

SchmerzLOS 

AKTUELL

2/2020



Gesucht wird der »gute Arzt«

Ärzte zwischen Ethik und Monetik

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

fassunglos erleben manche von uns die Auswirkungen der Coronakrise. Diese hat eine Verringerung der sozialen Kontakte bis auf ein Minimum zur Folge, zumindest für die direkten menschlichen Kontakte außerhalb der „Haus- oder Wohngemeinschaft“. Dabei sind menschliche Kontakte gerade für Menschen mit chronischen Schmerzen so wichtig und können dazu beitragen, dass Betroffene sich nicht nur auf ihre Schmerzen und oft negativen Gedanken konzentrieren, sondern durch andere wieder dazu gebracht werden, positiv in die Zukunft zu schauen.

Dieser positive Umgang mit sich selbst, mit dem eigenen Schmerz und mit anderen kann in einer Selbsthilfegruppe trainiert werden. In der jetzigen Zeit gibt es viele Gruppen, die mit originellen Ideen versuchen, außerhalb der persönlichen Treffen, die eine Zeitlang nicht möglich waren, Kontakt zu halten. Wenn Sie eine besonders gute Idee hatten oder persönlich etwas Positives erlebt haben, teilen Sie uns das gern als Leserbrief mit.

Eine negative Auswirkung der Gesamtsituation bezüglich des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 und der dadurch verursachten ansteckenden Viruserkrankung ist die Verschlechterung der Versorgungssituation von Schmerzpatienten. Die Krankenhäuser bereiten sich auf viele schwer kranke Patienten vor und mussten dafür einige Wochen Betten leer stehen lassen. Es fehlte an Ausrüstung jeglicher Art. Viele Schmerzpatienten konnten ihre lange geplante stationären multimodalen Behandlungen nicht antreten, planbare Operationen, auch solche zur Schmerzlinderung, wurden verschoben, Kontakte zu behandelnden Ärzten konnten nur eingeschränkt wahrgenommen werden, manchmal auch nur Video-Sprechstunde. Ebenso konnten kaum Rehabilitations-Behandlungen stattfinden.

UVSD SchmerzLOS e. V. fordert von der Bundesregierung und des Kassenärztlichen Vereinigungen einen runden Tisch mit allen Akteuren, um die Versorgung der Schmerzpatienten schnellstmöglich anzuheben. Werden Sie Mitglied in dieser starken Gemeinschaft oder verschenken Sie eine Mitgliedschaft!

In dieser Ausgabe lesen Sie einige Artikel zum Arzt-Patienten-Verhältnis. Aus der Schilderung einer Operation, die eine Schmerzpatientin erlebte, können Sie sehen, welche „Vorsichtsmaßnahmen“ ein Schmerzpatient vor einer geplanten Operation ergreifen sollte.

Passen Sie auf sich auf!

Ihre



Heike Norda



Inhalt

Der gute Arzt	3
Ärzte zwischen Ethik und Monetik	5
Medikamente richtig einnehmen	6
Schmerzen nach einer Operation können schlimm sein!	7
Welches Krankenhaus ist das Richtige für mich?	11
Spinalkanalstenose: Was tun beim Engpass-Syndrom?	12
Patientenbeteiligung in der Forschung	14
Leser schreiben	15
„Der Schmerz spielt sich nur in Ihrem Kopf ab“	16
Klausurtagung des erweiterten Vorstands in Rehburg-Loccum bei Hannover	18
Überzeugung wirkt wie ein Placebo	18
Hausmittel - heute noch gefragt	19
Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet	19
Arzneimittel - 2019 kamen 25 neue Wirkstoffe auf den Markt	20
Black Box Pharmsponsoring	21
Warnhinweis zu Pregabalin	23
Für Sie gelesen	23
Informationen, die weiterhelfen	24
Impressum	26
Unsere Selbsthilfegruppen in D + A	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	28

Der „gute Arzt“

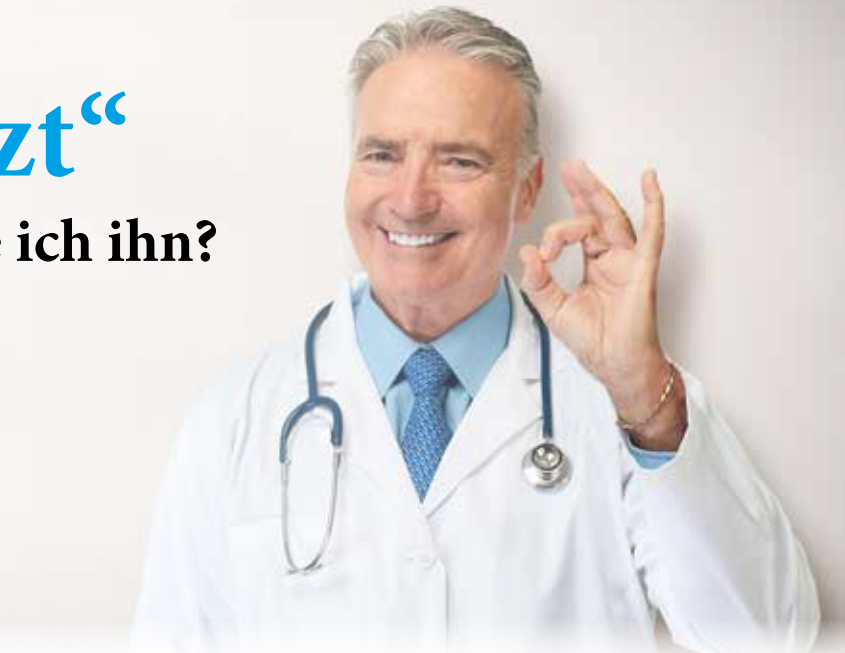
Gibt es ihn, und wie finde ich ihn?

Der „gute“ oder der „richtige“ Arzt: Wo finde ich ihn? Was ist für Sie ein „guter Arzt“? Diese Frage wird jeder Patient ein bisschen anders beantworten. Besser wäre die Frage: Was ist für Ihre Krankheit und für Sie der richtige Arzt? Die Kriterien für die Auswahl müssen Sie selber bestimmen.

Die erste Entscheidung: Soll es ein Mann oder eine Frau sein? Sie müssen entscheiden, ob diese Frage eine Rolle spielt. Manchmal ist sie unbedeutend – ein gebrochenes Bein muss eben schnell versorgt werden. Aber in anderen Lebenssituationen wissen Sie genau: Diesmal muss es eine Frau sein! Wo liegt die Arztpraxis? Für gehbehinderte oder schwerkranke Patienten, die häufig zum Arzt müssen und vielleicht auch auf Hausbesuche angewiesen sind, können Lage und Verkehrsanbindung der Praxis den Ausschlag geben. Bietet die Praxis günstige Sprechzeiten an? Genügt das Angebot Ihren Bedürfnissen, wie z.B. offene Sprechstunde, Terminpraxis, Spätsprechstunde, Notfallsprechstunde, vielleicht auch Hausbesuche oder Erreichbarkeit am Wochenende?

Der erste Besuch: Sie machen sich auf den Weg – eine gute Gelegenheit, Ihre Entscheidung zu prüfen. Erreichen Sie die Praxis so, wie Sie es sich gedacht haben? Konnten Sie telefonisch erfahren, auf welche Wartezeiten Sie sich einstellen müssen? Haben Sie starke, akute Beschwerden und werden nach Möglichkeit sofort untersucht? Angekommen, stellen Sie fest: Sie sind nicht die oder der Einzige! Können Sie die Wartezeit noch zufriedenstellend für sich nutzen? Gibt es Zeitungen, Getränke oder Spielzeug und ein angenehmes Wartezimmer? Gefällt Ihnen der Umgangston in der Praxis? Hält sich die Wartezeit in Grenzen? Sie sitzen ihr oder ihm gegenüber und sollen sagen, was los ist. Fühlen Sie sich verstanden und gut aufgehoben? Wie Sie beide miteinander ins Gespräch kommen, beeinflusst die Qualität der Behandlung. Ärzte sind keine Halbgötter in Weiß. Sie sollten ihr Handwerk verstehen, können aber auch Fehler machen. Die zwischenmenschliche Seite spielt für viele Menschen eine ebenso große oder gar größere Rolle als die fachliche Kompetenz. Wie in jeder Partnerschaft kann es falsche Erwartungen auf beiden Seiten geben.

Fühlen Sie sich bei Ihrem Arzt verstanden und gut aufgehoben? Das ist die Basis für das Vertrauen zwischen Ihnen und dem Arzt. Begegnen Ihnen Ihr Arzt mit Akzeptanz,



Achtung und menschlicher Wärme, nimmt er Sie als Individuum wahr? Achtet er auf die Wahrung Ihrer Intimsphäre? Aufklärung über Diagnose und Therapie? Respektiert er Ihr Recht auf Information und Selbstbestimmung? Akzeptiert er, wenn Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen? Verträgt er Ihre Kritik?

Nimmt Ihr Arzt Ihre Krankheit vor dem Hintergrund Ihrer Lebensumstände wahr? Kennt Ihr Arzt seine eigenen Grenzen und überweist Sie ggf. an einen Facharzt? Legt Ihr Arzt auch Wert auf die Meinung anderer Berufsgruppen zu Ihrem Fall (z.B. Krankengymnasten, Psychologen, Sozialarbeiter)? Berücksichtigt Ihr Arzt die Zusammenhänge von Körper, Seele und Geist in seiner Untersuchung und Behandlung? Ist er über „alternative Heilmethoden“ informiert? Kontrolliert Ihr Arzt das Ergebnis der vorangegangenen Therapie? Empfiehlt er Ihnen vor wichtigen Entscheidungen Bedenkzeit?

Nutzen Sie die Chance für einen guten Arzt-Kontakt! Was können Sie tun? Beginnen Sie rechtzeitig die Suche nach dem guten Arzt. Bereiten Sie auf einem Merkzettel Fragen und Anliegen vor. Schildern Sie genau Ihre Krankengeschichte, Beschwerden und Lebenssituation. Machen Sie sich Notizen, nehmen Sie evtl. eine Begleitperson mit. Tun Sie das, wovon Sie überzeugt sind. Wenn die Absprache mit dem Arzt über Behandlung oder Medikamenteneinnahme von Ihnen nicht eingehalten wurde, sprechen Sie darüber. Sprechen Sie auch mögliche Konflikte an. Suchen Sie die Verständigung mit dem Arzt. Wechseln Sie den Arzt erst, wenn Sie hier erfolglos waren. Bei wichtigen Entscheidungen konsultieren Sie noch andere Ärzte und sprechen Sie offen darüber. Bringen Sie vorhandene Untersuchungsergebnisse mit; so werden Mehrfachuntersuchungen vermieden.

Wie schaffen Sie einen partnerschaftlichen Arztkontakt? Bringen Sie Ihrem Arzt mitmenschliche Achtung

Unser Spendenkonto: VR-Bank Altenburger Land eG | IBAN DE78 8306 5408 0004 7501 87

Ärzte zwischen Ethik und Monetik

Bleibt die Moral auf der Strecke?

In kaum einem anderen Beruf ist die ethische Verantwortung so hoch wie in dem des Arztes. Doch in einer Zeit, in der die Ökonomie und Kommerzialisierung der Medizin immer stärker um sich greifen, besteht die Gefahr, dass die Ethik auf dem Altar der Monetik geopfert wird. Gerade in der heutigen Zeit ist es wichtig, nicht nur zu verstehen, was medizinisch gutes und richtiges Handeln ist. Vielmehr geht es darum, Verfahren und Techniken zu diskutieren und zu entwickeln, die ethisch richtiges Handeln ermöglichen und fördern, erklärte Johannes Müller-Salo von der Universitätsklinik Mainz. In der biomedizinischen Ethik gibt es diese vier Prinzipien: Fürsorge, Schaden vermeiden, Autonomie und Gerechtigkeit.



In einer Zeit, in der die Ökonomie und Kommerzialisierung der Medizin immer stärker um sich greifen, besteht die Gefahr, dass die Ethik auf dem Altar der Monetik geopfert wird.

Ein aktuelles Problem ist die Ökonomisierung der Medizin. Selbstverständlich muss auch den Ärzten daran gelegen sein, dass vorhandene Gelder sinnvoll ausgegeben werden und das deutsche Gesundheitssystem auf Dauer finanzierbar bleibt. Unethisch wäre es, wenn man Patienten Leistungen anbietet, die nicht indiziert sind, nur um Profit zu machen.

„Moral ist nicht gleich Ethik“, sagte Dr. Gertrud Greif-Higer von der Universitätsklinik Mainz. Der Begriff „Moral“ bezeichnet ein aus kultureller und religiöser Erfahrung gebildetes Regel-, Normen- und Wertesystem, das in einer Gesellschaft als Verhaltensmaßstab betrachtet wird. Moral ist somit immer intuitiv – im Unterschied zur Ethik, die reflexiv und mit einem normativen Anspruch verbunden ist.

Immer mehr Ärzte empfinden heute „Moral distress“. Darunter versteht man eine Reaktion auf Situationen, in denen man intuitiv oder explizit weiß, was richtig ist oder wie man richtig zu handeln hätte, aber institutionelle Grenzen, Zwänge oder Ignoranz einen daran hindern dies zu tun. Wenn Ärzte wissen, was für den Patienten am besten ist, dies aber im Widerspruch zu dem steht, was die Organisation, Familie, Gesellschaft und mitunter auch Patienten selbst verlangen, so kann das krank machen. Für den Arzt wird es immer schwerer, dem vielfältigen Spannungsverhältnis gerecht zu

werden: Da ist einmal die evidenzbasierte Medizin, also die Idee der Messbarkeit und das Erreichen objektiver Ziele. Dem gegenüber steht die Arzt-Patienten-Beziehung als individuelle Gestaltungsaufgabe, die nicht standardisierbar ist. Dazu kommen die Selbstbestimmung des Patienten, also die Verwirklichung subjektiver Gesundheitsziele, und die Anforderungen an Gleichbehandlung und Transparenz. „Dies ist der Nährboden für ethische Konflikte“, so Greif-Higer.

Der medizinische Alltag sei heute geprägt durch die Anforderungen betriebswirtschaftlicher Realität. Konflikte entstehen hierbei zu der anderen Seite, dem individuellen ärztlichen Ethos und dem Selbstverständnis. So wird für alle Beteiligten die Frage nach der eigenen Verantwortung aufgeworfen – Wie kann unter diesen Bedingungen gutes medizinisches Handeln aussehen? Hier muss der Einzelne abwägen zwischen der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Prinzip der Effizienz. Einfließen müssen aber auch Gesichtspunkte der politischen Ethik und der Sozialethik. Dazu bedarf es der Miteinbeziehung anderer Akteure im Gesundheitswesen, wie Politiker und Krankenkassenfunktionäre, aber auch von Patientenvertretern.

Quelle: MMW - Fortschritte der Medizin
Springermedizin

entgegen, so wie Sie es von ihm auch wünschen? Respektieren Sie, dass Ihr Arzt Zeit und Ruhe für Untersuchung und Beratung braucht. Erwarten Sie keine Wunder von Ihrem Arzt. Wie jeder andere Mensch hat auch er seine menschlichen und fachlichen Grenzen. Halten Sie Termine ein oder sagen rechtzeitig ab. Achten Sie auf Hygiene vor körperlichen Untersuchungen.

Eine Vertrauenskrise: Ihr gutes Gefühl ist getrübt. Die gewählte Behandlungsform bringt nicht den erhofften Erfolg. Sie fühlen sich missverstanden. Der Arzt hat keine Zeit für Sie, vielleicht denken Sie sogar, er schaue nur auf seinen finanziellen Vorteil. Äußern Sie Ihre Kritik. Eine falsche Behandlung kann nicht rückgängig gemacht, wohl aber gestoppt werden. Versuchen Sie gemeinsam, eine Lösung zu finden. Ihr Arzt kann sich Rat bei Kollegen holen, Sie an andere Ärzte überweisen, mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten – oder

sich in diesem Fall einen neuen Behandler aussuchen. Sind aber für den bisherigen Arzt besondere Behandlungspläne von der Krankenkasse genehmigt worden (z.B. für Akupunktur, Zahnersatz), sollten Sie den Arztwechsel und seine Konsequenzen für diese Behandlungen vorher mit der Kasse besprechen. Achten Sie beim Arztwechsel darauf, dass Sie den zweiten Arzt über bisherige diagnostische Maßnahmen informieren. Er kann dann die Befunde bei seinem Kollegen anfordern, oder Sie lassen sie sich schon vor dem neuen Arztbesuch vom vorbehandelnden Arzt aushändigen. Hatten Sie Ihren Arzt schriftlich bevollmächtigt, Ihre Daten weiterzugeben, müssen Sie sich um nichts weiter kümmern: Ihre Behandlungsunterlagen werden problemlos an den weiterbehandelnden Arzt gesandt.

Nun haben Sie gefunden, wonach Sie suchten: Einen Arzt, der sich auf Ihre Beschwerden konzentriert und Sie mit den Mitteln behandelt, zu denen Sie Vertrauen haben; der Sie über Diagnose und Therapie aufklärt, wobei er auf Nachfragen eingeht, Denkpausen lässt und Fachchinesisch vermeidet; einen, der für schwierige und aufwändige Behandlungen einen Termin am Ende der Sprechzeit für Sie reserviert; oder eine Ärztin, die auch Zusammenhänge von Körper, Geist und Seele in ihrer Therapie berücksichtigt und alternativen Heilmethoden aufgeschlossen gegenübersteht; vielleicht auch einen Arzt, der sich einen mündigen Patienten wünscht und froh ist, seine traditionelle Vaterrolle ablegen zu können, und Sie bereitwillig in die Behandlung mit einbezieht. Auf einer solchen Basis kann das

notwendige Vertrauen zwischen Arzt und Patient wachsen. Ihre Mitarbeit kann dem Arzt richtungweisende Hilfe bei der Suche nach einer Diagnose sein, und sie ist die Voraussetzung dafür, dass er bei der Wahl von Therapievorschlügen Ihre Biographie, Ihre Lebenssituation und Ihre Lebenssituation berücksichtigt.

Quelle: krank.de

Ein Arzt sollte emphatisch sein, im Gespräch über Diagnose und Therapie aufklären, auf Nachfragen eingehen, Denkpausen einlegen und Fachchinesisch vermeiden.

auch einen Fehler zugeben und versuchen, ihn wieder gutzumachen. Ärzte sind auch nur Menschen. Sie haben das Recht, Ihre Krankenakte einzusehen. Sie dürfen bei wichtigen Entscheidungen von sich aus einen zweiten und notfalls auch dritten Arzt befragen und dieses Vorgehen mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen. Sie sind nicht gezwungen, bei einem Arzt zu bleiben, zu dem Sie kein Vertrauen mehr haben, sondern dürfen

Medikamente richtig einnehmen



Viele Patienten halten sich nicht an die genauen Anweisungen zur Einnahme eines Medikaments.

Kann ich abgelaufene Medikamente noch einnehmen? Darf ich nach einer Schmerztablette wirklich keinen Alkohol trinken?

Schon wieder ein Schnupfen! Lag da nicht noch ein Nasenspray von der letzten Erkältung im Badezimmerregal? Ob das noch haltbar ist? Diese Situation kennt jeder. Doch mit dem unbedachten Griff in den Arzneischrank könnten Geplagte schon falsch liegen. Was, wenn das Spray abgelaufen ist? Bei einem Erkältungsmittel mögen die Auswirkungen noch harmlos sein. Doch bei Blutdrucksenkern oder Mitteln zur Erweiterung der Herzkranzgefäße können sie verheerend sein: Schätzungen zufolge sind gut sieben Prozent aller Notfälle im Krankenhaus auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder eine falsche Medikamenteneinnahme zurückzuführen.

Viele Patienten halten sich nicht an die genauen Anweisungen zur Einnahme eines Medikaments. „Die Verabreichung einer Arznei entscheidet aber über Wirkung und Wirkungslosigkeit“, sagt Ursula Sellerberg von der Bundesapothekerkammer. So muss der Patient bei Augentropfen gegen ein Glaukom den Tränenkanal zudrücken, damit die Wirkstoffe im Auge bleiben und nicht in den Blutkreislauf gelangen. Auch Asthmasprays sind unterschiedlich zu inhalieren. Die Heilkraft von Tabletten ist generell am höchsten, wenn der Patient sie mit einem großen Glas Wasser einnimmt. Wer Schluckprobleme hat, setzt sich aufrecht hin, trinkt etwas Wasser und drückt dann das Kinn nach unten – so öffnet sich die Speiseröhre stärker und erleichtert das Schlucken vor allem von Kapseln.

Frei verkäufliche Präparate sind nicht generell ungefährlich. Auch bei Medikamenten ohne Rezeptpflicht lohnt es sich nachzufragen, wie mit ihnen umzugehen ist. „Schildern Sie dem Apotheker Ihre Symptome so genau wie möglich, statt einfach ein Präparat zu verlangen, das im Fernsehen beworben wurde“, rät Apothekerin Sellerberg. Vielen fällt es jedoch nicht leicht, Krankheiten wie Durchfall oder Scheidenpilz offen anzusprechen. „Dafür gibt es in jeder Apotheke einen Platz für eine diskrete Beratung“, so die Expertin.

Lebensmittel können die Wirkung von Medikamenten verstärken oder abschwächen. So hemmt Milch beispielsweise Mittel gegen Osteoporose und viele Antibiotika. Grapefruit verstärkt die Wirkung von Blutdrucksenkern. Vorsicht ist auch bei Brokkoli, Spinat und Rosenkohl geboten: Sie schwächen Gerinnungshemmer ab. Alkohol wiederum erhöht die leberschädigende Wirkung von Paracetamol.

Auf jeder Verpackung steht das Verfallsdatum. Danach sollten Sie Arzneimittel wegwerfen. Augentropfen und von der Apotheke angerührte Arzneimittel sind meist nur vier bis sechs Wochen haltbar. „Niemand kann sich das merken, daher sollten Sie das Öffnungsdatum auf der Verpackung notieren“, rät Sellerberg. Nasentropfen nach jeder Erkältung entsorgen, da sich Bakterien in der Flasche ansammeln können.

Bewahren Sie Medikamente am besten in der Originalverpackung in einem abgeschlossenen Schrank auf. Arzneimittel mögen es dunkel und trocken – große Temperaturschwankungen oder pralle Sonne schaden ihnen. Der Schrank sollte daher nicht im Badezimmer oder in der Küche stehen. Bei Reisen sollten Sie im Flugzeug auf jeden Fall in das Handgepäck. Manche Präparate müssen unbedingt im Kühlschrank gelagert werden! Hinweise auf die richtige Lagerung gibt der Beipackzettel.

40 Prozent aller Deutschen schütten nicht mehr benötigte Medikamente in die Toilette oder das Waschbecken. Das belastet Grund- und Trinkwasser, warnt die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Die Arzneimittelrückstände können Kläranlagen kaum oder gar nicht aus dem Wasser filtern. Auch aus diesem Grund nehmen gefährliche Antibiotikaresistenzen bei Menschen zu, zeigen verschiedene Studien. „Am besten wirft man die alten Medikamente in den Hausmüll oder bringt sie zum Wertstoffhof“, rät Expertin Sellerberg. Apotheken sind nicht mehr verpflichtet, sie zurückzunehmen.

Quelle: focus.de

Schmerzen nach einer Operation können schlimm sein!

Erfahrungsbericht nach einer komplexen Handoperation

Den folgenden Bericht sandte uns ein Mitglied von UVSD SchmerzLOS e. V. als Erfahrungsbericht. Wir haben diese teilweise erschreckenden Schilderungen durch eine sog. „Pain Nurse“, also eine Fachpflegekraft für Schmerztherapie, und einen Schmerztherapeuten direkt im Text kommentieren lassen.

Den Handchirurgen in dieser Kieler Privatklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie habe ich mir bewusst ausgesucht. Ich nenne ihn jetzt mal Arzt 2. Zum einen hat er in Schleswig-Holstein einen hervorragenden Ruf als Handchirurg. Zum anderen machte er schon beim ersten Kontakt auf mich einen sehr guten Eindruck. Er agiert sehr ruhig und lässt im Arzt-Patienten-Gespräch erkennen, dass er Patienten für mündige Gesprächspartner hält. Das erfahren wir Patienten ja beileibe nicht bei jedem Arzt.



Vorher war ich in Behandlung bei einem anderen Handchirurgen (Arzt 1), der zwar auch sehr freundlich war. Er erklärte mir sehr anschaulich, dass ein Gelenk in der Handwurzel durch starke Arthrose angegriffen sei, so dass man nicht nur erkennen könne, dass kein Knorpel mehr vorhanden sei, sondern dass auch teilweise die Knochen so aufeinander reiben würden, dass schon Knochenabrieb im Gelenk auf dem Röntgenbild zu sehen sei. Zur Schmerzlinderung könne er Cortison ins Gelenk spritzen. Außerdem empfahl er Spritzen mit Hyaluronsäure. Im Endeffekt lief alles auf die notwendige Operation hinaus. Die Spritzen könnten im Idealfall die Schmerzen eindämmen, so dass man die Operation um Monate bis Jahre hinauszögern könne.

Da ich aber Zweifel an der Empfehlung mit so vielen Spritzen bekam, von denen die Hyaluronspritzen auch

noch selbst gezahlt werden müssten (je Spritze über 100 Euro) und sich auf dem Kostenvoranschlag dafür auch seltsame Abrechnungspositionen befanden wie Bewegungstherapie (Welche Bewegungstherapie macht ein Handchirurg während einer Injektion?), beschloss ich, mir eine Zweitmeinung einzuholen.

Pain Nurse (PN): Hätte ich hier ebenfalls eingeholt, da zum einen der Schmerzpatient ohnehin schon genug Leid erfahren musste und jetzt nicht noch zusätzlich durch die schmerzhafteste Applikationsform eine fragwürdige Therapieform über sich ergehen lassen würde.

Dadurch kam ich zu dem Handchirurgen in die Privatklinik, der mir dringend von Cortisonspritzen abriet, denn diese würden die Sehnen schwächen, die er bei einer möglichen Operation zur Stabilisierung des Daumenstrahls benötigen würde. Hyaluronspritzen würden in diesem fortgeschrittenen Stadium voraussichtlich nichts bringen. Außerdem hätte man bei Gelenkspritzen immer ein gewisses Infektionsrisiko. Zur Schmerzlinderung empfahl er das Tragen einer Orthese, bei der der Daumen ruhig gestellt würde, dazu die vorübergehende Einnahme von Schmerzmitteln.

Kommentar PN: Das Tragen einer Orthese kann für mich nicht als Mittel zur Schmerzlinderung genannt werden, denn die Orthese versucht durch die Halterungsmechanismen, ein Gelenk so zu halten, wie es sich sonst nicht hält. Das Gelenk versucht in den meisten Fällen eine Schonhaltung einzunehmen, die aber im therapeutischen Sinne nicht sinnvoll wäre, deshalb die Orthese.

Um die Funktionsfähigkeit des Daumens und weiterer betroffener Nachbar Gelenke – das hatte mir Arzt 1 verschwiegen – wieder herzustellen, sei eine umfassende Operation mit langer Ruhigstellung und einer langen Aufbauzeit notwendig. Er empfahl, dass ich mir den OP-Termin so legen solle, dass ich am besten damit zurechtkäme. Auch besprach er schon mit mir, welche Schmerzmittel bei mir ausreichend wirken und welche ich nicht gut vertrage.

Da ich CRPS an der unteren Extremität habe, sei die Gefahr von chronischen Schmerzen nach der Operation erhöht. CRPS ist ein chronisch regionales Schmerzsyndrom, das bei mir vor vielen Jahren auftrat, weil bei einer Knie-Operation ein Nerv geschädigt wurde. Deswegen schlug Arzt 2 vor, dass bereits vor der OP der am selben Klinikum praktizierende Schmerztherapeut hinzu gezogen wird, damit dieser den Prozess begleiten könne und geeignete Maßnahmen zur Verhinderung des erneuten Auftretens von CRPS oder anderen Formen von chronischen Schmerzen ergreifen könne.

Wie schön, dachte ich. Endlich mal ein Arzt, der über sein Fachgebiet hinaus denkt und schon im Vorfeld versucht, möglichen Schaden vom Patienten abzuwenden.

Kommentar PN: Sehe ich genauso, auch wenn das Wort „ganzheitlich“ schon fast inflationär benutzt wird und ich diese Wort daher in vielen Fällen unangebracht halte, wäre es hier schon passend.

So ließ ich mir einen OP-Termin geben. Der Schmerztherapeut, den ich vor der OP aufsuchte, schlug vor, dass er am OP-Tag vor der Operation eine GLOA machen wolle, also eine Ganglionäre Opioid-Analgesie, die er bei Bedarf während des stationären Aufenthalts wiederholen könne.

Kommentar Schmerztherapeut (ST): Wie hat er diese durchgeführt und wo? Das ist eigentlich ein Verfahren, welches nicht unbedingt als Standardverfahren zur „CRPS-Prophylaxe“ gilt. Das Regionalanästhesieverfahren wäre als kontinuierliches Verfahren (Kathetervorverfahren mit Pumpe), auch mit zusätzlicher Bolusfunktion (PCA = Patient Controlled Analgesia) eigentlich der Standard.

Ich solle mich dann selbst oder über das Pflegepersonal bei ihm melden. Damit würde das Risiko gemindert, erneut CRPS zu bekommen.

Kommentar PN: Bei dieser speziellen Klinik mit entsprechender spezieller Schmerzbehandlung, würde ich es angebracht halten, wenn konkret die PAIN Nurses genannt werden würden, die angesprochen werden sollten. Idealerweise wäre auch eine gemeinsame Visite (Arzt und Pain Nurse) angemessen.

Die geplante Operation wurde zwar seitens der Klinik wegen hoher Auslastung um eine Woche verschoben, aber dann war es endlich soweit. Ich bekam morgens die Blockade durch den Schmerztherapeuten, und als ich nach mehreren Stunden Wartezeit endlich zur

Operation geschoben wurde, machte der Anästhesist die geplante regionale Betäubung, bei der nur der Arm betäubt wird. Bis hierhin war alles noch recht gut gelaufen. Aber der Anästhesist spritzte mir gleich ein Beruhigungsmittel, obwohl ich das nach meiner Einschätzung nicht benötigte, denn ich hatte auf der Station schon ein entsprechendes Medikament bekommen.

Kommentar PN: Das finde ich äußerst ungewöhnlich. Ich meine, jeder Mitarbeiter, ob Arzt, Pflegekraft, Verwaltungskraft oder ein sonstiger Mitarbeiter der Klinik, sollte von einem mündigen Patienten ausgehen und fragen, ob er ein Beruhigungsmittel haben möchte. Wenn der Patient unsicher sein sollte, dann kann der Arzt die Entscheidung ja positiv beeinflussen.

Aber es stellte sich dann heraus, dass ich nicht sofort in den OP gebracht wurde, sondern insgesamt 2 ½ Stunden auf der nicht sehr bequemen Liege vor dem OP zubringen musste.

Kommentar PN: Diese Situation führen nicht selten zu weiteren Problemen. Haltungsschäden, oder bei älteren Patienten auch zu Dekubitalulzera, also Druckgeschwüren durch das Wundliegen.

Niemand war bei mir, allerdings war ich schon „verkabelt“, so dass ich davon ausgehe, dass man mir in einem Notfall hätte helfen können.

Kommentar PN: Diese Situation wäre mir als Pflegekraft zu unsicher. Bei den verabreichten Medikamenten und der schmalen Liege kann es auch durchaus passieren, dass der Patient unter Umständen herunterfällt – was trotz Verkabelung zu erheblichen Schäden führen kann. Und wenn wir wieder unsere älteren – zum Teil auch demenziell veränderten – Patienten nehmen, auch zu Unruhezuständen führen kann.

Das war die erste Erfahrung bei dieser Operation, die ich nicht schön fand. Als ich nun endlich zu meiner Operation in den Operationssaal geschoben wurde, teilte man mir mit, dass es bei der vorhergehenden Operation zu Komplikationen gekommen sei, die diese Verzögerung verursacht hätten. Hätte man mir das nicht gleich sagen können?

Kommentar ST: Leider kommt es in sogenannten Akutkrankenhäusern häufig zu Verschiebungen von sogenannten „elektiven Eingriffen“ zugunsten von Notfällen. Dieses wird durch den Pflegenotstand auch im OP noch verstärkt, da hierdurch zusätzlich OP-Kapazität für geplante Operationen verloren geht. Auch der beste Chirurg kann ohne Pflegepersonal nicht arbeiten.

Kommentar PN: Den Notfall kann man natürlich nicht vorhersagen, aber wie schon erwähnt, hätte ein Mitarbeiter für Entspannung sorgen können, und wenn die Verzögerung abzusehen ist, Bescheid sagen.

Der Anästhesist machte nun einen gehetzten Eindruck und teilte mir mit, dass er nun Dienstschluss habe, so dass ein Kollege von ihm meine Betreuung übernehmen würde.

Kommentar ST: Das Arbeitszeitgesetz gilt auch für Ärzte.

Die Operation begann, und der neue Arzt spritzte in Abständen weiter das Beruhigungsmittel, obwohl ich es nicht gebraucht hätte. Dadurch konnte ich aber das Meißelgeräusch, das mehrfach zu hören war, „gleichgültig“ ertragen. Gegen Ende der Operation konnte ich zwar kaum noch mit der Schulter in der Zwangshaltung liegen, aber auch das ging vorbei.



Auf der Station wurde der eingegipste Arm in einen Kissenbezug eingewickelt und mit Hilfe von elastischen Verbänden oben am „Bettgalgen“ befestigt. Noch hatte ich ja auch keine Kontrolle über den Arm, denn durch die regionale Betäubung waren auch die Muskeln außer Kraft gesetzt. Zum Abendessen erhielt ich bereits eine ordentliche Schmerzmitteldosis verschiedener Medikamente, obwohl ich noch nichts spüren konnte. Wenig später ging es dann los mit den Schmerzen, die sich trotz der Medikamente immer mehr steigerten.

Kommentar ST: Hier wäre eine kontinuierliche Regionalanästhesie geeigneter gewesen.

Die Pflegekraft, die ich um ein weiteres Schmerzmittel bat, sagte zu mir: „Sie haben doch schon etwas gegen Schmerzen bekommen.“

Kommentar PN: Das ist die Horrorausage schlechthin für mich und grenzt an absoluten Schwachsinn mit wenig bis gar keiner Fachkenntnis. Denn inzwischen sollte die Aussagen der schottischen Krankenschwester Mc Caffrey „Schmerz ist, was der Patient sagt und er existiert, wann immer er es sagt!“ bei jeder Pflegefachkraft angekommen sein!

Diese Auskunft empfand ich als überhaupt nicht hilfreich. Wenn ich jetzt, mit dem nötigen Abstand, darüber nachdenke, werde ich regelrecht wütend über solche Äußerungen. Ich musste mehrfach klingeln, um mehrere Schmerzmittelgaben zu erhalten.

Kommentar PN: Dies ist das Ergebnis einer unzureichend und zeitlich schlecht bis gar nicht abgestimmten Schmerzmittelgabe. Das Ergebnis ist nicht nur schlecht für den Patienten, sondern auch für nachfolgende Kollegen. Also in diesem Fall für die Nachtschicht zum Beispiel.

Dann waren die Schmerzen erträglich, so dass ich mir für die bevorstehende Nacht einen langen Schlaf wünschte.

Kommentar ST: Selbst wenn ein gutes Akutschmerzmanagement in einer Einrichtung erarbeitet wurde, ist es notwendig, dieses regelmäßig zu schulen, auch und besonders für die nachts arbeitenden Mitarbeiter wie die Nachtschwester. Zudem werden zunehmend Pflegekräfte von Zeitarbeitsfirmen in Krankenhäusern eingesetzt, die natürlich von den geltenden Qualitätsstandards nichts wissen können.



Doch daraus wurde nichts. Meine Zimmernachbarin begann fürchterlich zu schnarchen, so dass ich kein Auge zutun konnte. Obwohl ich zunächst meine Ohrstöpsel einsetzte, die ich bei Übernachtungen außerhalb von meinem Zuhause immer dabei habe, brachte das alles nichts. Die Nachtschwester, der ich mein Leid

klagte, gab mir zwar andere Ohrstöpsel, mit denen ich aber auch keinen Schlaf fand. Es schien mir so, als erschreckte sie sich auch, wie laut die Nachbarin schnarchte. Insgesamt machte sie mir aber deutlich, dass das mein Problem sei, wenn die Zimmernachbarin laut schnarcht.

Kommentar ST: Nicht nett, entspricht aber leider den Tatsachen. Gemäß § 12 SGB V -Wirtschaftlichkeitsgebot- „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; ...

Kommentar PN: Das ist in der Tat ein Problem, aber mit der nötigen Empathie und entsprechenden Schlafmitteln, wäre diese schwierige Situation zumindest halbwegs zu meistern gewesen. Zumal die Pflegekraft ja offensichtlich die Lautstärke der Schnarchgeräusche selbst wahrgenommen hat. Durch dieses Versäumnis, setzte der nun folgende Teufelskreislauf ein!

Nun setzte ein verhängnisvoller Kreislauf ein: kein Schlaf – mehr Schmerzen bzw. eine höhere Schmerzempfindung – immer noch kein Schlaf usw. Vor lauter Verzweiflung schaute ich nachts eine Zeitlang Fernsehen, obwohl ich doch so gerne geschlafen hätte.

Am nächsten Morgen fragte ich in meinem übernachteten Zustand nach der Stationsleitung, die mir erklärte, das Pflegepersonal könne mir bei dem Problem nicht helfen, es seien alle anderen Betten belegt. Na super – habe ich mir die schnarchende Zimmernachbarin etwa ausgesucht? Schlafentzug ist eine Foltermethode! In der 2. Nacht ließ ich mir schließlich eine starke Schlaftablette geben. Weshalb hat mir die Nachtschwester so etwas in der 1. Nacht nach der Operation nicht angeboten?

Auf jeden Fall bat ich am ersten Morgen das Pflegepersonal darum, dass der Schmerztherapeut angerufen wird, um die GLOA zu wiederholen und zum anderen weil es ja mit der Schmerzlinderung nicht optimal lief. Zu meiner Überraschung lehnten die Pflegekräfte ab und behaupteten, dass dieser Arzt keine stationären Patienten behandeln würde.

Kommentar PN: Das, was sich hier reihenweise das Pflegepersonal herausnimmt, ist eine Frechheit und beschämt mich als Angehöriger des Berufsstandes der Pflege. Es sind hier offensichtlich nicht nur fachliche Defizite, sondern auch Kommunikationsprobleme und Abstimmungsschwierigkeiten zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Personal, sondern auch eine geringe Wertschätzung dem Patienten gegenüber.

Nachdem ich dann selbst anrief und seine Sekretärin erreicht hatte, kam er, wie er es versprochen hatte. Er ordnete weitere Maßnahmen zur Schmerzlinderung an, die dann auch endlich Wirkung zeigten. Außerdem verdeutlichte er dem Pflegepersonal, dass er alles tun würde, um bei mir neue chronische Schmerzen zu verhindern und sie dabei auch mitarbeiten sollten. Ich bin heute noch erstaunt, dass man auf dieser Station einem Patienten, der Schmerzen hat, die Konsultation bei einem der behandelnden Ärzte verweigern wollte.

Kommentar ST: Bei einem guten Akutschmerzmanagement weiß die Pflege normalerweise besser über die Schmerzalgorithmen Bescheid als die Ärzte...

Nach einigen Tagen konnte ich die Klinik verlassen. Die Entlassung sollte am Sonntag sein. Mit dem Handchirurgen war besprochen, dass ich die angesetzten Medikamente, darunter auch ein Morphin, für die Einnahme zu Hause mitbekommen sollte, bis ich am Montag meinen Hausarzt aufsuchen könne. Zunächst bekam ich also die Medikamentenschachtel mit den Medikamenten für Sonntag, in der allerdings das Morphin fehlte.

Kommentar ST: Da gibt es häufig immer noch keine klaren Regelungen. Besonders, was die Mitgabe von BTM-pflichtigen Medikamenten wie Morphin angeht, befinden wir uns da nicht selten in nicht abschließend klar geregelten Bereichen. Leider müssen hier oft vom Arzt schlecht oder fehlerhaft getätigte Aussagen von den Pflegekräften und Patienten ausgebadet werden, wie möglicherweise auch in diesem Fall.

Auf meine Nachfrage hin wurde das ergänzt. Ich bat die Krankenschwester darum, mir auch die Medikamente für Montagmorgen mitzugeben. Dies verweigerte sie, denn ich sollte ja am Montagmorgen zum Hausarzt gehen. Ich sagte ihr, dass ich die Tabletten zum Frühstück einnehmen sollte, gerade das Morphin solle ich genau alle 12 Stunden nehmen. Bis ich in der Sprechstunde an der Reihe sei und in der Apotheke das Medikament geholt habe, sei es vielleicht schon Mittag. Die Dame weigerte sich mit dem Argument, es handele sich ja um eine betäubungsrezeptpflichtige Substanz.

Kommentar PN: Auch diese Aussage ist eine Frechheit. Als mündiger Patient kann ich sehr wohl ein BTM-Pflichtiges Medikament entgegennehmen. Zu Hause würde ich das ja genauso machen, wenn ich das Rezept vom Arzt bekomme.

Ich sagte ihr, dass ich dann einen Arzt sprechen wolle. Nach kurzer Zeit kam sie und gab mir einen Briefumschlag, in dem die benötigten Medikamente für Montagmorgen waren. Zur Vorsicht habe ich aber in ihrem Beisein nachgesehen.

Mein Fazit:

Es ist gut, wenn man als Patient gut über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt ist und diese notfalls einfordern kann, was offensichtlich auch heute noch in deutschen Krankenhäusern nötig ist. Was machen aber Patienten, die nicht gut aufgeklärt sind? Müssen diese dann mehr leiden?

Kommentar ST: Ein ganz klares - leider - ja!

Kommentar PN: Als Pain Nurse und Intensiv- und Anästhesie-Pflegefachkraft, bin ich enttäuscht, dass in den Kliniken immer noch ein solche mangelnde Fachkenntnis und vor allem fehlendes Verständnis insbesondere für Schmerzpatienten, besteht. Ich habe diesen Beruf immer mit Überzeugung an der Sache und (auch wenn dies etwas veraltet romantisch klingt), auch im Dienst am Menschen ausgeübt. Die Situationen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren dramatisch verschlechtert. Trotzdem dürfen und können gewissen Standards nicht dem allgemeinen Pflege-notstand und der politischen Diskussionen zum Opfer fallen.

Seit einigen Jahren leite ich Pflegeeinrichtungen und bin somit für mehr als 100 Pflegekräften verantwortlich. Aktuell freue ich mich das die eine der zwei Einrichtungen die ich leite, die Zertifizierung für „Professionelles Schmerzmanagement in der stationären Altenhilfe“ erlangt hat. Hierbei ging es mir nicht um das Label, sondern den Umgang mit Schmerzen. In der stationären Altenhilfe benötigt dieses Thema einiges an Kraftanstrengung, damit sowohl bei den Ärzten, Angehörigen aber auch vor allem bei den Pflegekräften die erforderlich Aufmerksamkeit und Wertschätzung erfährt.

Hier dachte ich, wären die Krankenhäuser weiter. Dieser Erfahrungsbericht hingegen zeigt allerdings, dass auch einige Krankenhäuser den Umgang mit Schmerzen und vor allem den Schmerzpatienten lernen müssen. Es kann nicht sein, dass nur mündige Patienten eine adäquate Schmerzbehandlung erfahren.

Welches Krankenhaus ist das Richtige für mich?

Bei der Wahl des Krankenhauses setzen Patienten vor allem auf das Gespräch mit ihrem Haus- oder Facharzt. Das geht aus einer Umfrage für den Verband der Ersatzkassen (vdek) hervor. Das Meinungsforschungsinstitut Forsa befragte Ende 2019 insgesamt 1001 gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren. Für mehr als 90 Prozent der Befragten ist demnach der niedergelassene Arzt die erste Informationsquelle bei der Suche nach einem Krankenhaus – gefolgt von Gesprächen mit Angehörigen oder Bekannten (77 Prozent). Gut die Hälfte der Befragten würden sich auch bei den Kassen oder über klinikeigene Webportale Informationen einholen. Berichte und Ranglisten in den Medien spielen dagegen eine untergeordnete Rolle: Nur knapp 30 Prozent greifen darauf zurück.

vdek-Vorstandschefin Ulrike Elsner sprach von einer „herausragenden Stellung“ der Haus- und Fachärzte, wenn es darum gehe, Patienten in das für sie geeignete Krankenhaus zu steuern. Gleichwohl müsse die gemeinsame Selbstverwaltung die Ärzte bei ihrer Steuerfunktion noch stärker unterstützen.

Die gesetzlich festgeschriebenen Qualitätsberichte der Kliniken seien hier „ein guter Ansatz“, betonte Elsner. Die Reporte seien aber noch nicht hinreichend indikationsbezogen aufbereitet und für Laien schwer verständlich. Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Übersichtsportal zur Qualität der stationären Versorgung müsse daher „rasch und zielgruppenbezogen“ – für Ärzte einerseits und für Patienten andererseits – umgesetzt werden. „Wir brauchen mehr Informationen.“

Elsner betonte, die Menschen stuften die Qualität der Krankenhäuser in Deutschland überwiegend positiv ein. Gleichwohl nähmen viele Patienten auch wahr, dass es Qualitätsunterschiede zwischen den Häusern gebe. Knapp jeder Vierte schätze diese sogar als „sehr groß“ ein. Die Politik müsse deshalb rasch für strukturelle Reformen im Krankenhausbereich sorgen, sagte Elsner. „Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Spezialisierung der Medizin brauchen wir dringend einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess.“ Dieser müsse in Ballungsgebieten zu größeren, aber weniger Standorten führen. In ländlichen Regionen dagegen seien kleinere Krankenhäuser in „ambulant-stationären Basisversorgern“ umzubauen.

Die Länder sollten sich diesem Strukturwandel nicht verschließen. Die Botschaft, die Hüft-Operation „an jeder Milchkanne“ vorzuhalten, sei unter Qualitätsgesichtspunkten jedenfalls keine gute Nachricht für die Patienten, so die Verbandschefin.

Quelle: Ärztezeitung

Spinalkanalstenose: Was tun beim Engpass-Syndrom?

Schmerzen beim Gehen, Stehen und aufrechten Sitzen können auf eine Spinalkanalstenose hindeuten.

Verengungen des Rückenmarkkanals (Spinalkanalstenosen) treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Das wichtigste Symptom sind Rückenschmerzen beim Gehen, Stehen und aufrechten Sitzen, die beim Vornüberbeugen oder Fahrradfahren nachlassen. In einigen Fällen kommt ein sogenanntes Wirbelgleiten hinzu und verschärft die Probleme.

So entsteht eine Spinalkanalstenose

Im Spinalkanal der Wirbelsäule verläuft das Rückenmark vom Gehirn bis in den Lendenbereich. Durch Verschleiß werden die Bandscheiben zwischen den Wirbelkörpern flacher und breiter, bis sie gegen das hintere Längsband der Wirbelsäule drücken, das zwischen den Bandscheiben und dem Rückenmark liegt. Das wiederum erzeugt Druck auf das Rückenmark, meist im Bereich der Lendenwirbelsäule. Werden Nerven eingeklemmt, führt das zu heftigen Schmerzen.

Die Ursache dafür sind knöcherne Vorsprünge an den Wirbelbögen, mit denen der Körper versucht, den Abstand zwischen den Wirbelkörpern zu halten, während die Bandscheiben immer flacher werden. Die Höcker verengen den Kanal immer weiter. Auch die stabilisierenden Bänder an der Wirbelsäule verändern sich mit der Zeit, bis sie den Wirbeln nicht mehr genügend Halt bieten können. Dadurch kommt es zu sogenannten Gleitwirbeln, die den Spinalkanal zusätzlich einengen und zu Schmerzen führen können. Frühe Symptome können Kribbeln und Taubheitsgefühle sein.

Neben den Schmerzen beim Gehen treten bei einer Spinalkanalstenose oft weitere Symptome auf, darunter Kribbeln, Schwäche- und Taubheitsgefühle in den Beinen, in späteren Phasen auch Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Erektionsstörungen. Ein typisches

Phänomen ist, dass Schmerzen beim Zurückbeugen auftreten und die Symptome nachlassen, sobald der Rumpf nach vorn kippt und so die Wirbelsäule gedehnt wird.

Zur weiteren Diagnostik testet der Arzt einige Reflexe und tastet die Rückenmuskulatur ab, zum Ausschluss anderer Ursachen (zum Beispiel Borreliose) kann er Blut- und Nervenwasserproben ins Labor schicken. Zur Darstellung des Rückenmarks in der Wirbelsäule wird in der Regel eine Kernspintomografie (MRT) durchgeführt, die sowohl die Spinalkanalstenose direkt sichtbar macht als auch die Bandscheiben und Nervenwurzeln. Doch nicht immer, wenn auf den Bildern ein enger Wirbelkanal zu sehen ist, muss der Platzmangel auch der Grund für die Beschwerden sein. Genauso kann eine Spinalkanalstenose auch ohne Symptome bleiben.

Konservative Therapie: Gymnastik und Medikamente

In der Regel werden zunächst konservative Therapien eingesetzt, vor allem Krankengymnastik und Schmerzmedikamente. Ziel der Physiotherapie ist, die Rücken- und Bauchmuskulatur zu trainieren, denn starke Muskeln stabilisieren den Rücken und können die Lendenwirbelsäule entlasten. Medikamente unterstützen die Übungen, indem sie Schmerzen lindern und das Verkrampfen der Muskulatur verhindern. Bei sehr starken Schmerzen kann eine Spritze mit einem Betäubungsmittel und entzündungshemmendem Kortison direkt in den Wirbelkanal Linderung bringen.

Übungen bei verengtem Rückenmarkkanal

Eine Spinalkanalstenose ist ein schleichender Prozess, der sich in vielen Fällen durch spezielles Training aufhalten lässt. Übungen können Engstellen im Wirbelkanal entlasten und erweitern. Dazu wird die Wirbelsäule aktiv aufgerichtet: Der Erkrankte stellt sich an eine Wand und kippt das Becken nach vorne, um die Lendenwirbelsäule zu begradigen. Die Position wird fünf

Atemzüge lang gehalten, es folgt eine Pause von zwei Atemzügen. Diese Übung sollte mehrmals am Tag jeweils fünfmal nacheinander durchgeführt werden. Zusätzliche Entlastung können ein gezieltes Aufbautraining der Rückenmuskulatur, Entspannungsverfahren und eine Elektrotherapie bringen.

Wann ist eine Operation nötig?

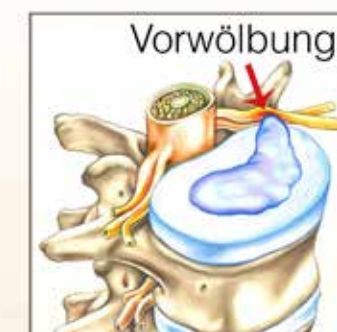
Eine Operation wird erst empfohlen, wenn sich die Schmerzen mit konservativen Maßnahmen nicht mehr lindern lassen, Lähmungserscheinungen in den Beinen oder Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang auftreten. Dabei sollte der Arzt nicht allein nach Röntgenaufnahmen entscheiden, sondern nach den tatsächlichen Beschwerden. Nicht selten sehen die Röntgenbilder schlimm aus, aber die Erkrankten haben kaum Beschwerden. Ob eine Operation sinnvoll ist, hängt vor allem davon ab, wie groß der Leidensdruck des Erkrankten ist und ob Nerven gefährdet sind.

Versteifung der Gleitwirbel meist nicht sinnvoll

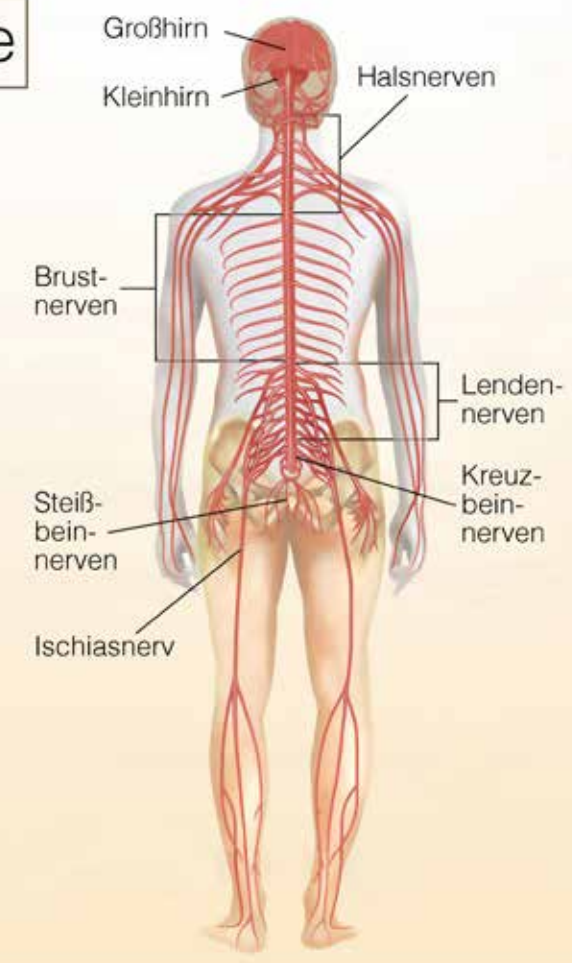
Zusätzlich zur operativen Aufweitung des Spinalkanals schlagen viele Ärzte eine Versteifung der Gleitwirbel mithilfe von Schrauben vor. Doch Experten warnen, dass die Fixierung mit Schrauben häufig eher Nachteile als Vorteile bringt. Die Operation ist aufwändiger und riskanter, als nur den Spinalkanal zu weiten. Allein das Platzieren der Schrauben birgt das Risiko einer Schraubenfehlage, die eine Nervenwurzel schädigen kann. Zudem ist der Krankenhausaufenthalt länger und die Kosten des Eingriffs sind höher - ohne zusätzlichen Nutzen. Denn ein Gleitwirbel kann, muss aber nicht die Ursache für eine Spinalkanalstenose sein.

Sinnvoller ist es, zunächst nur die Enge im Spinalkanal zu beseitigen und die Gleitwirbel nicht anzutasten. Sollten nach der Operation doch noch Beschwerden auftreten, lässt sich die Versteifung in einem zweiten Schritt nachholen. Im Zweifel sollten Betroffene vor der Operation eine Zweitmeinung bei einem Spezialisten einholen.

Spinalstenose



verengter Wirbelkanal



Alltagstipps für Betroffene

- Fahren Sie Fahrrad, das verschafft Ihren Nerven wieder mehr Platz.
- Setzen Sie sich hin und beugen Sie sich nach vorn, wenn unterwegs der Rücken schmerzt und die Beine nicht mehr weiterwollen.
- Bleiben Sie sportlich aktiv, denn die Bauch- und Rückenmuskeln stützen Ihre Wirbelsäule. Untrainierte Muskeln führen dagegen zu Verspannungen und neuen Rückenschmerzen, die mit der Stenose gar nichts zu tun haben.

Quelle: NDR.de

Patientenbeteiligung in der Forschung

Patient*innen werden – als Experten ihrer Gesundheit- zunehmend in deren Behandlungsplanung und – durchführung mit einbezogen. Und das sollten sie auch! Wer sonst, als die Betroffenen selbst, könnte am besten sagen, was sie brauchen, wo Nöte, Bedürfnisse und Hoffnungen liegen. Zudem trägt ein gutes Miteinander zwischen Patient*innen und Behandler*innen zum Behandlungserfolg wesentlich bei.



Der Austausch von individuellen Erfahrungen über den Schmerz und dessen Bewältigung ist ein wertvoller Beitrag für das Verständnis chronischer Schmerzen.

Doch wie ist es in der Forschung? Ein Miteinander? Ist das möglich? Und wenn ja- wie?

Tatsächlich nimmt auch in der Wissenschaft das Einbinden von Patient*innen als aktive „Forschungspartner“ zu. In Forschungsprojekten arbeiten Wissenschaftler*innen und Patient*innen immer häufiger zusammen und können so voneinander profitieren. Einerseits ermöglicht das Erfahrungswissen der Patienten neue Erkenntnisse in den untersuchten Themengebieten. Auch Forschungsmethoden können verbessert und die Glaubwürdigkeit von Forschungsergebnissen erhöht werden.

Andererseits können auch die Patienten als Experten ihrer Erkrankung aktiv einen Einfluss auf die Forschung nehmen und mitbestimmen, was für bedeutsam ist oder nicht.

Wie aber kann eine Zusammenarbeit zwischen Patienten und Forschern aussehen?

Je nach Projektziel gibt es verschiedene Möglichkeiten für Patient*innen als Forschungspartner mitzuwirken, z.B. bei

- der Entwicklung oder Anpassung von Behandlungskonzepten
- der Gestaltung von Informationstexten zu verschiedenen Themen (Behandlung, Medikamente, Schulungen, Forschungsprojekte)
- der Schulung zu bestimmten Erkrankungen/Einbindung in Projekte

- der Entwicklung und Gestaltung von Fragebögen
- der Testung und Verbesserung von Fragebögen.

Ein Beispiel, in dem die Kooperation zwischen Patientenvertretern und Forschern umgesetzt wird, ist das EVaSIMST-Projekt (siehe Artikel in SchmerzLOS AKTUELL 2-2019). Dieses Projekt verfolgt das Ziel, einen Fragebogen zu entwickeln, der Therapieerfolg abbilden soll. Und da letztlich die Patient*innen am besten wissen, was für sie selbst Therapieerfolg bedeutet, werden sie von Beginn an in die Entwicklung der Fragen und Antworten mit einbezogen.

Die Fragen können jedoch nicht einfach „ausgedacht“ werden. Hinter dem Begriff Therapieerfolg verbergen sich mehrere inhaltliche Bereiche (z.B. neben Schmerz auch Zufriedenheit im sozialen Miteinander, körperliche Aktivität, Produktivität auf Arbeit und im Alltag u.a.) und ein gemeinsames Verständnis bei Patient*innen, Praktikern (Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Pflege) und Forschern muss zunächst erarbeitet werden. Erst von dieser Basis aus können für den Fragebogen die Frage-Antwortoptionen abgeleitet werden. Und diese wiederum sollen von Patient*innen auf Verständlichkeit und Handhabbarkeit überprüft werden. Insgesamt ein langer Prozess.

Das Arbeiten als Forschungspartner bedeutet also für alle Beteiligten ein besonderes Engagement, ein Aufbringen an zusätzlicher Zeit und Energie. Auch Zweifel, Vorbehalte und Unsicherheiten gehören - wie bei vielen neuen Erfahrungen- dazu.

Gleichzeitig erweist sich das gemeinsame Denken, Diskutieren und Problemlösen meist als Bereicherung. Gerade die unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen ergänzen sich gegenseitig. Der Austausch von individuellen Erfahrungen über den Schmerz und dessen Bewältigung ist – unabhängig von der Perspektive - ob aus Patienten- oder Behandler*innen- ein wertvoller Beitrag. Ein Beitrag für das Verständnis chronischer Schmerzen und damit langfristig auch Grundlage für eine Verbesserung von Behandlungsmöglichkeiten.



Autorin: Dipl.-Psych. Anja Küchler, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet in einer Praxis für Psychotherapie und als Wissenschaftliche Mitarbeiterin (EVaSIMST) im UniversitätsSchmerzCentrum Dresden

Leser schreiben



„Werkstattbericht aus der IMST eines deutschen Krankenhauses“ AKTUELL 1/2020

Liebes Redaktionsteam von AKTUELL, generell lese ich alle Artikel aus Eurer Mitgliederzeitschrift mit großem Interesse, denn das von Euch ausgebreitete und aufbereitete Spektrum ist enorm vielseitig und bereichernd. So finden sich tatsächlich in jeder Ausgabe Berichte, die entweder mich persönlich tangieren oder aber Mitglieder meiner SHG und auch, wenn man nicht direkt betroffen ist, sind alle Artikel auf jeden Fall horizontenerweiternd! Der sprichwörtliche „whistleblower“ Artikel in der letzten Ausgabe allerdings hat dann doch alles übertroffen, was ich bisher von Euch gelesen habe. Selten hat man erfahren, welche politische Relevanz, die für uns Schmerzpatienten so wichtigen Institutionen haben. Die dort offengelegte Misere spiegelt die Negativspirale der Bürokratie zu Ungunsten der chronisch-kranken Schmerzpatienten absolut treffend wider! Bewundernswert das Engagement, das Beharrungsvermögen und die Stressresistenz aller Beteiligten, die sich für eine schon bewährte und erfolgreiche Methode zur Schmerzlinderung der PatientInnen aufreihen! Gerade aufgrund dieses beispielhaften Artikels versetzt es einen immer wieder ins Erstaunen, dass das deutsche Gesundheitssystem als so vorbildlich und nachahmenswert propagiert wird. Bleibt zu hoffen, dass sich durch Diskussion in den SHG zu diesem Thema noch mehr Menschen motiviert fühlen, Mitglied bei SchmerzLOS zu werden, um mehr Aufmerksamkeit auf politischer Ebene für unsere Belange zu erlangen.



Herzlichen Dank und weiterhin viel Erfolg für die so sinnvolle Tätigkeit dem gesamten Vorstands- und Redaktionsteam!

Ursula Austermann, Berlin

MarTina Wegner, Berlin

Liebe AKTUELL-Redaktion,

ich möchte Ihnen heute einmal mitteilen, warum ich gerne Mitglied bei SchmerzLOS bin:

Der Verein SchmerzLOS ist für mich, wie eine Familie mit Gleichgesinnten (was bei der Verwandtschaft ja



nicht immer wirklich der Fall ist).

Ich fühle mich verbunden und gut aufgehoben, auch wenn man zeitweise nicht aktiv sein kann.

Immer ist ein Ansprechpartner da, ob über die Sozialen Medien, per Mail oder telefonisch.

Ich fühle mich bestens informiert durch Newsletter und Vereinszeitschrift. Vielen Dank an alle!

Gisela Hamann, Neumünster

Ich bin gern Mitglied bei SchmerzLOS, weil ich hier sehr



gut aufgenommen wurde. Ich habe

gelernt, mit meinen Schmerzen zu leben. In der Selbsthilfegruppe Neu-

münster fühle ich mich gestärkt und kann mich dort richtig aussprechen.

Dort darf ich auch mal traurig sein, die anderen haben ein ähnliches Schicksal und verstehen mich.

An dieser Stelle kommt in jeder Ausgabe ein Mitglied von UVSD SchmerzLOS zu Wort. Wenn auch Sie anderen mitteilen möchten, weshalb es sich lohnt, Mitglied in dieser starken Gemeinschaft zu sein, senden Sie Ihr Statement und ein Foto an redaktion@schmerzlos-ev.de oder mit Briefpost an Redaktion UVSD SchmerzLOS e.V. | Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck. Wir freuen uns auf Ihre Nachricht.



„Der Schmerz spielt sich nur in Ihrem Kopf ab!“

Fibromyalgie – Woran es bei der Kommunikation oft hapert

„Es war sehr frustrierend, niemand konnte mir klare Antworten geben“, so das Fazit einer Fibromyalgiepatientin nach langwieriger Ärzte-Odyssee. Wie ließe sich die Kommunikation zwischen Arzt und Fibromyalgiepatient verbessern? Eine Patientenbefragung demonstriert, auf welche Faktoren es ankommt.

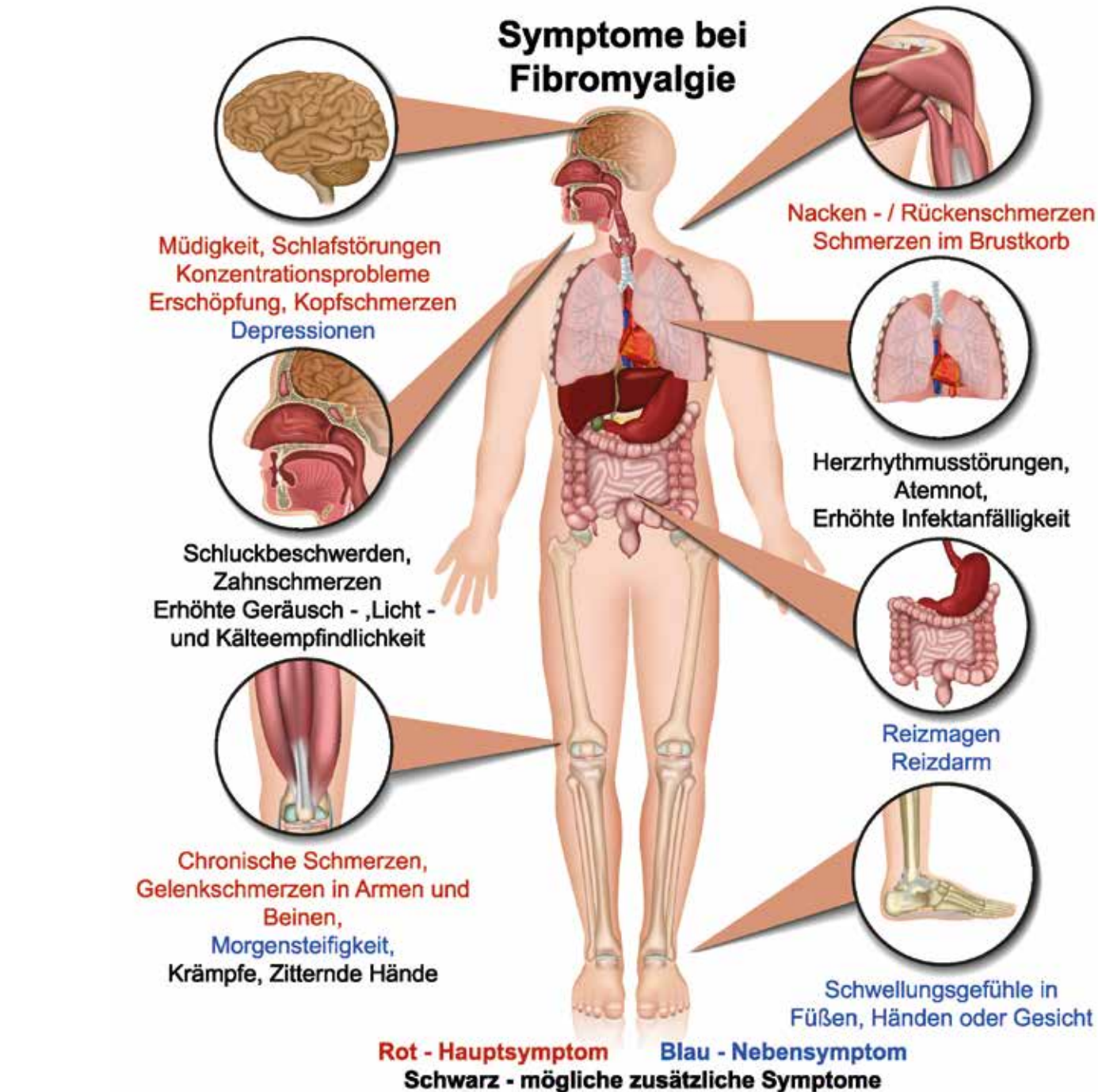
Da sich bei einer Fibromyalgie kein organisches Korrelat für die Beschwerden nachweisen lässt, ist die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten häufig von Miss- und Unverständnis geprägt. Patienten fühlen sich mit ihren Problemen oft nicht ernst genommen, werden als Hypochonder tituliert und ihrem Empfinden nach von den Ärzten oft gemieden. Auch geben Fibromyalgiekranke immer wieder an, dass sich Ärzte bei ihnen weniger Zeit nähmen als bei anderen Patienten und dass sie ihre Beschwerden als übertrieben bezeichneten, weshalb unter den Betroffenen die Adressen verständnisvoller Ärzte herumgereicht würden, berichten Gesundheitsforscher um Dr. Annie Chen und Aarti Swaminathan von der Universität in Seattle.

Woran die Arzt-Patienten-Beziehung am meisten leidet und was sich tun ließe, um das Verständnis auf beiden Seiten zu verbessern, haben die beiden Forscherinnen anhand einer strukturierten Befragung von allerdings nur 23 Fibromyalgiekranken eruiert. Besonders interessiert waren sie an Faktoren die – häufig nach vielen Arztwechslern – schließlich doch zu einer funktionierenden therapeutischen Beziehung führten. Die Patienten konnten über Selbsthilfegruppen, Schmerzspezialisten sowie soziale Medien für das Projekt gewonnen werden. 22 der Befragten waren Frauen, etwa mehr als die Hälfte war älter als 50 Jahre, 20 Teilnehmer trugen die Beschwerden seit mehr als vier Jahren.

In den Gesprächen skizzierten die Patienten zunächst auf einer Zeitachse ihren Krankheitsweg – wann besuchten sie welche Ärzte, wie waren die Diagnosen, welche Erwartungen hatten sie den Ärzten gegenüber, was wollten sie wissen, was bekamen sie zu hören? Ferner sollten sie angeben, wo sie sich noch über ihre Krankheit informierten. Insgesamt nahmen sich Chen und Swaminathan rund zweieinhalb Stunden Zeit für jedes Gespräch.

Die meisten Patienten hatten sowohl mit Hausärzten, Rheumatologen als auch Neurologen Erfahrungen gesammelt, ein Teil auch mit Physiotherapeuten sowie diversen Alternativmedizinern. Nicht selten hatten sie inzwischen sowohl zu Schulmedizinern als auch Alternativmedizinern eine lange anhaltende therapeutische Beziehung aufgebaut.

Der Weg dorthin war offenbar nicht einfach. „Es war sehr frustrierend, niemand konnte mir klare Antworten



geben“, beklagte eine Patientin. „Ein Arzt sagte: Es ist vielleicht Fibro, dann können wir aber nichts für Sie tun.“ Viele der Ärzte schienen nicht zu wissen, wie man eine Fibromyalgie diagnostiziert, so der Eindruck der Befragten. Andere Ärzte sagten den Patienten, es spiele sich alles nur in ihrem Kopf ab. Eine Patientin beschwerte sich über mangelnde Informationen: Der Arzt habe ihr einfach nur Analgetika verordnet, ohne zu sagen, was die Probleme auslöse. „Ich wollte nicht einfach nur starke Schmerzmittel nehmen und das Problem damit überdecken, sondern ich wollte wissen, was mit mir los ist.“ Weshalb Antidepressiva die Schmerzen lindern soll-

ten, haben manche Patienten ebenfalls nicht verstanden; hier hätte eine bessere Kommunikation vieles vereinfachen können, sagten die Befragten. Der einzige männliche Patient bezeichnete das Verhalten seiner Ärzte vor der Diagnose als wenig hilfreich. Er habe zusammen mit seinen Eltern selbst nach möglichen Diagnosen gesucht und sei über eine Webseite auf Fibromyalgie gestoßen. Er habe seinen Arzt darauf angesprochen, der daraufhin tatsächlich die Erkrankung diagnostizierte.

Doch auch von Patientenseite wies die Kommunikation oft Defizite auf. So hatten manche der Patienten ihre bereits bestehende Fibromyalgiadiagnose anderen Ärzten verschwiegen, aus Angst, sie würden dann anders behandelt oder nicht ernst genommen.

Umgekehrt wurde ein guter Informationsaustausch für die Arzt-Patienten-Beziehung als sehr hilfreich bezeichnet. Eine Patientin freute sich darüber, dass ein Arzt ihr Forschungsartikel gab, die ihr halfen, ihre Krankheit besser zu verstehen. Eine andere glaubte, alles über die Krankheit zu wissen, dennoch konnte ein Arzt ihr noch viele Ratschläge geben, die ihr im Alltag konkret weiterhalfen. Andere schätzten die psychologische Betreuung oder weiterführende Hilfen, die sie über ihre Ärzte vermittelt bekamen. Eine Patientin schwärmte etwa von einer Hypnotherapie, die ihr Arzt empfohlen hatte.

Vielen halfen auch Bücher, Blogs, Zeitschriftenartikel und Fernsehberichte von Ärzten zu Fibromyalgie. Ärzte, so das Fazit von Chen und Swaminathan, können dann eine erfolgreiche Beziehung zu Fibromyalgiepatienten aufbauen, wenn sie sich als Wissensvermittler und Unterstützer verstehen. Wichtig war den Patienten auch eine Offenheit sowie eine Beziehung auf Augenhöhe, statt einer Medizin nach dem Motto „Das ist es, tu das“. Allerdings mussten die Patienten auch lernen, nicht allzu hohe Ansprüche an ihre Ärzte zu stellen. „Ich habe erwartet, sie sollten irgendwie mein Leben managen. Es dauerte lange, bis ich begriffen habe, dass dies mein Job ist“, gab eine der Befragten zu.

Quelle: Springermedizin

Kommentar der Redaktion: Es handelte sich bei dieser Befragung/Studie zwar nur um eine sehr kleine Teilnehmerzahl, aber die Ergebnisse zeigen das, was bei unseren beratenden Telefonaten und in unseren Selbsthilfegruppen oft geschildert wird:

- Patienten möchten ernst genommen werden.
- Patienten möchten, dass sich der Arzt Zeit für ihre Beschwerden und Probleme nimmt. Eine solche zeitintensive Behandlung kann im Verlauf der Erkrankung zu einem früheren Krankheitsverständnis und zu mehr Akzeptanz führen, so dass in Folge der Arzt durch eine geringere Inanspruchnahme zeitlich entlastet wird.
- Patienten möchten gut über ihre Erkrankung aufgeklärt werden. Dabei spielt offensichtlich das persönliche Arzt-Patienten-Gespräch eine größere Rolle, als viele vermuten. Dabei versteht sich der Arzt idealerweise als Unterstützer und Wissensvermittler. Dies vermeidet auch seitens der Patienten falsche, überhöhte Vorstellungen an die behandelnden Ärzte.

Klausurtagung des erweiterten Vorstands in Rehburg-Loccum bei Hannover



Die Teilnehmer v. l.: Heike Norda, Hartmut Wahl, Stephanie Breitenicher, Rolf Fahnenbruck, Dr. Harald Lucius, Dr. Nicolas Jakobs

Zur Neuausrichtung des Vereinslebens und der Strategien wurde in der evangelischen Heimvolkshochschule Loccum eine mehrtägige Klausurtagung durchgeführt. Unter der professionellen Moderation von Dr. Harald Lucius aus Schleswig diskutierten die Teilnehmer miteinander. Eine der Ideen ist die Mitgliederbefragung, die Sie als Mitglied mit dieser Ausgabe erhalten. Wir sind sehr gespannt auf Ihre Anregungen, auf Ihr Lob und Ihre Kritik, damit wir den Verein voranbringen. Herzlichen Dank schon jetzt für die Zeit, die Sie sich als Vereinsmitglied für Ihre Antwort nehmen. Die für Ende März geplante Mitgliederversammlung

und der Workshop für unsere Selbsthilfegruppen-Begleiter, wie wir unsere Leitungsteams künftig nennen wollen, mussten bis auf weiteres wegen der Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Corona-Virus-Pandemie verschoben werden. Die Mitglieder werden rechtzeitig



Die Teilnehmer der Tagung versuchen im Team ein schwieriges Problem zu lösen, indem sie von ihrem Standpunkt aus gemeinsam eine Kugel durch ein kompliziertes Schlauchsystem lotsten. Das Experiment ist geglückt.

über den neuen Termin für die Mitgliederversammlung informiert. Auch wird das Vorstandsteam prüfen, ob ein neuer Termin für den Workshop in diesem Jahr gefunden werden kann.

Überzeugung wirkt wie ein Placebo

Eine Studie belegt: Bei der Schmerzlinderung kann die ärztliche Haltung helfen.

Ein US-Forschungsteam hat jetzt herausgefunden, dass die Überzeugung des Behandlers, die Behandlung



werden gelingen, einen positiven Einfluss auf den tatsächlichen Heilungsverlauf haben

kann. Patienten haben demnach weniger Schmerzen, wenn Haltung und Gesichtsausdruck des behandelnden Arztes Überzeugung widerspiegeln.

Von entsprechenden Untersuchungen bei vermeintlich schmerzlindernden Salben berichteten Wissen-

schaftler im US-Fachmagazin „Nature Human Behaviour“. Bei den Tests bekamen die Versuchsteilnehmer zunächst eine Rolle als „Arzt/Ärztin“ oder als „Patient/Patientin“ zugewiesen. Mit Elektroden wurden dann Schmerzreize ausgelöst. Anschließend trugen die Versuchsleiter der vermeintlichen „Ärztinnen“ eine Creme auf, von der sie behaupteten, dass diese stark schmerzlindernd wirken würde. In Wahrheit wurde damit lediglich die Temperatur der Elektroden heruntergeregel.

Im nächsten Schritt testeten die „Ärztinnen“ die Salbe an den „Patienten“. Diese empfanden eine deutliche Linderung, was sich an ihrer Hautreaktion ablesen ließ. Zudem bewerteten sie die „Ärztinnen“ als besonders einfühlsam.

Die Forscher hoffen, dass die Ergebnisse hilfreich für eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation sein können.



Hausmittel – heute noch gefragt

Wir starten eine neue Serie über Hausmittel, die sich gegen Schmerzen bewährt haben. Dazu benötigen wir auch Ihre Hilfe, denn wir möchten in den nächsten Ausgaben Ihre Anregungen und Erfahrungen zu „altbewährten“ Hausmitteln abdrucken. Senden Sie uns gern Ihre Schilderungen an redaktion@schmerzlos-ev.de

„Retterspitz Äußerlich“ für Wickelanwendungen

Anzuwenden bei schmerzhaften Schwellungszuständen nach endoprothetischer und gefäßprothetischer Versorgung, bei Verletzungsfolgen wie Bänderdehnung, Zerrung und Distorsion, bei Entzündungen und vielem mehr. Soll auch bei weichteilrheumatischem Schmerzsyndrom und Fibromyalgiesyndrom wirksam sein.

Dass physikalische Anwendungen wirken, wusste schon Hildegard von Bingen. In der modernen Physiotherapie gehören Wasseranwendungen, z. B. als Wickel,

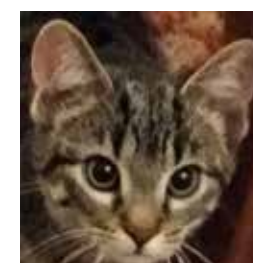


heute zur Standardbehandlung. Reine ätherische Öle in „Retterspitz Äußerlich“ unterstützen die bewährte Hydrotherapie. Die medizinische Wickellösung enthält beispielsweise den Naturheilkunde-Klassiker Arnikatinktur. Die Gebirgspflanze wird traditionell bei stumpfen Verletzungen, Muskelschmerzen und Venenbeschwerden eingesetzt. Das in „Retterspitz Äußerlich“ enthaltene Thymol hemmt Entzündungen, Rosmarinöl lässt rheumatische Beschwerden leichter abklingen und bessert Durchblutungsstörungen. Die spezielle Kombination der verwendeten pflanzlichen Inhaltsstoffe ermöglicht ein breites Anwendungsspektrum und eignet sich deshalb nicht nur für die Haus-

apotheke, sondern auch für den Einsatz im Profisport oder in Kliniken.

Die Lösung ist in einer Apotheke erhältlich und wird mit Wasser nach Anweisung verdünnt, dann als Wickel angelegt. Dazu gibt es ein „Wickelset“, man kann den Wickel aber auch mit eigenen Mitteln machen.

Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet:



Hallo liebe Leser und Leserinnen, wie Ihr wisst, sind meine liebsten Spielgefährten, diese kleinen flinken Lebewesen im grauen Fell und mit dem langen, dünnen Schwanz. Jetzt im Frühling kommen sie wieder aus ihrem Versteck unter den

Büschen im Garten hervor, und ich muss dann aufpassen, dass ich einen dieser kleinen Vierbeiner fange und in das Geschäftsstellenbüro bringen kann. Dort kann ich dann wunderbar mit ihm spielen: Mein Lieblingsspiel »Katze und Maus«. Das geht dann fix durch alle Räume, über Teppiche und Stühle, unterm Sofa durch bis hinter den Schrank. Und da ist mein Spielgefährte im Vorteil, denn da komme ich nicht hin, weil mein Kopf irgendwie zu groß ist. Da kann ich auch mit meinen Pfoten noch so viel tasten, ich kann ihn nicht

erreichen. Also muss ich geduldig warten, bis es ihm langweilig wird, und er wieder hervorkommt. Meinem Diener, dem Geschäftsstellenleiter, gefällt dieses Spiel auch so gut, dass er dann mitspielen will. Wir beide suchen dann um die Wette, und wer meinen Spielkameraden zuerst fängt, darf ihn behalten. Bisher habe ich immer verloren, und meinen Spielgefährten musste ich dann draußen im Garten wieder suchen.

Aber eigentlich wollte ich euch doch Neues aus der Geschäftsstelle berichten. Kennt Ihr Corona? Dieser kleine Bursche, der die ganze Welt in Aufregung versetzt, hat auch bei uns die ganze Jahresplanung durcheinander gebracht. Der große Workshop in Würzburg musste abgesagt werden, und ein neuer Termin für die Mitgliederversammlung muss auch noch gefunden werden. Ich bin froh, dass unser Vorstand das alles im Griff hat und gut regelt. Nun wünsche ich euch allen noch eine gute Zeit und sage: Tschüüüs!

Arzneimittel

2019 kamen 25 neue Medikamente auf den Markt

Bilanz des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)



Im Jahr 2019 haben pharmazeutische Unternehmen in Deutschland 25 neue Medikamente auf den Markt gebracht, darunter zehn gegen Krebserkrankungen. Dazu kamen noch neue Darreichungsformen von bekannten Medikamenten, etwa für Kinder.

„Der Innovationsmotor der Pharma-Unternehmen läuft. Das bringt Patienten und Patientinnen Chancen auf bessere Behandlung. In einigen Fällen werden Krankheiten durch Medikamente dieses Jahres sogar erstmals behandelbar“, sagte vfa-Präsident Han Steutel zu dieser Innovations-Bilanz.

So verteilen sich die Medikamente mit neuem Wirkstoff auf die verschiedenen Krankheitsgebiete:

- Krebserkrankungen: 10
- Infektionskrankheiten: 3
- Blutungskrankheiten: 3
- Entzündungskrankheiten: 2
- Neurologische Krankheiten: 2
- Stoffwechselerkrankungen: 2
- Herz-Kreislauf-Krankheiten: 2
- Augenerkrankungen: 1

Mit 25 Neueinführungen wirkstoffneuer Medikamente liegt 2019 etwas unter dem Durchschnitt der letzten Jahre, in denen stets mehr als 30 neue Medikamente

auf den Markt kamen. Für 2020 rechnet der vfa wieder mit mehr als 30 Neueinführungen.

Auch für die Behandlung von Patienten mit seltenen Krankheiten habe es 2019 weitere Fortschritte gegeben, so der vfa: Fünf der neu eingeführten Medikamente mit neuem Wirkstoff haben den Orphan Drug-Status in der EU. Orphan Drugs sind neue Medikamente gegen seltene Erkrankungen. In der EU gelten als selten im Sinne der Orphan Drug-Verordnung ausschließlich schwerwiegende Erkrankungen, an denen nicht mehr als einer von 2.000 EU-Bürgern leidet. Welche Krankheiten das konkret sind, entscheidet die EU-Arzneimittelbehörde EMA. Als selten wertet die EU Krankheiten, an denen höchstens fünf von 10 000 EU-Bürgern

leiden. So leidet jeweils einer unter 10 000 Bürgern an der Augenkrankheit Lebersche kongenitale Amaurose oder an akuter myeloischer Leukämie, etwa einer unter 100 000 Bürgern an familiärem Chylomikronämie-Syndrom. Bei allen drei Krankheiten kann mit Neueinführungen von 2019 gezielt behandelt werden.

„Fünf weitere Orphan Drugs belegen, dass die EU-Verordnung für Medikamente gegen seltene Krankheiten weiterhin Unternehmen motiviert, auch Mittel gegen seltene Erkrankungen zu entwickeln. Dieses erfolgreiche Rahmenprogramm sollte deshalb in vollem Umfang weitergeführt werden“, so Han Steutel.

Obwohl es in den letzten Jahren im Markt deutlich mehr Orphan Drugs geworden sind, entfallen laut Angaben des Verbandes auf sie pro Jahr nicht mehr als vier Prozent der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen.

2019 wurde mit Temocillin auch ein neues Antibiotikum eingeführt, das auch gegen einige Erreger wirksam ist, bei denen mehrere andere Antibiotika nichts mehr ausrichten können, weil die Keime resistent geworden sind. In einigen anderen EU-Ländern war dieses Mittel schon länger verfügbar. Mit weiteren resistenzbrechenden Antibiotika sei 2020 zu rechnen, so der vfa.

Quelle: Ärzte Zeitung

Black Box Phasponsoring

Transparenz bei Fortbildungen für Ärzte sehr lückenhaft

Von Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Noch immer legt nur ein Bruchteil der Ärztinnen und Ärzte offen, ob und wofür sie Gelder von Pharmaunternehmen erhalten haben. Transparenz kann aber nur ein erster Schritt sein. Die Ärzte-Initiative »MEZIS – Mein Essen zahle ich selbst« fordert, dass Ärzte-Fortbildungen frei von Sponsoring sein müssen.

Beim Thema Durchsichtigkeit geht es in der Ärzteschaft nur mühsam voran. »Der 122. Deutsche Ärztetag hat wieder die Chance verpasst, einen wichtigen Schritt zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen zu vollziehen«, sagt Niklas Schurig, Vorstandsmitglied von MEZIS. Der Hintergrund: Eine Gruppe von Medizinern um MEZIS-Mitglied Robin Maitra hatte Ende Mai 2019 in Münster eine Ergänzung der Musterberufsordnung beantragt. Demnach sollten Ärztinnen und Ärzte per Standesrecht verpflichtet werden, finanzielle oder sonstige geldwerte Zuwendungen von Herstellern offenzulegen. Doch der Antrag wurde nicht beschlossen, sondern zur Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer weiterverwiesen. Was daraus wird, ist offen.

In den USA müssen bereits seit Jahren alle finanziellen Zuwendungen oberhalb einer Bagatellgrenze von zehn Dollar offengelegt werden, dies schreibt der Physician Payments Sunshine Act gesetzlich vor (Siehe BIOSKOP Nr. 59). Erstmals im Jahr 2014 veröffentlichten die Centers for Medicare and Medicaid Services Zahlungen. In Europa hat die Lobbyarbeit der pharmazeutischen Industrie eine gesetzliche Regelung erfolgreich verhindert.

Hierzulande gibt es stattdessen eine freiwillige Selbstverpflichtung. Seit 2015 haben sich die Mitgliedsunternehmen der Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) und des Verbandes Forschender Pharma-Unternehmen (vfa) verpflichtet, sämtliche Zuwendungen an Ärzte, Fachkreisangehörige und medizinische Organisationen und Einrichtungen zu veröffentlichen. Dem FSA gehören allerdings nicht sämtliche Pharmafirmen an. Zurzeit zählt er 56 Unternehmen, laut Selbstdarstellung repräsentieren sie rund zwei Drittel des Arzneimittelmarktes hierzulande.

Namen von Ärztinnen und Ärzten können im Prinzip gemäß FSA-Vorgaben auch genannt werden – aber nur dann, wenn sie ausdrücklich einverstanden sind.

2018 erlaubten aber lediglich 21 Prozent der Ärzte, die Zahlungen von Unternehmern angenommen hatten, eine Veröffentlichung ihrer individuellen Daten. 2016 waren es noch rund 25 Prozent gewesen. Aber selbst wenn Unternehmen Zahlungen offenlegen, ist für Patientinnen und Patienten noch nicht viel gewonnen.

Das gemeinnützige Recherchenetzwerk Correctiv hatte im Jahr 2016 gemeinsam mit Spiegel Online die Angaben, die auf den Internetseiten der FSA-Firmen zu finden sind, in der Datenbank Euros für Ärzte zusammengeführt. Dort konnten Interessierte über Namen, Ort oder Postleitzahl erkunden, welche Vortragshonore oder Reisekosten ihr Arzt von welchem Pharmakonzern bekommen hatte. 2017 starteten Correctiv und Spiegel Online zudem die Null-Euro-Datenbank, in der sich Ärzte eintragen lassen konnten, die im zurückliegenden Jahr kein Geld von einem Unternehmen bekommen hatten.

»Gezielte Kampagne« vermutet

So viel Transparenz ist offenbar nicht von jedem gewünscht. Udo von Langsdorff, Fachanwalt für Medizinrecht, überzieht Correctiv und Spiegel Online im Namen der genannten Ärzte mit Klagen gegen die Datenbank Euros für Ärzte. Anfang Juni 2019 waren es demnach 132 Klagen gegen Correctiv und 174 gegen Spiegel Online. Die Schriftsätze und Argumente der Kanzlei seien in jedem Fall nahezu identisch, teilt Correctiv in einem Artikel in eigener Sache auf seiner Webseite mit. Auch das Ergebnis sei bisher immer gleich gewesen: Alle 136 Urteile von Landgerichten in ganz Deutschland seien bislang zugunsten der Redaktionen ausgefallen – »und zwar 53 Urteile für CORRECTIV und 83 für Spiegel Online«.

»Der Umfang und die Art und Weise des Vorgehens lässt eine gezielte Kampagne gegen diese wichtige Initiative vermuten«, sagt Manja Dannenberg, Vorstandsmitglied der Initiative MEZIS: »Obwohl bislang alle Klagen abgewiesen wurden, beobachten wir das mit großer Sorge.« So muss Correctiv die Kosten für den eigenen Rechtsanwalt, Marc-Oliver Srocke von der Hamburger Kanzlei Schultz-Süchting, und dessen Team vorfinanzieren. Für einen einzigen Prozess kämen, je nach Streitwert und Höhe der anfallenden Reisekosten, leicht 2.000 bis 3.000 Euro für einen Anwalt zusammen. Im Falle einer Niederlage drohten Correctiv Kosten von weit über 5.000 Euro, da auch der

gegnerische Anwalt und die Gerichtskosten zu zahlen seien. Insgesamt belaufe sich das finanzielle Risiko für Correctiv bei 132 eingereichten Klagen auf mehr als 660.000 Euro.

Der FSA versichert unterdessen, Transparenz sei ein wesentliches Mittel, um das öffentliche Vertrauen in das Gesundheitswesen zu stärken. Für MEZIS ist Transparenz nur ein erster Schritt, um Interessenkonflikte konsequent zu managen. Einflussnahme werde durch das Offenlegen von Zahlungen womöglich transparent, aber nicht verhindert. Deshalb fordert die Ärzte-Initiative, dass insbesondere Ärzte-Fortbildungen frei von Sponsoring bleiben müssen. Wie mehrere Studien belegt hätten, beeinflussten finanzielle Zuwendungen und Geschenke das Verschreibungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten.

Die Forderung, keine CME-Punkte für von Pharmafirmen gesponserte Fortbildungen zu vergeben, lehnt der FSA »im Sinne von Patientinnen und Patienten« ab. Aus Gründen der Pluralität habe der Gesetzgeber bewusst weder bestimmte Gruppen noch Unternehmen aus dem Kreis der potenziellen Anbieter ausgeschlossen.

Fortbildung unter der Lupe

Im Interesse von Patientinnen und Patienten wäre es aber sinnvoll, so bald wie möglich keine Fortbildungspunkte mehr für gesponserte Veranstaltungen zu vergeben. Dies zeigt einmal mehr eine von MEZIS analysierte Fortbildung des Anbieters CME-Medlearning vom Februar diesen Jahres 2019: »Herausforderung Myokardinfarkt-Nachsorge: Wie begegnen wir dem Fortschreiten der Atherosklerose?« Die Fortbildung wurde durch das Unternehmen Amgen mit 10.700 Euro gesponsert, Amgen stellt im Bereich Atherosklerose den PCSK9-Inhibitor Repatha (Evolocumab) her. Die Referentin, eine Allgemeinärztin aus Berlin, hatte unter anderem Gelder von Amgen bekommen, gab aber nach Recherchen von MEZIS an, dass bei ihr keine Interessenkonflikte bestünden.

Die Fortbildung war von der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) zertifiziert worden. Bei rund 65.000 Veranstaltungen im Jahr vertraue man zunächst den Angaben des wissenschaftlichen Leiters, teilte die BLÄK auf Anfrage von BIOSKOP mit. Bei konkreten Hinweisen fordere man Stellungnahmen ein. »Diese werden wir voraussichtlich auch in diesem Fall veranlassen.«

Inhaltlich legte die Referentin laut MEZIS in ihrem 46 Folien umfassenden Vortrag einen einseitigen Fokus auf das von Amgen hergestellte Medikament Evolocumab, das zur Senkung der Blutfettwerte eingesetzt wird. Sie erwähnte es zehnmal, nannte zweimal sogar den Markennamen Repatha. Hingegen sei das Konkurrenzprodukt Alirocumab nicht erwähnt worden. Aus Sicht der BLÄK kein Problem: Es seien ja andere Substanzklassen genannt worden. Und Alirocumab sei im Juli 2019 wegen Patentstreitigkeiten vom Markt genommen worden. Ein Argument, das MEZIS nicht gelten lässt: Zum Zeitpunkt der Fortbildung, im Februar 2019, »war Alirocumab normal zugelassen und das – in der Tat einzige, aber eben relevante – Konkurrenzprodukt«.

Rücknahme der Zertifizierung?

Noch etwas kritisiert die unabhängige Ärzte-Initiative: Die Referentin habe einen Therapie-Algorithmus empfohlen, der den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis nicht umfassend abbilde, da die AWMF-Leitlinien zum Thema nicht erwähnt wurden. Der Therapie-Algorithmus berufe sich zudem auf eine im Deutschen Ärzteblatt vorgestellte Studie, die heftig umstritten sei, da der Autor ebenfalls Geld von Amgen bekam und somit relevante Interessenkonflikte hatte.

All dies rechtfertigt für MEZIS, dass die BLÄK die Zertifizierung dieser Fortbildung zurücknehmen müsse. Die teilte BIOSKOP abschließend mit, man gehe Hinweisen nach und überprüfe »nach neuem Kenntnisstand gemäß den bestehenden Regelwerken«. Auf das Ergebnis darf man gespannt sein.

Nachdruck aus: BIOSKOP Nr. 87 (September 2019), Seiten 6+7, <http://www.bioskop-forum.de/>

BIOSKOP, die Zeitschrift des gleichnamigen, gemeinnützigen Forums zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien mit Sitz in Essen, beobachtet, analysiert, kommentiert die gesellschaftspolitischen Szenarien der »Life-Sciences«-Propagandisten in Politik, Industrie und Hochschulen. Laufend, unabhängig, seit mehr als 20 Jahren.

> BioSkop-Recherchen unterstützen:

<http://www.bioskop-forum.de/noch-mehr/spenden/>
<http://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/gesundheitspolitik/sponsoring-werbung-interessenkonflikte/>

Warnhinweis zu Pregabalin

Pregabalin wird gegen Nervenschmerzen, Epilepsie (bei dieser Diagnose als Zusatztherapie) und generalisierte Angststörung eingesetzt. Manche Ärzte verschreiben es aber auch bei anderen Diagnosen, obwohl dieser Wirkstoff dafür keine Zulassung hat.



Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft veröffentlichte einen Arzneimittelbericht, in dem auf das Abhängigkeitspotential von Pregabalin (Produktname z. B. Lyrica®) hingewiesen wurde. Dies trifft vor allem bei Patienten mit begleitender Substanzabhängigkeit (insbesondere bei Einnahme von Opioiden, also bestimmten stark wirksamen Schmerzmitteln) zu. Es wird dabei empfohlen, Pregabalin bei Patienten mit vorbestehender Substanzabhängigkeit zu vermeiden und falls die Therapie erforderlich ist, den Patienten engmaschig bezüglich Fehlgebrauch zu beobachten. Möglicherweise kann der Arzt die Gabe von Gabapentin in Erwägung ziehen. Aber auch Gabapentin kann bei drogenabhängigen Patienten zu lebensbedrohlichen Nebenwirkungen führen. Lebensbedrohliche Komplikationen bei Vergiftungen sind in Einzelfällen bei Einnahme von Pregabalin bei Mischkonsum von Benzodiazepinen (bestimmte angsthemmende Beruhigungsmittel), Alkohol und anderen Drogen beschreiben worden.

Sollten Sie Pregabalin von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin verschrieben bekommen haben, sprechen Sie mit ihm / ihr vertrauensvoll über diese Warnung. Bitte setzen Sie keinesfalls ohne Rücksprache mit Ihrem verordnenden Arzt das Medikament eigenständig ab! Verändern Sie die Dosis nicht ohne Rücksprache!



Für Sie gelesen

Kopf hoch. Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Stress, Ärger und anderen Durchhängern.



Von Claudia Croos-Müller mit Illustrationen von Kai Pannen. Kösel Verlag 2011, ISBN 978-3466309153 | 9,99 €

Raus aus dem seelischen Tief mit 12 Soforthilfe-Übungen für Energie und gute Laune. Bei gefühlsmäßigen Durchhängern lässt sich die Psyche einfach durch den Körper beeinflussen, schreibt Dr. med. Claudia Croos-Müller, Fachärztin für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychotherapie sowie Europazertifizierte EMDR-Therapeutin. Die hat die Body2Brain-ccm®-Methode entwickelt.

In diesem Buch werden Übungen beschrieben wie Kopf hoch, Schlüpfatmen, Summern, Breitbeinig stehen. Zu jeder Übung gibt es eine leicht verständliche Übungsanweisung, jeweils lustig illustriert mit »Oskar, dem Gute-Laune-Schaf«. Dazu wird die jeweilige, belastende Situation analysiert, z. B. Instabilität beim Stehen mit eng nebeneinanderstehenden Beinen. Diese Unsicherheiten werden über das Nervensystem an den Kopf weiter geleitet und dort die Gefühle »ich bin unsicher, alles wirft mich aus der Bahn« erzeugt. Mit der Übung »Breitbeinig stehen« solle man mental gegen Unsicherheit und Durchhänger entgegen wirken können. Mit den Body2Brain-ccm®-Übungen könne man die komplexen Zusammenhänge zwischen Körper und Gehirn mit den vielen Nervenbahnen bewusst nutzen. Die Übungen sind einfach durchzuführen und sollen die körperliche und dadurch auch die emotionale Einstellung positiv verändern.

Die Autorin hat mehrere »Kopf hoch«-Bücher herausgegeben, z. B. Schlaf gut, Alles Liebe, Nur Mut, Bleib cool. Ob man alle lesen muss, bleibt dahin gestellt. Auf jeden Fall sind die Bücher sinnvoll und auch sofort einsetzbar, auch beispielsweise in einer Schmerz-Selbsthilfegruppe.

Informationen, die weiterhelfen



1. Gemeinsam gegen den Schmerz
2. Selbsthilfegruppen gründen und leiten
3. Schwerbehindertenausweis - Informationen für Antragsteller
4. Klinik-Entlassung! Und wie gehts weiter?
5. Schmerzen verstehen
6. Kopfschmerzen verstehen
7. Notfall-Ausweis (95x73 mm)
8. Opioid-Ausweis (95x73 mm)
9. Schmerzkala

Verwenden Sie den Bestellschein auf Seite 26

Antrag auf Mitgliedschaft

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

Persönliche Angaben

Name _____
 Vorname _____ Geburtsdatum* _____
 Straße _____
 PLZ/Wohnort _____
 Telefon* _____
 E-Mail* _____

Datum, **Unterschrift**

* freiwillige Angaben

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

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

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

- Sie erhalten Informationen, mit denen Sie Ihre Schmerzerkrankung besser bewältigen können.
- Sie erhalten telefonisch medizinische Beratung durch unsere Schmerztherapeuten.
- Sie erhalten Antworten auf Ihre Fragen zum Thema „Chronischer Schmerz“ durch persönliche telefonische Beratung, z. B. Hilfestellung beim Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis.
- Sie erhalten Adressen von Ärzten, Therapeuten und Selbsthilfegruppen.

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

Mitgliedsbeitrag (mind. 30 €)

Ich zahle jährlich einen Mitgliedsbeitrag von
 30 € 40 € 50 € eigener Beitrag _____ €

Ich erteile folgendes SEPA-Lastschriftmandat:
 UVSD SchmerzLOS e.V. | Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 03ZZ00000258323

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige SchmerzLOS e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von UVSD SchmerzLOS e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, ohne Angabe von Gründen die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____
 IBAN _____

Datum, **Unterschrift**

Versandadresse: UVSD SchmerzLOS e.V. Blücherstr. 4 | 23611 Bad Schwartau

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____
Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
SchmerzLOS e.V.
 IBAN DE 78830654080004750187
 BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen) GENODEF1SLR
SchmerzLOS e.V.
 Vereinigung aktiver Schmerzpatienten Betrag: Euro, Cent _____
 Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen) _____ ggf. Stichwort _____
 PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen) _____
Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)
 IBAN DE _____ 06
 Datum _____ Unterschrift(en) _____

Beleg für Kontoinhaber/Zahler-Quittung

Konto-Nr. des Kontoinhabers _____
 Zahlungsempfänger SchmerzLOS e.V.
 IBAN DE 78830654080004750187
 BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters GENODEF1SLR
 Betrag: Euro, Cent _____
 EUR _____
 Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name, PLZ und Straße des Spenders _____
 Kontoinhaber/Zahler: Name _____

(Quittung bei Bareinzahlung)

Impressum

SchmerzLOS AKTUELL

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

Erscheint vierteljährlich

Auflage 5.000

Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten

Herausgeber: UVSD SchmerzLOS e.V.

Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck

fon 0451 - 5854 4625

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

Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

Titelbild: H-Ko/stock.adobe.com

S. 3: Kurhan/stock.adobe.com

S. 4: Alexander Raths/stock.adobe.com

S. 5: RFBSIP/stock.adobe.com

S. 6: Ingo Bartussek/stock.adobe.com

S. 7: lightpoet/stock.adobe.com

S. 9: Photographee.eu/stock.adobe.com

S. 9: andriano_cz/stock.adobe.com

S. 12: thodonal/stock.adobe.com

S. 13: Henrie/stock.adobe.com

S. 14: Jonas Glaubitz/stock.adobe.com

S. 15: Privat+Norda

S. 16/17: bilderzweg/stock.adobe.com

S. 18: Privat + Alexander Raths/stock.adobe.com

S. 19: Angela + photophonie/stock.adobe.com

S. 20: New Africa/stock.adobe.com

S. 23: magele-picture/stock.adobe.com

S. 23: Sergey Novikov/stock.adobe.com

Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

PLZ/Ort	Kontakt
53604 Bad Honnef	Nicole Hegmann fon 02207 - 9749 297 info@honnef.schmerzlos-ev.de
23611 Bad Schwartau I	Sabine Pump fon 0451 - 5854 4627 pump@schmerzlos-ev.de
23611 Bad Schwartau II	Dagmar Ewert fon 04525 - 2575 ewert@schwartau.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin I	MarTina Wegner fon 0176 - 5106 3630 wegner.schmerzlos.berlin@gmail.com
14089 Berlin II	Christiane Weiß fon 0178 - 6729 782 shoppingqueen56@gmx.de
12203 Berlin III	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
12203 Berlin IV	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
10249 Berlin V	Michael Buchheim fon 0176 - 711 52 103 fluss99@posteo.de
94469 Deggendorf	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 fahnenbruck@schmerzlos-ev.de
85435 Erding	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
79098 Freiburg	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
37075 Göttingen	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
18273 Güstrow	Kathrin Ebersold fon 038458 - 525 66 ebersold@guestrow.schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg I	Esther Mohr fon 0176 - 57075811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg III	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
22041 Hamburg IV	Elisabeth-C. Stöck fon 0172 - 1364 453 stoeck60@gmx.de
30169 Hannover	Helge Libera fon 0511 - 5366 770 libera.hannover.schmerzlos-ev.@outlook.de
21698 Harsefeld	Sabine Linngrön fon 04166 - 848 348 lingroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de
87629 Hopfen am See	Claudia Hofmann fon 0151-1240 5673 diahofmann70@gmail.com
76133 Karlsruhe	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
51109 Köln	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
84034 Landshut	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 fahnenbruck@schmerzlos-ev.de
23560 Lübeck I	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck II	Telefon-Kontakt über KISS Lübeck 0451-6933 9584 gruppe2schmerzlosluebeck@gmail.com
84453 Mühldorf	Stephanie Breitenicher fon 01579 - 2317200 info@muehldorf-crps.de CRPS-Gruppe
80339 München	Christina Schubert fon 01579 - 2330 100 info@muenchen-crps.de CRPS-Gruppe
24534 Neumünster I	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster II	Ellinor Kietzmann fon 04321- 419 119 (ZKS) kietzmann@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
94486 Osterhofen	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 fahnenbruck@schmerzlos-ev.de
14480 Potsdam	Thomas Kiderov-Stellmacher 0171 - 2727726 thomas.kiderov@icloud.com
24837 Schleswig	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 info@schleswig.schmerzlos-ev.de.
49439 Steinfeld	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com
21423 Winsen (Luhe)	SchmerzLOS SHG Winsen fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Österreich	
A 5722 Niedernsill	Rosemarie Nill fon +43 6649331852 rosi.nill@crps-austria.at CRPS-Gruppe
A 2851 Steiermark	Mario Stoiser fon +43 (664) 2126 377 mario.stoiser@crps-austria.at CRPS-Gruppe

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

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen): _____

Datum/Unterschrift: _____

Coupon im Fensterbriefumschlag absenden an:

UVSD SchmerzLOS e.V.
Home Office
Blücherstraße 4

23611 Bad Schwartau

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

Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

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

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

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

Unsere Förderer:

GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene

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.

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. 