in Israel und 28,6 Sekunden in Slowenien. In der Praxisstudie von Wolfgang Stunder in Zell a.H. wurde eine spontane Redezeit von 103 Sekunden bei 20 Patienten mit Erstkontakt ermittelt. Diese im hausärztlichen Rahmen durchgeführten Studien offenbarten zudem, dass beendete Monologe nur geringfügig länger sind als unterbrochene. Im Endeffekt schien sich die Gesamtdauer der Konsultation auch nicht zu verlängern, sondern sogar zu verkürzen.

Teile dieses Berichts sind der Dissertationsschrift von Teresa Bär aus dem Jahr 2008 entnommen.

Welttag der Menschen mit Behinderungen

Sind Menschen behindert oder werden sie behindert?

Warme Worte für behinderte Menschen und mehr nicht? Arbeitsleben, Freizeit, Kultur, Reisen, Bildung und natürlich auch das Gesundheitswesen – jeder Mensch sollte die Möglichkeit haben, daran teilzunehmen. Dabei sollte es egal sein, ob dieser Mensch behindert, beeinträchtigt, krank oder gesund ist.

Vor vier Jahren wurde die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Menschen mit Behinderung sollten gleichberechtigt am öffentlichen Leben teilnehmen. Seitdem gab es vor allem im Bildungssektor einige positive Veränderungen. Viele Kinder mit Behinderungen jeder Art haben die Möglichkeiten, am regulären Schulunterricht teilzunehmen.

Doch wie steht es um das Gesundheitswesen, wenn es um behinderte Menschen geht? Bis auf die Organisation der Special Olympics, die im Rahmen der Organisation dieser Wettkämpfe auch Vorsorgeuntersuchungen behinderter Sportler anbieten, hat sich kaum etwas getan. 2009 setzte sich der Deutsche Ärztetag intensiv mit diesem Thema auseinander, aber bis heute hat sich wenig verändert. Die ambulante Versorgung von Menschen mit Behinderung wird im Gesundheitswesen vernachlässigt, von der Versorgung und Betreuung in Kliniken ganz zu schweigen. Die Versprechungen von damals, sich als Ärzteschaft für Behinderte einzusetzen, wurden nicht im Ansatz umgesetzt.

Viel bewegt hat sich allerdings noch nicht: Laut einer Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Linke im vergangenen Herbst haben nur 22 Prozent der Allgemeinärzte einen barrierefreien Zugang. Allerdings liegen „der Bundesregierung umfassende Erkenntnisse zur Barrierefreiheit von Arztpraxen derzeit nicht vor“, so das Bundesministerium für Gesundheit.

Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.

Richard v. Weizsäcker

Doch die Barrieren in den Köpfen bei Ärzten, aber auch anderen Patienten, lassen sich nicht so einfach einreißen. Jeder muss sich aber klar sein: Medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht - egal, ob der Patient behindert oder nicht behindert ist. „Behindert sein“ bedeutet lediglich, dass der jeweilige Mensch eine Einschränkung hat. Das kann jedem von uns jeden Tag widerfahren! In einer älter werdenden Gesellschaft muss sich jeder auf eine weniger mobile Klientel einstellen.

Mit einer Novelle des Bundesteilhabegesetzes wollen Bund und Länder Menschen mit Behinderung mehr Freiheiten beispielsweise bei der Gestaltung ihrer Pflege geben. In dem Gesetz, an dem Bund und Länder seit Sommer in einer Arbeitsgruppe arbeiten, sollen Behinderte künftig "Kunden" werden und selbstständig bestimmen können, wo sie Pflegeleistungen erhalten. Damit wären sie nicht mehr abhängig von Verbänden oder anderen Trägern, die wiederum würden entlastet werden.

In einem Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder Ende November in Mainz heißt es, dass die Länder-Ressortchefs davon ausgehen, "dass die Schnittstellen insbesondere zur Pflegeversicherung, die durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes und durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben, von den zuständigen Ressorts identifiziert und in beiden Reformprozessen im Interesse der Menschen mit Behinderungen gelöst werden."

Das Gesetz soll bis Mitte 2015 vorliegen und im Sommer 2016 verabschiedet werden.

Chancengleichheit besteht nicht darin, dass jeder einen Apfel pflücken darf, sondern dass der Zwerg eine Leiter bekommt.

Reinhard Turre

Recht auf Zweitmeinung



Nur wenige gesetzlich Krankenversicherte wissen, dass sie sich zu Lasten ihrer Krankenkasse eine zweite Meinung einholen können.

Das Ergebnis einer Studie legt die Vermutung nahe, dass in der Bevölkerung noch ein großer Aufklärungsbedarf darüber besteht, dass das Recht eines Kassenspatienten auf eine

Zweitmeinung im Versorgungstärkungsgesetz verankert werden soll. Bei planbaren Eingriffen unter bestimmten Indikationen sollen Patienten das Recht auf eine Zweitmeinung haben. Der Bundesausschuss muss noch festlegen, welche Eingriffe das sind und wer eine Zweitmeinung erbringen kann.

Wie die Studie offenbart, ist der Bedarf an ergänzenden Entscheidungshilfen groß: Zwei Drittel der Deutschen haben sich demnach nach einem Arztbesuch schon mindestens einmal über alternative Behandlungsmöglichkeiten informiert. An erster Stelle steht dabei das Internet mit 65 Prozent, gefolgt von Familienmitgliedern oder Freunden (64 Prozent). Ein zweiter Arzt wird mit 52 Prozent seltener zurate gezogen. Dabei sei das Vertrauen in Empfehlungen zu alternativen Methoden am größten, wenn sie von Medizinern stammten (91 Prozent).

Der Wunsch nach einer ärztlichen Zweitmeinung hängt bei den Patienten, wie die Untersuchung nahelegt, vor allem von der jeweiligen Indikation ab. So gaben 83 Prozent an, dass ihnen im Falle einer onkologischen Erkrankung, wie zum Beispiel Brust- oder Lungenkrebs, eine Zweitmeinung sehr wichtig sei. Das Schlusslicht beim Zweitmeinungswunsch ist die Zahnmedizin.

Nur 26 Prozent sei im Falle von Zahnersatz oder -OP die Meinung eines zweiten Zahnmediziners sehr wichtig. Insgesamt gaben 40 Prozent der Umfrageteilnehmer an, in den vergangenen fünf Jahren mindestens einmal aktiv von einem niedergelassenen Facharzt auf die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung angesprochen worden zu sein. 37 Prozent treffen diese Aussage bei den Fachärzten in Kliniken. Hauptmotive der Patienten seien die Unsicherheit, ob die empfohlene Methode optimal für sie ist (52 Prozent), sowie der Wunsch, eine unnötige Behandlung bzw. Operation zu vermeiden (47 Prozent).

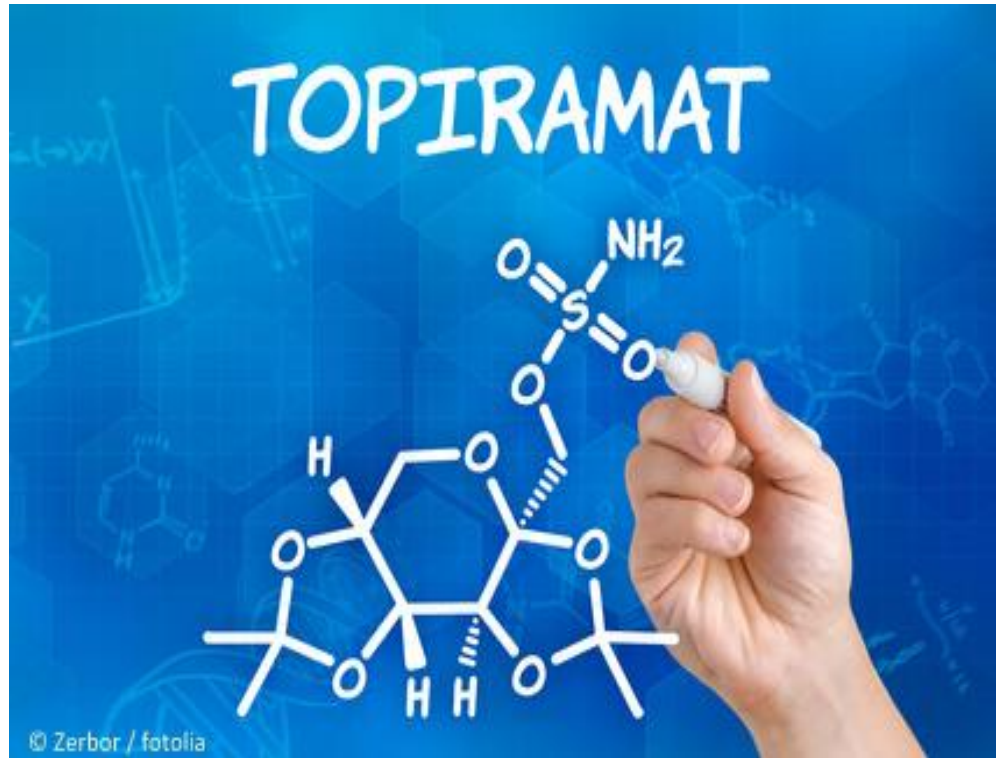
Die größte Kompetenz bei der Erstellung von Zweitmeinungen vermuten die Befragten mit 46 Prozent bei Fachärzten einer Klinik. Knapp dahinter liegen mit 43 Prozent niedergelassene Fachärzte. Immerhin elf Prozent vermuten die größte Kompetenz bei ihrer Krankenkasse.

SchmerzLOS e. V. hat schon mehrfach darauf aufmerksam gemacht, dass es gerade vor einer Rückenoperation sinnvoll sein kann, eine zweite Meinung einzuholen. Manchmal werden solche Operationen angeboten, bevor alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien. Zudem gibt es einen Anteil von Patienten, bei denen es nach einer Rückenoperation zu einer Verschlechterung der gesamten Situation kam. Auch die stark gestiegene Zahl der Rückenoperationen legt nahe, dass teilweise vorschnell bzw. unnötig operiert wird.

Migräne macht nicht dumm!

Weder Migräne noch deren medikamentöse Therapie beeinträchtigen die geistige Leistungsfähigkeit von Erkrankten.

Migräne macht nicht dumm! Das ist die gute Nachricht. Wenn kognitive Beeinträchtigungen auftreten, liegt das eher an der Medikation. Migräne geht mit Veränderungen der kognitiven Reizverarbeitung



einher. Einige Studien haben gezeigt, dass Migräne, vor allem Migräne mit Aura, mit unspezifischen Störungen bzw. Veränderungen in der Kernspintomografie des Gehirns verknüpft ist. Eine Aura bedeutet in diesem Zusammenhang ein häufiges neurologisches Symptom, das der folgenden Kopfschmerzphase vorangeht. Eine Aura tritt in bis zu 20% der Migränefälle auf und ist gekennzeichnet durch dynamische (meist visuelle oder sensorische) Wahrnehmungsstörungen.

Zwei Forscher der Harvard University haben die Studien zusammengefasst, bei denen kognitive Veränderungen bei Migränepatienten untersucht wurden. In keiner Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Migräne und kognitivem Rückgang. Auch die Ausprägung der Migräne (z. B. mit oder ohne Aura, Attackenhäufigkeit, Dauer der Erkrankung) hatte keinen Einfluss. Ebenso zeigte sich kein wesentlicher Einfluss durch die Akutmedikation bzw. durch vorbeugend eingenommene Wirkstoffe.

Einige Forscher hatten kognitive Beeinträchtigungen erwartet, da bei Patienten mit Migräne mit Aura strukturelle Hirnveränderungen im MRT gefunden wurden. Überraschend ist allenfalls, dass Migränemedikamente keinen Einfluss haben sollen.

Vom Wirkstoff Topiramate, der für die Prophylaxe von Migräne zugelassen ist, ist bekannt, dass es teilweise sogar erheblich kognitive Beeinträchtigungen verursachen kann. Der fehlende Einfluss dieser Medikamente ist aber wahrscheinlich auf die sehr geringe Einnahmefrequenz bei allen Migränepatienten zurückzuführen.

Arzttermine online buchen?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte erste Ergebnisse einer Befragung von 6000 Krankenversicherten mit: Fast jeder vierte Patient, der das Internet nutzt, würde auch Arzttermine online vereinbaren, und zwar direkt über die Website der Praxis. Eine zentrale Terminvergabe wäre nur für 8% der Befragten eine Alternative. Über ein Drittel der Befragten, nämlich 39%, halten es für wichtig, bei der Suche nach einem neuen Arzt die Websites der Praxen nutzen zu können. Die Hälfte der Befragten wünscht sich außerdem auf diesen Praxis-Websites Informationen zum Leistungsspektrum, zu den Öffnungszeiten, zum fachlichen Werdegang und zu spezifischen Qualifikationen des Arztes sowie zu besonderen Anwendungs- und Therapiemethoden.

Die richtige Schlucktechnik



Wissenschaftler aus Heidelberg haben nun erstmals zeigen können, dass sich die Tabletteneinnahme für Patienten besser gestalten lässt.

Gerade Kinder oder ältere Patienten tun sich oft schwer damit, ihre Tabletten oder Kapseln

herunterzuschlucken. Sie klagen über Erstickungs- und Würgegefühle, sogar über Erbrechen oder darüber, dass sie das Gefühl haben, die Tablette stecke ihnen im Hals fest. Die Forscher testeten mit Hilfe von Placebos (Tabletten oder Kapseln ohne Wirkstoff) zwei Schlucktechniken.

Tabletten ließen sich leichter mit der „Plastikflaschen-Methode“ einnehmen. Bei dieser sog. „Pot-Bottle-Methode“ wird die Tablette auf die Zunge gelegt, die Lippen werden fest um die Öffnung einer flexiblen Plastikflasche geschlossen und dann wird mit einer schnellen, saugenden Bewegung Wasser aus der Flasche getrunken. Mithilfe der Saugwirkung lässt sich das Wasser samt Tablette rasch herunterschlucken, sodass die bewusste Phase des Schluckens umgangen wird. Beim Schlucken sollte keine Luft in die Flasche einströmen. Die Kunststoffflasche muss sich beim Trinken zusammenziehen.

Für Kapseln empfehlen die Forscher die sog. „Vorwärts-Neige-Technik“. Dabei sollte die Kapsel in einer aufrechten Körperhaltung auf die Zunge gelegt und ein Schluck Wasser in den Mund genommen werden, ohne die Kapsel bereits hinunterzuschlucken. Der Kopf wird nach vorne geneigt, bis das Kinn leicht die Brust berührt. Die Kapsel bewegt sich dadurch automatisch in den Rachen und lässt sich einfacher schlucken.

Beide Methoden waren für die Betroffenen hilfreich, so dass sie angaben, die Tabletten und Kapseln leichter einnehmen zu können. Die verordnenden Ärzte betrachteten die Verbesserung der sog. Compliance (Therapietreue des Patienten) als wichtig.

Schmerztherapie in der Notaufnahme ist oft mangelhaft

Patienten suchen oft wegen akuten Schmerzen die Notaufnahme auf. Neben Verletzungen, Rückenproblemen und unspezifischen Kopf- und Brustschmerzen handelt es sich dabei häufig um akuten Bauchschmerz. Aus Angst vor möglichen Fehldiagnosen oder Fehlern bei der Therapieentscheidung verzichten viele Ärzte bei diesem Krankheitsbild ganz auf Schmerzmittel.

Umfragen unter Chirurgen zeigten, dass nur 7% der Patienten mit akuten Bauchschmerzen in der Notaufnahme ein Schmerzmittel bekommen. Dr. Silke Ganzera erklärte auf dem Deutschen Schmerzkongress in Hamburg, dass eine Schmerzlinderung mit Opioiden das Risiko einer Fehleinschätzung nicht steigert und dass man nichts verschleppt.

Aus einer amerikanischen Untersuchung geht hervor, dass Ärztinnen eher Schmerzmittel verabreichen als ihre männlichen Kollegen.

Mündige Patienten? Eine Utopie!

Nur jeder zweite Patient versteht seinen Arzt. Das liegt aber nicht immer am Doktor, sondern oft auch daran, dass die Patienten nicht in der Lage sind, ihre Beschwerden richtig darzustellen. Dadurch kann es schnell zu Missverständnissen und Fehlbehandlungen kommen.

Ein Konsortium aus neun Unis und Instituten unter der Leitung der Universität Maastricht hat jetzt herausgefunden, dass es bei fast jedem zweiten Deutschen an der nötigen Gesundheitskompetenz hapert, um Gesundheitsinfos auch richtig verstehen und nutzen zu können.

Doch was genau bedeutet Gesundheitskompetenz? Jeder versteht etwas anderes darunter. Dr. Gabriele Seidel ist Geschäftsführerin der Patientenuniversität der MHH. Zu ihren Aufgaben gehört es, die Gesundheitskompetenz der deutschen Patienten zu erhöhen. Sie sagt, es gehört ein ganzes Bündel an Fähigkeiten dazu, dass ein Mensch kompetent mit seiner Gesundheit umgehen kann.

Dazu zählen:

- **kognitive Fähigkeiten**, wie lesen, schreiben oder rechnen zu können. Immerhin seien 14 Prozent der Menschen in Deutschland Analphabeten, dazu kämen 26 Prozent, die nur sehr langsam lesen und schreiben können, zitierte Seidel Ergebnisse einer Leo-Studie.
- **kommunikative Kompetenzen**, denn ein Patient muss dem Arzt mitteilen können, welches gesundheitliche Problem er hat.
- **Die Fähigkeit, die eigenen Interessen** durchsetzen zu können.
- **Vertrauen** darauf, dass man gesund werden kann, "Selbstwirksamkeit" nannte Seidel das.
- **die Fähigkeit, sich neues Wissen** anzueignen und auch zu verstehen.
- **Die Fähigkeit, dieses Wissen** auch in Handeln umzusetzen, denn Wissen allein genügt eben nicht - "nur weil ich weiß, dass Rauchen schädlich ist, muss ich noch nicht damit aufhören", sagte Seidel.

An der Patientenuniversität in Hannover wird durch strukturierte Bildungsangebote das universitäre Wissen, aktuelle Forschungsergebnisse über körperliche und seelische Abläufe im menschlichen Körper, der Umgang mit der Erkrankung, aber auch Kenntnisse über Strukturen des Gesundheitswesens und methodische Grundlagen verständlich vermittelt. Mehr Informationen gibt es unter www.patienten-universitaet.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 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.

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

Ein weiteres Projekt von 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 seinen Aktivitäten will 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.

SchmerzLOS e. V. 
Vereinigung aktiver Schmerzpatienten

Am Waldrand 9a
 23627 Groß Grönau
 fon 04509 – 879 308
 fax 04509 – 879 309
 info@schmerzlos-ev.de
 www.schmerzlos-ev.de

Vorstand

Hartmut Wahl (Vorsitzender)
 Heike Norda (stv. Vorsitzende)

SchmerzLOS e.V. ist als gemeinnützige Patientenorganisation frei von wirtschaftlichen Interessen und darum unabhängig von pharmazeutischen Wirtschaftsunternehmen. Wir finanzieren uns durch Mitgliedsbeiträge, private Spenden und Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherung und dem Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein

Wenn Sie uns unterstützen wollen, dann können Sie das mit einer Spende tun:

Unser Spendenkonto:

VR-Bank ABG-Land eG BLZ: 830 654 08 Konto-Nummer: 4750 187
 IBAN: DE 7883 0654 0800 0475 0187 BIC: GENODEF1SLR

Oder werden Sie Mitglied.

Ich möchte Mitglied bei SchmerzLOS e.V. werden.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum* _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Telefon* _____

E-Mail* _____

Ich erteile eine Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag von _____ € (mind. 30 €)

Name der Bank _____ BIC _____

IBAN _____

Datum, Unterschrift _____

Drei Gründe für Ihre Mitgliedschaft

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

* freiwillige Angaben

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der elektronischen Speicherung Ihrer Daten für satzungsgemäße Zwecke zu. SchmerzLOS e.V. verpflichtet sich zur Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.