

SchmerzLOS

AKTUELL

1/2018



Wohlfühlen im Krankenhaus

CRPS - Viele Namen für eine
Schmerzerkrankung

Die Abhängigkeitsfalle -
Ein unterschätztes Problem

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Situation in den Krankenhäusern bereitet jedem, der sich mit den Zahlen beschäftigt, Sorgen. So gibt es viele freie Stellen in den Krankenhäusern, beim Pflegepersonal, aber auch bei den Ärzten und in anderen Berufsgruppen. Dies führt immer öfter zu unverantwortlichen Verhältnissen auf den Stationen. Die Situation für die Schmerzpatienten verschärft sich dadurch auch rasanter. Nach wie vor gibt es zu wenige Krankenhausbetten für eine multimodale Schmerztherapie. Darüber werden wir auch in unserer nächsten Ausgabe ausführlich berichten.

Lesen Sie in dieser Ausgabe, wie ernst es in den Krankenhäusern ist, aber auch, wie Patienten den Aufenthalt im Krankenhaus beurteilen. CRPS – diese Krankheit gibt für viele immer noch Rätsel auf. Dr. Nicolas Jakobs, Vorstandsmitglied von UVSD SchmerzLOS e. V., versucht, Aufklärung zu liefern.

Von Schmerzmitteln kann man schnell abhängig werden. Die Wege in und aus der Abhängigkeitsfalle erklärt Dr. Michael Fritz in seinem Beitrag.

Wussten Sie, dass Sie einfach und ohne Mehrkosten beim Online-Einkauf UVSD SchmerzLOS e. V. unterstützen können? Lesen Sie in unserem Artikel, wie unkompliziert dies funktioniert.

In diesem Jahr findet der bundesweite Aktionstag gegen den Schmerz am 5. Juni 2018 statt, der von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. organisiert wird. Wir sind mit Aktionen in vielen Orten und mit zahlreichen unserer Selbsthilfegruppen dabei. Informieren Sie sich gern auf unserer Website.

Ein gutes und anregendes Leseerlebnis wünscht Ihnen

Ihre / Eure



Heike Norda
1. Vorsitzende



Inhalt

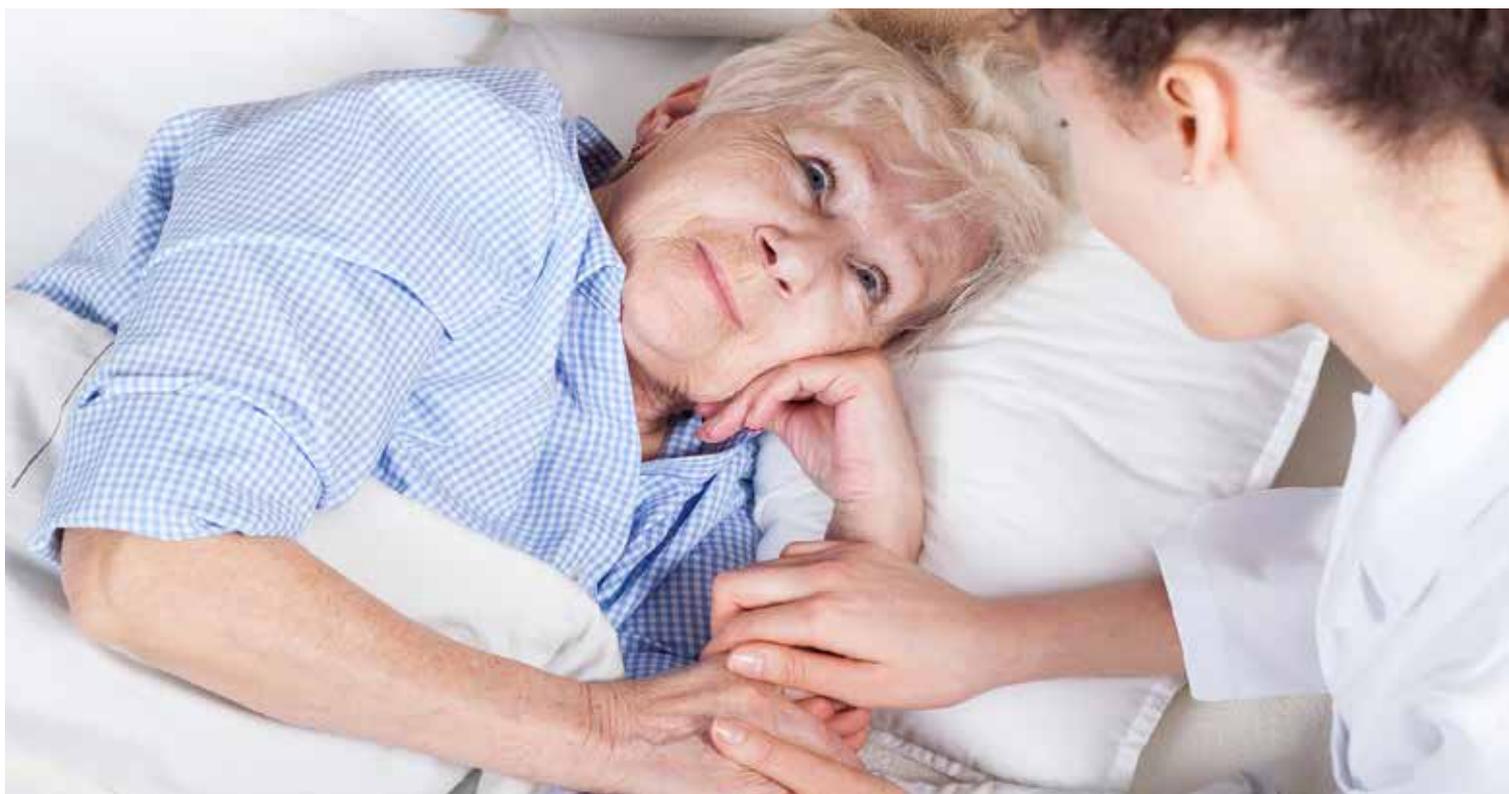
Wohlfühlen im Krankenhaus	3
„ALFA“ und Pain Nurse	5
Notstand auf Station	7
CRPS - Viele Namen für eine nicht so seltene Schmerzkrankung	8
Die Kraft der Achtsamkeit	10
Welche Folgen hat der Abbruch einer Reha?	11
Die Abhängigkeitsfalle - Ein unterschätztes Problem	12
Mona - die Geschäftsstellenkatze berichtet	14
Muss man mit 80 noch Tennis spielen?	15
Zitate von Schmerzpatienten über ihre Erfahrungen in Selbsthilfegruppen	16
Beim Einkauf UVSD SchmerzLOS e.V. unterstützen	17
Komplementäre und alternative Therapien in der Schmerztherapie	18
Für Sie gelesen	20
Nachrichten aus der Geschäftsstelle	20
Impressum	22
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	23
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	24

Wohlfühlen im Krankenhaus

Die Bertelsmann Stiftung hat untersucht, wie zufriedenen Patienten mit ihrem Klinikaufenthalt waren. Dabei fanden sie auch heraus, dass die Vor- und Nachsorge beim Hausarzt einen direkten Einfluss darauf hat, wie zufrieden die Patienten nach einem Klinikaufenthalt sind. Die aktuelle Studie basiert auf

Patienten erleben die Behandlung in deutschen Krankenhäusern unterschiedlich. Die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung – unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts – variiert je nach Krankenhaus zwischen 43,1 und 99,8 Prozent, gemessen an der Bereitschaft der Patienten, das Krankenhaus dem besten Freund oder

Im gesamtdeutschen Durchschnitt liegt die Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten bei 79,3 Prozent. Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung ist mit 81,8 Prozent geringfügig höher als die Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung (81 Prozent). Weniger zufrieden sind die Patienten mit der Verbesserung ih-



Die Grundlagen für das menschliche Wohlfühl sind Freundlichkeit, Wärme, Vertrauen, Fürsorge und ein gutes Miteinander-Auskommen.

rund einer Million Fragebögen, die Patienten in den Jahren 2015 und 2016 jeweils zwei bis acht Wochen nach einem Krankenhausaufenthalt abgegeben haben. Erhoben wurden die Daten dieser größten kontinuierlichen bundesweiten Befragung von den AOKs und der BARMER in Zusammenarbeit mit der WEISSEN LISTE. Die hier zugrundeliegende Auswertung erfolgte durch das Berliner Forschungsinstitut IGES (ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen) im Auftrag der WEISSEN LISTE und der Bertelsmann Stiftung.

der besten Freundin weiterzuempfehlen. Diese Weiterempfehlungsbereitschaft ist ein Maß für die Gesamtzufriedenheit mit der Versorgung und wird daher synonym zum Begriff der Patientenzufriedenheit verwendet.

Manche Krankenhäuser werden demnach von fast allen Patienten ohne Einschränkung weiterempfohlen, bei anderen ist die Zufriedenheit nur etwa halb so groß. Die Unterschiede zwischen einzelnen Häusern – zunächst auch unabhängig von bestimmten Merkmalen – sind also beträchtlich.

res Gesundheitszustandes durch den stationären Aufenthalt (76,1 Prozent). Auch diese Werte variieren stark zwischen den 1.579 Krankenhäusern, die in der Studie berücksichtigt wurden. Nur 28 Kliniken kommen auf eine Weiterempfehlungsbereitschaft von 95 oder mehr Prozent, 15 liegen bei unter 60 Prozent.

Die detaillierte Auswertung der Fragebögen zeigt, dass es überall in Deutschland aus Patientensicht besonders gute und besonders schlechte Kliniken gibt. Allerdings ist das Gesamtniveau der Versor-

gung über alle Fachabteilungen in einzelnen Bundesländern deutlich höher als in anderen. Regionale Unterschiede in der Patientenzufriedenheit zeigen sich ebenfalls in den für die Grundversorgung wichtigsten Bereichen der Chirurgie und Inneren Medizin. Die Unterschiede bleiben auch bestehen, wenn man strukturelle Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Regionen berücksichtigt.

Große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern
Aus Patientensicht die beste Versorgungsqualität hat Sachsen. Ebenfalls gut schneiden die Krankenhäuser in Bayern und Thüringen ab. Bayern hat dabei viele Standorte mit besonders hohen Zufriedenheitswerten. In Sachsen und Thüringen gibt es kaum Krankenhäuser, die besonders schlecht beurteilt werden. Die erheblichen Investitionen in die Krankenhausstruktur sind sicher ein wichtiger Faktor für die positive Patientenbewertung sächsischer Kliniken, aber nicht der einzige Grund. Die anderen ostdeutschen Länder haben seit 1991 relativ gesehen mehr Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erhalten als Sachsen, ohne jedoch den gleichen Erfolg zu haben. Auch die grundlegende Neuorganisation der Krankenhauslandschaft nach 1990 könnte eine Rolle spielen.

Schlusslichter in der Patientenbewertung sind Bremen und Niedersachsen. Die überraschend negative Patientenbewertung in Niedersachsen könnte daran liegen, dass das Land keine Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan macht.

Es gibt auch große Unterschiede innerhalb der einzelnen Bundesländer. Besonders ausgeprägt sind

diese beispielsweise in Hamburg: Dort hat fast ein Viertel der Kliniken besonders hohe, knapp ein Drittel dagegen sehr niedrige Zufriedenheitswerte. Trotz einer insgesamt durchschnittlichen Patientenzufriedenheit bestehen damit große Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der Hansestadt.

Unterschiede zeigten sich in der Bewertung aber nicht nur zwischen den Regionen, sondern auch zwischen alten und jungen Patienten und zwischen Männern und Frauen. So bewerteten ältere Patienten ihren Klinikaufenthalt im Durchschnitt positiver als junge,

Bei einer neuen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen wird eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) gefördert, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung müsse es sein, die Schnittstellen zwischen den Sektoren und Professionen zu überwinden und eine kontinuierliche medizinische Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Sektorenübergreifende Versorgungsformen werden auch „Integrierte Versorgung“ genannt.

und Frauen waren kritischer als Männer. Ein Zusammenhang zeigt sich auch zwischen der Standortgröße und der Weiterempfehlungsbereitschaft. Hier lautet die grobe Formel: Mit steigender Bettenzahl nimmt die Zufriedenheit der Patienten ab, das gleiche gilt für die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt.

Zahl der ambulanten Ärzte wichtig
Die Überweisungs- und Nachsorgeverhalten im ambulanten Bereich wirkt sich maßgeblich auf die Patientenzufriedenheit aus. Kommen auf 100.000 Einwohner durchschnittlich 75 oder mehr Hausärzte, liegt die Weiterempfehlungsrate nach einem Klinikaufenthalt um fünf Prozentpunkte höher als in Regionen mit 50 oder weniger Hausärzten. Die Qualität von ambulanter und stationärer Versorgung könne man deshalb nicht unabhängig voneinander betrachten, so die Studienautoren. Es sei bereits lange bekannt, dass das Überweisungs- und Nachsorgeverhalten im ambulanten Bereich einen erheblichen Einfluss darauf habe, wie das Ergebnis der stationären Behandlung am Ende ausfalle. Die Autoren empfehlen deshalb, alle Möglichkeiten zu prüfen, öffentliche Fördermittel künftig stärker in sektorenübergreifende Strukturen zu investieren.

Patienten in der Entscheidungsfalle
Bisher gibt es keine allgemeingültige Orientierungsregel, die Patienten bei der Suche nach einem Krankenhaus zielsicher zu einer Klinik mit guter Versorgungsqualität führt. Alle Bundesländer verfügen über gute und schlechte Häuser. In entlegenen Regionen finden sich Kliniken mit überraschend guter Beurteilung, während in Ballungsräumen viele Patienten mit einem gewählten Krankenhaus im Nachhinein nicht sehr zufrieden sind. In prosperierenden Landstrichen überleben Häuser mit nur mittelmäßiger Bewertung, und auch in strukturschwachen Regionen sind gute Kliniken anzutreffen. In einer solch heterogenen Versorgungslandschaft brauchen die Patienten Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus mit qualitativ hochwertiger Ver-

sorgung. Systematisch aufbereitete, von einer unabhängigen Institution zur Verfügung gestellte Qualitätsinformationen sind dabei nicht nur für Patienten wichtig. Auch für die einweisenden niedergelassenen Ärzte wären diese Informationen hilfreich – trotz ihrer Erfahrung aus der Zusammenarbeit mit ört-

lichen und regionalen stationären Versorgern – und nicht nur, wenn es sich um seltene Krankheitsbilder oder Eingriffe handelt. Diese Qualitätsinformationen für Patienten und Einweiser sollten dabei neben der Patientenerfahrung auch Prozess- und Ergebnisqualitätsdaten der gesetzlichen Quali-

tätssicherung sowie Routinedaten umfassen. Die Daten aus Patientenbefragungen, gerade wenn es sich um indikationsbezogene Befragungen handelt, sollten jedoch ein fester Bestandteil dieser Qualitätsinformationen sein.

Quelle: Bertelsmann-Stiftung 1/2018

„ALFA“ und Pain Nurse

Nichts beeinträchtigt die Lebensqualität von Menschen mehr als Schmerzen. Ein gezieltes Schmerzma-

dingte Komplikationen reduziert, der Heilungsprozess beschleunigt und damit letztlich auch Kosten gesenkt werden. Das medizinische

einzuschätzen und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen entsprechende Maßnahmen zu koordinieren bzw. durchzuführen.



Nichts beeinträchtigt die Lebensqualität von Menschen mehr als Schmerzen. Etwa 70% der zu pflegenden Menschen im Krankenhaus, Heim oder Palliativeinrichtung haben akute oder chronische Schmerzen. Setzt man die Erkenntnisse der modernen Schmerztherapie konsequent ein, können diese Schmerzen gelindert oder sogar verhindert werden.

nagement kann jedoch vielen Menschen Schmerzen ersparen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzbehandlung können schmerzbe-

Assistenz- und Pflegepersonal hat häufig den engsten Kontakt mit den Schmerzpatienten. Zu ihren Aufgaben gehört es, auftretende Schmerzen frühzeitig zu erkennen,

Die qualifizierte Behandlung von Schmerzpatienten verlangt spezielle Kenntnisse über akute und chronische Schmerzen und die Besonderheiten der Schmerzbehandlung.

Zur Verbesserung des pflegerischen Umgangs mit Schmerzpatienten bieten Weiterbildungseinrichtungen von Kliniken Ausbildungsgänge zur sog. Algologischen Fachassistenz (ALFA) an. Ziel ist die Erlangung von wichtigen

Wissen, Förderung von Selbstverantwortung. Dauer und Umfang der Weiterbildungen sind zwischen den Anbietern unterschiedlich.



Fachkompetenzen für das pflegerische Schmerzmanagement und allen notwendigen pflegfachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement.

Zielgruppe sind Pflegende aus Anästhesie und Intensivpflege, im Altenpflegebereich, in Hospizeinrichtungen sowie Arzthelfer/innen.

Inhalte der Weiterbildungen sind zum einen die Vermittlung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Forschung entsprechenden Wissens über akute und chronische Schmerzzustände, spezielle Schmerzsyndrome, Verfahren der Schmerzdiagnostik und -therapie, der Einfluss von psychologischen Faktoren und moderne interdisziplinäre Therapiekonzepte. Zum anderen werden kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Schmerzpatienten vermittelt wie Beratung, Edukation, Anlei-

Einige Weiterbildungen basieren auf der Grundlage des Schmerztherapeutischen Curriculums für die integrierte Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Pflege der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Mit dem Lehrgang „Pain Nurse - Schmerzmanagement in der Pflege“ erlangen die Teilnehmer/innen alle wichtigen Fachkompetenzen für das pflegerische Schmerzmanagement. Dabei werden grundlegende Kenntnisse der Schmerzerfassung, Schmerzdokumentation sowie verschiedene therapeutische Verfahren vermittelt. Die Teilnehmenden erwerben so alle notwendigen pflegfachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement bzw. die Zertifizierung zum Schmerzfremden Krankenhaus. Schmerzen messen und professionell behandeln – das sind die Kernkompetenzen einer Pain Nurse. Die Pflegerin Gabriele Schmidt* berichtet davon, wie die Qualifikation ihren Arbeitstag verändert und warum ihr Wissen nicht nur dem Patienten dient.

Auf einer Skala von eins bis zehn – wo ordnen Sie Ihre Schmerzen ein?“, fragt sie den Patienten Günther Grüter*. Heute Morgen wurde seine Gallenblase chirurgisch entfernt. Gabriele Schmidt holte ihn vor vier Stunden aus dem Aufwachraum ab. Seither misst sie alle zwei Stunden mit der numerischen Analogskala (NAS) die Intensität seiner Schmerzen. Zusätzlich kontrolliert sie die Vitalzeichen, Atmung und den Wachheitsgrad. „Vier“, sagt Herr Grüter nach kurzem

Überlegen. Die Painnurse registriert seine angespannte Mimik und Körperhaltung. Sie unterstützt ihn dabei, in eine bequemere Seitenlage zu kommen. Dann dokumentiert sie die Aussage des Patienten in den Schmerzerfassungsbogen und überprüft das hauseigene Schema der Schmerzbehandlung. Danach hatte der Patient bereits das Schmerzmittel Novalgin erhalten. Ab einer Schmerzstärke von vier kann er gemäß dem Schema zusätzlich ein stärkeres Schmerzmittel gespritzt bekommen. „Viele Patienten neigen dazu, ihre Schmerzen zu verschweigen“, sagt Gabriele Schmidt und nennt unterschiedliche Gründe dafür: Sie fürchten zum Beispiel, „zu starke Medikamente“ zu bekommen oder „abhängig zu werden“. Einige denken, dass Schmerzen nach einer Operation „normal“ seien. Gabriele Schmidt kann diese Bedenken gut verstehen, früher hätte sie vielleicht auch so gedacht. Heute ist sie eine von über 2.000 deutschen Absolventen des Fernlehrgangs „Pain Nurse“. „Seither bin ich viel aufmerksamer und sensibler, wenn ich mit Schmerzpatienten umgehe“, sagt die Pflegefachkraft.

*Name geändert

Notstand auf Station

Ärzte und Pflegekräfte werden knapp

Den deutschen Krankenhäusern geht es nicht gut. Zu der ökonomischen Misere kommt wachsender Personalmangel. Der Notstand wird die kommende Regierung und das Parlament beschäftigen.

Krkrankenhäuser und Pflegeheime in Deutschland geraten zunehmend in Personalnot. Es fehlen Ärzte und Pflegefachkräfte. Auch die wirtschaftliche Situation der Unternehmen ist alles andere als rosig. 2016 haben 30 Prozent der Kliniken rote Zahlen geschrieben. Für 2017 erwartet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) keine Verbesserungen. Der Einnahmewachstum im stationären Sektor werde unter dem Ausgabenanstieg landen, lautete eine Prognose im Januar 2018.

Teuer ist für die Krankenhäuser vor allem das Personal, ein Dauerbrenner auch in der Politik. Krankenkassen und DKG sollen bis zum 30. Juni Personaluntergrenzen festlegen. Bundesärztekammer und Marburger Bund fordern Personalstandards auch für den ärztlichen Dienst.

Die Personalkosten und die nicht ausfinanzierten Tarifsteigerungen seien mitursächlich für die angespannte Finanzlage, teilte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum mit. "Zentrale Forderung ist die volle Ausfinanzierung der Personalkosten. Dazu gehört flankierend die Fortsetzung des Personalförderprogrammes in der Pflege", sagte Baum mit Blick auf die Verhandlungen von Union und SPD über eine Regierun- gsbildung. Derzeit seien zwischen 10.000 und 15.000 Pflegestellen in den Krankenhäusern nicht besetzt.

Tatsächlich stehen die Krankenhäuser und Pflegeheime vor einem wachsenden Personalmangel. Konkrete Zahlen hat jetzt die Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg (BWKG) geliefert. Knapp 45 Prozent der Klinik-Geschäftsführer im Südwesten bezeichnen die wirtschaftliche Situation ihrer Häuser als schlecht. Mehr als die Hälfte erwarten für 2017 einen negativen Wirtschaftsausschluss. 70 Prozent der Kliniken im "Ländle", 66 Prozent der Reha-Einrichtungen und 83 Prozent der Pflegeheime melden Probleme bei der Besetzung freier Pflegestellen.

Bei Ärzten sieht es kaum besser aus. 64 Prozent der Krankenhäuser und knapp 73 Prozent der Reha-Kliniken bekommen Arztstellen nur mehr schwer besetzt. Das Deutsche Institut für Pflegeforschung (dip) in Köln hat einen ambitionierten Masterplan Pflege vorgestellt. Demnach werden in den kommenden vier Jahren 100.000 zusätzliche Pflegestellen in Krankenhäusern, Altenheimen und bei den ambulanten

Pflegediensten benötigt. Um das Berufsbild aufzuwerten, sollten die Vergütungen um bis zu 30 Prozent angehoben werden, schlagen die Pflegeforscher vor. Zudem sollten jährlich rund zwölf Milliarden Euro "in Forschung, Innovation



Nach einer Erhebung des Deutschen Instituts für Pflegeforschung (dip) werden in den kommenden vier Jahre 100.000 zusätzliche Pflegestellen in Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten benötigt.

und hochschulische Pflegeausbildung" fließen. "Wer da wirklich was erreichen will, muss jetzt klotzen und nicht kleckern. Die aktuelle sehr gute Kassenlage gibt das her", sagte der Leiter des DIP, Professor Frank Weidner, Mitte November.

Das Argument, die benötigte Arbeitskraft stehe aktuell nicht zur Verfügung, lassen die Pflegeforscher nicht gelten. Bei konsequenter Umsetzung des Masterplans ließen sich zum einen die Teilzeitquote erhöhen zum anderen aber auch Kräfte aus der stillen Reserve gewinnen.

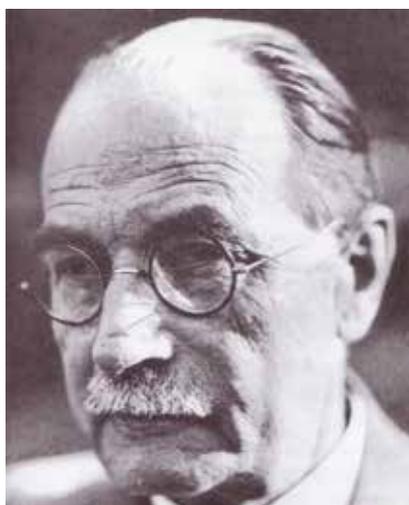
Quelle: Ärztezeitung online

CR

Viele Namen für eine nicht ganz CRPS-Morbus Sudeck-Sympathische Reflexdystrophie

Von Dr. med. N

Bevor man sich 1993 auf den momentan gültigen Namen CRPS (Chronic Regional Pain Syndrome) international geeinigt hatte, wurden viele andere Namen verwendet. Hier ist zum einen der Begriff „Morbus Sudeck“ bis heute ein fast ausschließlich im deutschsprachigen



Raum verwendeter Name. Der deutsche Chirurg Paul Sudeck hatte seine mittels der um das Jahr 1900 boomenden Röntgentechnik erlangten Befunde, die er bei Patienten mit atypischen schmerzhaften Heilverläufen gemacht hatte, veröffentlicht und somit seinen Namen für über hundert Jahre an dieses Syndrom geknüpft. Andere von Paul Sudeck für die Medizin erarbeiteten Verdienste im Bereich Anästhesie und in der Erforschung der Heilung von Knochenbrüchen sind weniger bekannt. Weitere Namen für dieses Phänomen lassen sich aus der vermuteten Ursache ableiten. So ist der Begriff „Sympathische Reflexdystrophie auf die Tatsache zurück-

zuführen, dass von manchen in einem Teil des autonomen Nervensystems, also dem Teil, zu dem wir normalerweise keinen bewussten Einfluss haben, die Ursache oder zumindest ein wesentlicher die Problematik aufrechterhaltender Faktor gesehen wird.

Das autonome Nervensystem ist in zwei anatomisch und funktionell getrennte Teile unterteilt. Den sympathischen Teil und den parasympathischen Teil. Hierbei ist der Parasympathikus für Ruhe, Verdauung und Entspannung zuständig, wobei der Sympathikus in Alarm- und Stresssituationen aktiv wird. Letzterer sorgt für optimale Muskelspannung, Blutdruck und Sauerstoffversorgung in gefährlichen Situationen oder in solchen, die wir als bedrohlich wahrnehmen (die es aber möglicherweise gar nicht sind).

Die Beobachtung, dass Schmerzen und auch andere verbundene Symptome bei manchen Patienten, die einen Morbus Sudeck hatten bei unterschiedlichem Stresseinfluss schlechter werden, veranlassten einige Mediziner zu teilweise extremen Schlüssen. So wurde in der Vergangenheit versucht, durch eine chirurgische Durchtrennung dieses sympathischen Nervenstranges (Grenzstrang) eine Heilung zu erwirken, was jedoch, wenn überhaupt nur für begrenzte Zeit erfolgreich war.

Später wurde mit der zunehmenden Einführung von Lokalanästhetika in die Medizin die Technik einer temporären Sympathikusblockade eingeführt, wobei in die Nähe eines sympathischen Nerven ein Lokalanästhetikum gespritzt wird, ohne dass der Nerv geschädigt wird und

wobei die Wirkung nach einiger Zeit von alleine wieder nachlässt. Diese Methode wird bis heute in vielen schmerztherapeutischen Einrichtungen eingesetzt. Leider kann man hiermit bei weitem nicht allen CRPS-Patienten eine ausreichende Linderung bewirken.

Die Tatsache, dass bei vielen Betroffenen das erkrankte Körperteil (meistens die Hand/der Arm, etwas seltener der Fuß/das Bein) deutlich überwärmt, schmerzhaft, rot-bläulich verfärbt, geschwollen und mit einer deutlichen Funktionseinschränkung imponierte, führte dazu, dass man eine Entzündungsreaktion als Ursache vermutete. So sind dies doch die Eigenschaften, die ein jeder Arzt schon ganz früh im Studium auswendig lernt (Kardinalsymptome der Entzündung/lateinisch: Dolor=Schmerz, Calor=Erwärmung, Rubor=Rötung, Tumor=Schwellung, Functio laesa= Funktionseinschränkung). Tatsächlich fand man bei der Untersuchung von Blut und Gewebeflüssigkeiten auch Botenstoffe, die man auch bei einer bakteriellen Entzündung findet. Einige noch heute angewendete medikamentöse Strategien basieren auf diesen Überlegungen, so wird mit wechselndem Erfolg Kortison, Vitamin-C und andere Medikamente eingesetzt, die in die Mechanismen einer Entzündung eingreifen sollen.

Dass der Knochenstoffwechsel ebenfalls zum Teil beachtlich verändert ist, stellte bereits Paul Sudeck bei seinen Untersuchungen fest. So ist der Kalksalzgehalt der Knochen bei den Betroffenen zum

PS

so seltene Schmerzerkrankung: ie-Kausalgie- Neurodystrophie- Algodystrophie u.a.

Nicolas Jakobs

Teil deutlich im Röntgenbild vermindert, wie bei einer lokal begrenzten Osteoporose. Auch dies wird therapeutisch versucht zu beeinflussen, indem zum Teil Medikamente bei einem CRPS verschrieben werden, die auch in der Therapie der Osteoporose eingesetzt werden. Dies hilft aber leider auch nicht immer und hat mitunter auch ernste Nebenwirkungen.

Die Beobachtung, dass bei vielen CRPS-Patienten die Körperwahrnehmung in unterschiedlichem Ausmaß gestört sein kann, hat dann letztlich zu Untersuchungen geführt, bei denen Veränderungen im Hirnstoffwechsel nachgewie-



sen werden konnten (Stichwörter: Neuroplastizität/fMRI). Diese Veränderungen waren sehr ähnlich zu denen, die auch bei Patienten mit Phantomschmerz nachweisbar waren. Nach erfolgreicher Therapie waren diese Veränderungen auch wieder rückläufig.

Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse sorgten dafür, dass das CRPS nun losgelöst von der ursprünglichen Ursache - häufig eine mehr oder weniger schwere Verletzung - betrachtet als eigenständige Erkrankung angesehen wird. Es handelt sich hiernach um eine zentra-

le Schmerzverarbeitungsstörung, was bedeutet, dass Reize, die zu jedem Zeitpunkt aus dem betroffenen Körperteil an das Gehirn gesendet werden, von diesem nicht mehr richtig verarbeitet werden. So ist vielen Betroffenen das Körperteil fremd oder man weiß nicht bei geschlossenen Augen, wo es sich befindet. Komplexe Bewegungen sind nur unter Blickkontrolle durchführbar.

Auf der anderen Seite sind die Reize, die nach der Fehlverarbeitung im Gehirn an das Körperteil zurückgesendet werden, häufig auch fehlerhaft. So kommt es zu verändertem Haarwachstum, vermehrter oder verringerter Schweißproduktion, die Durchblutung spielt verrückt, was zu Schwellungen und zu veränderter Hauttemperatur führen kann.

Diese Symptome sind sehr unterschiedlich ausgeprägt und komplex, je nach individueller Lage und Veranlagung, was den ersten

Buchstaben im Begriff CRPS (C= Complex) erklärt. Der zweite Buchstabe „R“ für regional ist ebenfalls durch die zuletzt genannten Erkenntnisse zu erklären. Regional bedeutet in diesem Fall, dass es sich um eine ganze Körperregion handelt, die schmerzhaft ist und nicht nur um einen umschriebenen Bereich. So ist immer der ganze Fuß oder die ganze Hand betroffen, wenn auch zum Teil in unterschiedlicher Ausprägung.

Der Fuß oder aber die Hand sind Regionen, die bei der Körper-

wahrnehmung erst im Gehirn durch das Zusammensetzen von Reizen unterschiedlicher Nerven entstehen. Ein einzelner Nerv ist nur für ein begrenztes Territorium zum Beispiel der Hand zuständig. Wer sich schon einmal den „Musikantenknochen“ gestoßen hat, der kennt das Territorium, für das der Ellenerv, der Nervus ulnaris, zuständig ist ganz genau. So erklärt sich also das „R“ in CRPS.

Die beiden letzten Buchstaben lassen sich jetzt relativ schnell erklären: „P“ steht für „Pain“, englisch „Schmerz“, und „S“ steht für „Syndrome“, was einer Summe einzelner Symptome entspricht.

Wer jetzt ganz den Faden verloren hat, der sei beruhigt. In Deutschland, Österreich und der Schweiz werden die meisten Ärzte wissen, was ein Morbus Sudeck ist. Die richtige Therapie zu finden, hängt viel von den individuellen Voraussetzungen des Betroffenen, dem Zeitpunkt der Diagnosestellung und damit des Therapiebeginnes und nicht zuletzt dem Verständnis der Therapeuten ab.



Der Autor, Dr. Nicolas Jakobs ist Leitender Arzt der Schmerzmedizin am DIA-KOVERE Friederikenstift in Hannover.

Weitere Artikel zum Thema „CRPS“ werden in den nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift folgen.

Die Kraft der Achtsamkeit

Der einzige Weg, das Leben zu spüren,
ist den gegenwärtigen Augenblick bewusst
wahrzunehmen und nicht am Leben vorbeizugehen.

Den gegenwärtigen Moment kannst du nur wahrnehmen,
wenn du aufmerksam, achtsam bist.

Wirklich aufmerksam bist du nur,
wenn du nicht alles bewertest und verurteilst.
Neutrales Beobachten und intensives
Genießen bedeutet, im JETZT zu sein.

Werde vom Lebensbewerter zum Lebensbeobachter
und damit zum Lebensveränderer!

Nicht hartes Training schult deine Achtsamkeit,
sondern regelmäßiges Nichtstun. Achte dabei vor allem auf
deinen Atem. So achtest du bald auf deine gesamten Sinne.
So hörst du schon bald wieder deine innere Stimme.

Achte dabei auf deine Gedanken.
Lasse nicht zu, dass wahllose Gedanken automatisch
kommen und dich ablenken.
Wähle deine Gedanken bewusst.

Wenn du achtsam mit deiner Umgebung
und deinen Gedanken bist,
fängst du an, dich wieder selbst zu spüren.
Mit Haut und Haar.

So kannst du dich auf dich selbst und
auf deine Wünsche fokussieren,
das Leben wieder neu spüren und vielleicht sogar
völlig neue mutige Schritte gehen.

(Regina Rademächers)



Welche Folgen hat der Abbruch einer Reha?

Krankenkasse oder Rentenversicherung haben die Rehabilitations-Maßnahme bewilligt, doch der Patient tritt sie nicht an oder bricht den Aufenthalt in der Reha-Klinik eigenmächtig ab. Welche Folgen kann der Abbruch einer Reha-Maßnahme haben?

In der Regel werden Reha-Leistungen von der Rentenversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung bezahlt. Sollten diese nicht zuständig sein, z. B. im Rentenalter, kommt die Krankenkasse infrage. Sind die Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt, besteht das Recht auf eine Reha. Doch wer beispielsweise bei der Kranken- oder Rentenversicherung einen „Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben“ stellt, hat laut aktueller Sozialgesetzgebung auch Mitwirkungspflichten. So müssen zum Beispiel die erforderlichen Angaben im Antrag richtig und vollständig sein. Um bei einem Nichtantritt oder einem vorzeitigen Abbruch keine Überraschungen zu erleben, sollte man sich vorher gut informieren und die Unterlagen sorgfältig durchlesen. In Zweifelsfällen helfen die großen deutschen Sozialverbände SoVD und VdK weiter.

Einen Antrag auf Reha-Leistungen kann man übrigens jederzeit aus persönlichen Gründen zurücknehmen. Doch auch das kann Folgen haben. So ist besondere Vorsicht geboten, wenn der Versicherte vom Kostenträger extra aufgefordert worden ist, ei-

nen Reha-Antrag zu stellen. Wird dieser dann zurückgenommen, ist das so, als ob man nie einen Antrag gestellt hat. Die Konsequenz kann sein, dass ein eventuell bestehender Anspruch auf Krankengeld entfällt.

Bricht man die Reha beispielsweise aus familiären Gründen ab, zahlt die Krankenkasse/Rentenversicherung für die tatsächlichen Reha-Tage. Nur für diese Tage müssen Patienten über 18 Jahre dann auch den

kann sich ein Abbruch wegen des Grundsatzes „Reha vor Rente“ auf einen möglichen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente ungünstig auswirken. Die Rentenversicherung kann erwägen, eine angedachte oder gezahlte Erwerbsminderungsrente zu versagen oder zu entziehen. Und zwar, wenn wahrscheinlich davon auszugehen ist, dass wegen der nicht in Anspruch genommenen Reha die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I).



Der vorzeitige Abbruch einer Reha-Maßnahme kann Folgen für spätere Anträge nach sich ziehen; Kosten entstehen dem Rehabilitanden dadurch nicht.

Eigenanteil von zehn Euro pro Tag zahlen. Bezüglich der Kosten für An- und Abreise sollte man sich mit der Kranken-/Rentenkasse und der Reha-Einrichtung abstimmen, da hierzu besondere vertragliche Regelungen existieren können.

Kann Erwerbsminderungsrente beim Reha-Abbruch entfallen?

Beim Rentenversicherungsträger sind bewilligte, aber nicht ange-tretene Reha-Leistungen nicht unmittelbar mit Kosten oder Schadenersatz verbunden. Allerdings

Rentenversicherungsträger oder Reha-Einrichtungen können die Reha-Leistungen generell versagen, wenn der Betroffene seinen Mitwirkungspflichten bei der Feststellung des konkreten Reha-Bedarfs (erforderliche ärztliche Untersuchungen) oder der Durchführung der Rehabilitation (Teilnahme) nicht nachkommt.

Wer seine Reha-Maßnahme eigenmächtig abbricht, indem er abreist oder einfach wegbleibt, hat keine Folgekosten zu befürchten. Das gilt auch, wenn die Reha-Einrichtung, beispielsweise aus disziplinarischen Gründen oder wegen mangelnder Mitwirkung, den Patienten nach Hause schickt.

Die Reha-Einrichtung genießt das Hausrecht. Verstößt ein Patient gegen die Hausordnung, kann dieser vorzeitig entlassen werden. Verursacht er zudem (Sach-) Schäden, muss er gegebenenfalls Schadenersatz leisten. Das ist aber kein sozialrechtliches, sondern ein zivilrechtliches Problem zwischen Einrichtung und Patient. Der Rentenversicherungsträger hat damit nichts zu tun.

Quelle VDK

Die Abhängigkeitsfalle – ein unterschätztes Problem

Eine regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln kann viele Gründe haben wie beispielsweise akute Schmerzen nach einem operativen Eingriff, Schmerzen der Wirbelsäule und der Gelenke, oder auch Migräneanfälle. Nicht bekannt und damit unterschätzt sind die Gefahren, die damit verbunden sind. Unter den 20 meistverkauften Arzneimitteln in Deutschland sind elf Schmerzmittel. Ca. ein Prozent der Deutschen nimmt täglich Schmerzmittel ein – dies bis zu zehnmal pro Tag. An täglichen Kopfschmerzen leiden drei Prozent der Bevölkerung. Wo liegt nun die besondere Gefahr? Obwohl in den Beipackzetteln der Schmerzmittel vermerkt, ist es vielen Menschen unbekannt, dass diese Medikamente als unerwünschte Nebenwirkung selbst Kopfschmerzen verursachen können. In diesem Fall spricht man von Analgetika induzierten Kopfschmerzen, die durch das Schmerzmittel selbst ausgelöst werden.

Die Fakten

65 Prozent der Patienten, die von Analgetika induzierten Kopfschmerzen betroffen sind, haben die Medikamente ursprünglich wegen einer Migräne eingenommen; 30 Prozent dieser Patienten nahmen das Schmerzmittel wegen eines Spannungskopfschmerzes ein; zwei von drei Patienten mit Analgetika induzierten Kopfschmerzen sind weiblich. Dass dies ein unterschätztes Problem ist, lässt sich an der Anzahl der deshalb aufgesuchten Ärzte ablesen: Im Durchschnitt sucht ein Patient, der von hartnäckigen Kopfschmerzen geplagt wird, fünf Mediziner auf. Insgesamt ist eine Abhängigkeit von Schmerzmitteln häufiger als eine von anderen Medikamenten. Prinzipiell kann jedes Analgetikum Kopfschmerzen auslösen, die Gefah-

ren liegen eher in der unwissenschaftlichen Anwendung.

12 bis 14 Prozent aller Frauen leiden unter Migräne, etwa halb so viele Männer. Die erschreckende Erkenntnis hierbei: Die häufigste Ursache für eine Migräne oder **Mischkopfschmerzen** an mehr als 15 Tagen pro Monat ist ein Schmerzmittelübergebrauch. Statistiken zufolge hat jeder dritte Erwachsene in Deutschland öfter oder ständig Rückenschmerzen, rund 60 Prozent der Deutschen litten innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal unter Rückenschmerzen.

Der Klassiker bei Kreuzschmerzen ist leider die Tablette. Fachleute empfehlen zwar, frühzeitig und ausreichend Schmerzmittel einzunehmen.

Zusätzlich sollten die Patienten allerdings auch eine Physiotherapie, ein Krafttraining oder eine sanfte Bewegungstherapie machen. Welches Präparat Schmerzgeplagte auch wählen, die Einnahme sollte nicht länger als drei Tage am Stück erfolgen. Wenn das Kreuz dann immer noch keine Ruhe gibt, sollte man besser einen Arzt aufsuchen. Denn:

Von jedem Schmerzmittel kann man auf Dauer abhängig werden. Unabhängig von den speziellen Risiken der Präparate wie Magenschmerzen erhöht sich die Gefahr eines Analgetika induzierten Kopfschmerzes mit jedem weiteren Tag der Einnahme erheblich.



Gute Therapie-Erfolge werden im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie erzielt. Hierbei werden neben medikamentösen Aspekten auch psychologische und ver-

Irreführende Symptome

Diese durch Analgetika ausgelösten Kopfschmerzen haben die Eigenart, oft selbst innerhalb eines Tages zwischen den Charakteristika einer Migräne oder eines Spannungskopfschmerzes zu wechseln, so dass ein neuer Kopfschmerztyp entsteht. Bei Einnahme von üblichen Schmerzmitteln

sind die Schmerzen beidseitig, von drückendem Charakter und leichter bis mittlerer Intensität, damit ähneln sie eher einem Spannungskopfschmerz. Tückisch ist, dass bei einem Übergebrauch von Triptanen, die für die Behandlung der Migräne etabliert sind, der vom Medikament verursachte Schmerzcharakter nun selbst dem der Migräne ähnelt. So kommt der Zusammenhang von Migräne und das Auftreten eines schmerz-

Erbrechen, Lärm-oder Lichtscheu hinzu; des Weiteren können Schwindel, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Kältegefühl, Verstimmungen und Schlafstörungen auftreten.

Das Problem wird größer

Ein beträchtlicher Anteil der Patienten mit Analgetika induzierten Kopfschmerzen leidet an erheblichen psychosozialen Problemen im Beruf oder in der Familie. 65 Prozent geben einen schweren Grad der Einschränkung ihrer Lebensqualität an. Bei diesen Patienten besteht durchschnittlich an 25 Tagen im Jahr Arbeitsunfähigkeit, neun Prozent der Betroffenen mussten deshalb ihren Beruf sogar aufgeben. Die meisten versuchen, das Mittel zu finden, das ihre Kopfschmerzen beseitigt. Sie können oftmals nicht glauben, dass die Kopfschmerzen durch die Medikamente unterhalten werden. Schließlich haben sie die Erfahrung gemacht, dass das Weglassen mit sicherer Regelmäßigkeit nach ein paar Stunden zu schlimmen Kopfschmerzen führt, und die Einnahme immerhin zu

eine – wenn auch kurze – Lindering bringt. Viele Patienten trauen sich ohne Schmerzmittel nicht aus dem Haus. „Da wird doppelt und dreifach kontrolliert, ob die Migränetabletten auch wirklich in der Tasche dabei sind. Denn nach vier bis fünf Stunden kommen die Kopfschmerzen in der Regel wieder, und nur durch erneu-

te Einnahme kann man den Tag überstehen – so sehen das viele Betroffene“, erklärt Dr. med. Michael Fritz, Neurologe und Schmerzspezialist am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach. Ärzten werde in diesem Zusammenhang häufig von Patienten geklagt, dass der Kopfschmerz trotz der Einnahme so vieler Medikamente nicht besser würde. Neben den eigentlichen Schmerzmitteln werden oft auch noch Beruhigungs-, Abführ- und Schlafmittel eingenommen. Bei der ärztlichen Untersuchung finden sich dann häufig bereits die Auswirkungen des Missbrauchs wie Gastritis, Ulcera, Anämie und Neuropathien.

Risikofaktoren

Es gibt kritische Schwellen für die Entstehung Analgetika induzierter Schmerzen: Der Wechsel von einem Medikament mit einem Wirkstoff auf ein Medikament mit mehreren Wirkstoffen, die Einnahme an mehr als zehn Tagen pro Monat, das Auftreten von Kopfschmerzen an mehr als 14 Tagen pro Monat.

Ein Übergebrauch wird in Einnahmetagen pro Monat definiert, die Dosis pro Tag wird hierbei erst einmal nicht berücksichtigt. Es gilt die Grenze von 15 Tagen für normale Schmerzmittel, für Triptane und Opiate besteht eine Grenze von 10 Tagen pro Monat. Einige Analgetika haben weitere spezielle Risiken: Triptane können eine episodische Migräne in eine chronische Form überführen, bei Opiaten herrscht nach einer Entzugsbehandlung die höchste Rückfallquote.

Therapie

Der wichtigste Schritt sei laut Dr. Fritz die Erkenntnis um Ursache und Wirkung. „Gerade, weil ich so oft und so viele Medikamente einnehme, sind meine Kopfschmerzen so schlimm!“ Erst wenn der Patient diese Einsicht erlangt habe, kön-



elt, bei der ein multiprofessionelles Team einen interdisziplinären Ansatz verhaltenstherapeutische miteinbezogen.

mittelinduzierten Kopfschmerzes zustande. Es entsteht ein Circulus vitiosus aus Kopfschmerzen: Einnahme von Analgetika, weitere Kopfschmerzen als Nebenwirkung, erneute Analgetika-Einnahme. Auf diese Weise entstehen schließlich in 80 Prozent der Fälle Dauerkopfschmerzen. Bei vier von fünf Patienten kommen außerdem Übelkeit,

ne die Therapie beginnen, so Dr. Fritz. Solange der kontinuierliche Schmerzmittelgebrauch fortgesetzt werde, könne kein Behandlungsverfahren eine nachhaltige Besserung erzielen. „Es gibt keine andere Lösung als eine Analgetika-Pause über rund acht Wochen“, bekräftigt Dr. Fritz.

Diese Pause führt bereits in 50 Prozent der Fälle zu einer Verbesserung im Verlauf der chronischen Kopfschmerzen. Begleitend zur Medikamentenpause sind eine Verhaltenstherapie, Ruhe und eine Reizabschirmung wichtig. Des Weiteren können Medikamente gegen Übelkeit und zur Schmerzdistanzierung notwendig werden. Wichtig sind die ausführliche Information und Aufklärung über die Zusammenhänge. Nur so lassen sich in Kombination mit den nichtmedikamentösen Maßnahmen Rückfälle vermeiden.

Verlauf

96 Prozent der so behandelten Patienten verlassen die Klinik ohne Dauerkopfschmerzen. Jedoch besteht das primäre Kopfschmerzleiden weiterhin und muss behandelt werden, damit nicht wieder das falsche Einnahmeverhalten eingeleitet wird. Es sollte mit einer Prophylaxe für Migräne und Spannungskopfschmerzen begonnen werden. Sollte dem Analgetika-Übergebrauch ein anderes Schmerzleiden zugrunde liegen, so ist dieses ebenfalls zu therapieren.

Hilfreich ist hier ein ganzheitlicher Therapieansatz, der außer der Medikamentenpause die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung berücksichtigt, die oft ihre eigenen Maßnahmen erfordert. Immer spielt eine gute Aufklärung über die Erkrankung selbst, aber auch über Zusammenhänge meh-

rerer Faktoren untereinander eine große Rolle. Besonders gute Erfolge werden im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie erzielt, bei der ein multiprofessionelles Team einen interdisziplinären Ansatz verfolgt. Hierbei werden neben medikamentösen Aspekten auch psychologische und verhaltenstherapeutische miteinbezogen. „Eine gut strukturierte Therapie ist das einzige Rezept, das gegen dauerhafte Schmerzen hilft. Nur so lassen sich langfristig Rückfälle vermeiden“, bekräftigt Dr. Fritz.



Der Autor dieses Artikels, **Dr. med. Michael Fritz** arbeitet am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach Abteilung

Neurologie/Schmerztherapie.

Kontaktdaten:

fon: 07202 - 61 3654

E-Mail: michael.fritz@srh.de

Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet:



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

erstmal etwas von mir: Stellt euch vor, mein Diener, der Geschäftsstellenleiter hat mich letztes Jahr mal wieder in mein Körbchen gelockt und es mit dem Gitter verschlossen. Ich ahnte schon, was kommt, wieder eine der schrecklichen Autofahrten. Ihr wisst doch, ich hasse Autofahren! Aber es hat diesmal gar nicht lange gedauert, da waren wir schon am Ziel, eine Pension. Eine Pension nur für Katzen. Da gab es ein tolles Zimmer mit ganz vielen Klettergerüsten und dazwi-

schen gemütliche Schlafplätze. Und vor allem gab es dort einige meiner Artgenossen, junge, alte, große und ganz kleine. Meinen Diener, den Geschäftsstellenleiter, habe ich sofort vergessen und mir erst mal meine neue Umgebung und meine Brüder und Schwestern angeschaut. Ich bin da sehr vorsichtig gewesen, denn man weiß nie, wie so ein alter Bruder reagieren könnte, wenn man ihn in seiner Ruhe stört. Aber ich habe mich sehr schnell eingewöhnt und Freundschaften geschlossen. Meine neue Dienerin, die Pensionsdame, war sehr nett und hat mich gut versorgt, so dass ich gar keine Sehnsucht nach meinem richtigen Zuhause hatte. Aber nach einigen Wochen stand mein richtiger Diener, der Geschäftsstellenleiter, wieder vor mir, um mich abzuholen. Die Autofahrt war dann auch nicht mehr so

schlimm. Zu Hause habe ich erstmal alle Räume und Schränke mit meinen Lieblingsplätzen inspiziert und festgestellt, dass es alles in Ordnung war. Nur meine Spielkameraden aus der Pension habe ich vermisst, und mein Diener, der Geschäftsstellenleiter konnte sie nicht so richtig ersetzen. Er gibt sich zwar Mühe, aber Katze bleibt eben Katze. Überhaupt, ich muss mich mal beschweren: Er hat nur noch wenig Zeit für mich, sitzt den ganzen Tag am Computer, liest und schreibt E-Mails und versucht wohl angeblich, die nächste Mitgliederversammlung vorzubereiten, die am 28. April in Berlin stattfinden soll. Im nächsten Heft werde ich euch berichten. Jetzt muss ich mich mal wieder bei ihm bemerkbar machen - wegen eines Leckerlis. Euch allen eine gute Zeit, und tschüüüü!

Muss man mit 80 Jahren noch Tennis spielen?

Die häufigste Schulteroperation bringt oft nichts, aber viele Ärzte glauben daran

Etwa 92.000 Patienten mit Schulterschmerzen unterziehen sich jährlich in Deutschland der „subakromialen Dekompression“. Bei diesem Krankheitsbild ist unter dem „Akromion“, dem vorderen gro-

Grad problemlos möglich. Dann setzen die Schmerzen ein, die bis etwa 120 Grad anhalten. Bei der Operation entfernt der Chirurg arthroskopisch, also mit der Schlüssellochtechnik, etwas von diesem Knochenfortsatz und den Weich-

erst zum Platzmangel. Zwar sind es später oft knöcherne Unebenheiten, die die Weichteile ebenfalls reizen, aber wenn man lange genug wartet, verschwindet die Schwellung – und damit auch der Schmerz – in etwa 40% der Fälle



Etwa 70 Prozent der Patienten mit Schulterschmerzen leiden an dem Impingementsyndrom; das ist eine Einengung im Schultergelenk, das die freie Beweglichkeit der Schultersehnen behindert. Mögliche Gründe sind eine ungünstige Form des Schulterdaches, Verschleißerscheinungen, Kalkablagerungen, Durchblutungsstörungen oder degenerative Veränderungen. Dabei ist häufig die Rotatorenmanschette beschädigt.

ßen Knochenfortsatz des Schulterblatts, zu wenig Platz, damit Sehnen und Schleimbeutel bei der Bewegung problemlos gleiten können. Dieses orthopädische Problem ist ein sogenanntes Engpass, oder Impingementsyndrom. Etwa 70 Prozent der Patienten mit Schulterschmerzen leiden daran. Man erkennt es bei der Untersuchung u.a. am „schmerzhaften Bogen“. Wenn der Patient den ausgestreckten Arm seitlich anhebt, ist das bis etwa 60, manchmal auch 90

teilen, um mehr Raum zu schaffen.

Weil aber die Ursache eines Einklemmungssyndroms nicht nur in einer entzündlichen Schwellung der Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel in der Schulterregion liegt, sondern bei Fortschreiten in einer Verkalkung (Tendinosis calcarea) der Region, hat diese Operation oft keinen Erfolg. Nur weil diese Schwellung mehr Raum beansprucht, kommt es in vielen Fällen überhaupt

von allein. Das sind die Selbstheilungskräfte des Körpers. Operiert man bei einem Engpasssyndrom zu einem bestimmten Zeitpunkt, sind die Schmerzen danach zwar ebenfalls oft weg. Die Frage ist aber schon: Liegt das an der OP – oder ist das der natürliche Lauf der Dinge?

Im Fachjournal „The Lancet“ erschien Ende 2017 eine große Studie über Sinn und Unsinn einer Schulterspiegelung (Arthrosko-

pie). Darin wurde gezeigt, dass die Operation fast die gleichen Effekte erzielt wie die Patienten gar nicht zu behandeln und einfach abzuwarten. Der niederländische Orthopäde Wim Scheurs erklärte dazu: „Leider ist es dann oft sehr schwierig, die Studienergebnisse in die tägliche Behandlungspraxis zu überführen. Die Ärzte, aber auch die Patienten glauben einfach felsenfest daran, dass die Behandlung, deren Unwirksamkeit gerade wissenschaftlich bewiesen wurde, doch wirkt.“

In der Studie wurde aber nicht die Operation mit einer Nichtbehandlung verglichen, sondern mit einer „Scheinoperation“. Dabei schauten die Ärzte lediglich mit einem Arthroskop in das Schultergelenk hinein, trugen aber kein Gewebe ab. Diese Schein-OP schnitt genauso gut ab wie die echte Schulter-OP. Solche Effekte kennt man seit langem, z. B. von Knieoperationen. Schon vor etwa 15 Jahren wurde eine ähnliche Studie an US-Veteranen veröffentlicht, die an altersbedingten

Knieschmerzen litten. Sie bekamen entweder eine Kniespiegelung, bei der man abgestorbenes Gewebe aus dem Kniegelenk entfernte, oder es wurden an den betäubten Patienten lediglich die für eine Kniespiegelung typischen kleinen Hauteinschnitte vorgenommen. Die Patienten wussten hinterher nicht, ob sie die echte oder die Schein-OP bekommen hatten – beides half gleich gut. Nicht nur bei Medikamenten, auch bei Operationen treten diese Placebowirkungen auf, selbst die Haltung des Therapeuten birgt solche Effekte. Inzwischen haben weitere Studien dieses Ergebnis bestätigt. Die Zahl der Kniespiegelungen bei altersbedingten Schmerzen hat deshalb weltweit deutlich abgenommen.

Aufgrund dieser Ergebnisse übernehmen in Deutschland die Krankenkassen die Kosten für Kniespiegelungen in vielen Fällen nicht mehr. Scheurs fordert, dass nun Schulterchirurgen mit aussagekräftigen Studien zeigen müssen, in welchen Fällen diese OP tatsächlich hilft.

Für Patienten mit starken Schulterschmerzen gibt es eine ganze Reihe anderer Behandlungsverfahren. Bewegung ist auf jeden Fall gut, Krankengymnastik und Muskelaufbautraining zum Beispiel, um bestimmte Muskelgruppen zu dehnen und andere zu stärken. Hinzu kommen Faktoren wie Akzeptanz und eine gute Anpassung. Allerdings müssen viele dieser Verfahren dringend in Studien viel besser untersucht werden, vor allem jetzt, da sich abzeichnet, dass die OP oft nicht hilft und gar nicht angebracht ist.

Wim Schreurs sagt: „Ein Teil des Problems liegt darin, dass wir es nicht akzeptieren können, älter zu werden. Dabei ist die langsame Degeneration der Gelenke ein Teil des Lebens. Ich meine: Muss man auf Teufel komm raus mit 80 noch Tennis spielen? Wenn man Menschen, die im hohen Alter gestorben sind, obduziert, sieht man, dass bei vielen eine bestimmte Sehne am Schultergelenk nicht nur abgenutzt, sondern sogar gerissen ist. Die älteren Menschen haben davon gar nicht viel gemerkt.“

Quelle: Spiegel.de

Wissenschaftliche Studien belegen, dass die Menschen, die sich in einer Selbsthilfegruppe engagieren, weniger unter ihrer Erkrankung leiden als Menschen, die sich keine Unterstützung suchen.

Hier lesen Sie einige Zitate aus unseren Selbsthilfegruppen:

„In meiner Familie mag ich es nicht mehr ansprechen, wenn ich Schmerzen habe. In der Gruppe finde ich immer ein offenes Ohr und Menschen, die sagen: „Genauso geht es mir.“ Wir überlegen dann gemeinsam Lösungswege für den Umgang mit unseren Lieben.“ (Bernd F., 56 Jahre)

„Durch mein Engagement für die Selbsthilfegruppe habe ich ein anderes Selbstverständnis bekommen. Mit meiner Erkrankung kann ich jetzt selbstbewusster umgehen, auch weil ich viel mehr über meine Erkrankung weiß.“ (Hannelore S., 68 Jahre)

„Durch die Gespräche in der Gruppe habe ich gelernt, dass es Schmerzkliniken gibt und wie diese arbeiten. Einmal war sogar ein Arzt aus einer Schmerzklinik bei uns in der Gruppe und hat uns von den Behandlungen und Erfolgen, die andere Patienten schon erzielt haben, erzählt.“ (Paul, 78 Jahre)

Beim Einkauf UVSD SchmerzLOS e. V. unterstützen

Ganz ohne zusätzliche Kosten können Sie die Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e. V. unterstützen, indem Sie Ihre Online-Einkäufe über das Portal „Gooding“ abwickeln. Der Käufer sucht sich einen der über 1600 Prämienshops aus, z. B. die Bahn. Man wählt vor dem Kauf eine Organisation aus, den man mit einer Prämie unterstützen möchte; in diesem Fall UVSD SchmerzLOS e. V. Der Kauf wird wie immer über den jeweiligen Onlineshop abgewickelt, und die gewählte Organisation erhält eine Prämie. Die Höhe der Prämien ist je nach Onlineshop unterschiedlich hoch. Zur Erleichterung kann der Nutzer die Gooding-Toolbar in seinem Browser installieren. Dann wird bei jedem Aufruf eines Prämienshops daran erinnert, mit dem Kauf eine gemeinnützige Organisation zu unterstützen.

Eine Anmeldung bei Gooding ist nicht notwendig. Allerdings kann der angemeldete Nutzer seine gesammelten Prämien in einer Liste kontrollieren. Gooding garantiert die Einhaltung der Datenschutzvorschriften. Das Ganze kostet keinen Cent extra, denn die Prämien kommen von den Unternehmen.

Frank O., der bereits mehrfach UVSD SchmerzLOS e. V. mit seinen Online-Käufen unterstützte, sagte: „Es ist so einfach, meinen Lieblingsverein zu helfen, ganz ohne Mehrkosten. So habe ich auch gleich eine hervorragende Entschuldigung, wenn ich mal wieder mehr gekauft habe, als ich eigentlich wollte.“

Nähere Informationen über <https://www.gooding.de/gutetat>

Über die Online-Verkaufsplatt-

form Amazon gibt es ebenfalls eine Möglichkeit, die Unabhängige Vereinigung SchmerzLOS e. V. mit Prämien zu unterstützen. Der Käufer wechselt in diesem Fall vor dem Kauf auf die Plattform www.smile.amazon.de und wählt dort die Organisation aus, der man Prämien zukommen lassen möchte. Allerdings beschränken



sich die Prämien in diesem Fall auf 0,5% der Einkaufssumme.

Hartmut Wahl,

2. Vorsitzender und Schatzmeister von UVSD SchmerzLOS e. V. sagt: „Bis jetzt sind die Prämien aus den Online-Käufen unserer Unterstützer noch überschaubar, aber es werden ständig mehr. Schön wäre es, wenn sich herumspricht, dass man unsere Patientenorganisation mit so geringem Aufwand und ohne zusätzliche eigene Kosten unterstützen kann.“

„In der Selbsthilfegruppe bekomme ich Informationen. Aber am besten gefällt es mir, dass ich alles, was mit den Schmerzen zu tun hat, ansprechen kann und Verständnis finde. Die Art der Schmerzen ist bei uns unterschiedlich, aber es eint uns, dass wir alle chronische Schmerzen haben.“ (Maike O., 45 Jahre)

Meine Psychotherapeutin hat mir die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe empfohlen. Glücklicherweise bin ich auf eine Gruppe von SchmerzLOS gestoßen. Dort habe ich so nette Menschen kennengelernt, das finde ich ganz toll. Besonderen Spaß macht es mir auch, wenn wir mal etwas anderes unternehmen, z. B. einen Ausflug machen oder im Sommer ein Eis essen gehen. Obwohl wir alle Schmerzen haben, lachen wir auch zusammen, was so gut tut.“ (Hanna, 39 Jahre)

„Durch die Aufklärung in der Selbsthilfegruppe weiß ich jetzt, welche Hilfen es für mich gibt, auch am Arbeitsplatz. UVSD SchmerzLOS e. V. hat mir dabei geholfen, einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen. Dafür bin ich unendlich dankbar.“ (Anne, 32 Jahre)

Komplementäre und alternative Therapien in der Schmerztherapie

Die meisten Patienten mit chronischen Schmerzen machen im Verlauf ihrer Schmerzerkrankung irgendwann Erfahrungen mit komplementären oder alternativen Therapien, da ihnen die „schulmedizinischen“ Angebote nicht genügend helfen. Während komplementäre

wurde oder als nicht hinreichend „wirksam“ betrachtet wird. Einige dieser Therapien haben mittlerweile jedoch im Rahmen konventioneller medizinischer Behandlungsangebote ihren Platz gefunden und werden von Ärzten empfohlen oder angeboten. Für viele Schmerzpatienten, die ihre

Einige Patienten schätzten an alternativen Verfahren besonders, dass die Therapeuten sich mehr Zeit für Behandlung und Diagnostik nahmen und sich nicht nur für das Schmerzgebiet, also das Symptom, sondern für den ganzen Menschen interessierten.



So berichtete eine Schmerzpatientin, dass ihr Osteopath sich mit dem ganzen Körper beschäftigte und ihr eine neue Gangtechnik beibrachte.

Am häufigsten erwähnt wurden Akupunktur, manuelle Verfahren wie Akupressur, Chiropraktik und Osteopathie, vereinzelte physikalische Verfahren, Homöopathie und Methoden, die auf die Veränderung geistiger und psychischer Prozesse abheben. Auch spezielle Bewegungsübungen sowie verschiedene Entspannungsv

Es gibt eine Vielzahl alternativer Verfahren, die oft sehr viel schonender sind als Medikamente. Nicht jede Methode ist dabei für alle gleichermaßen geeignet - jeder muss für sich selbst herausfinden, was ihm am besten hilft. Oft stellen sich die Erfolge der komplementären Therapieverfahren allerdings erst nach längerer Zeit ein.

Heilverfahren sich als Ergänzung zur Schulmedizin verstehen, beruhen alternative Verfahren auf Grundlagen, die meist nicht auf mit schulmedizinischem Denken basieren. Für die meisten dieser Methoden und Angebote gilt, dass ihre Wirksamkeit mit den bisher bekannten naturwissenschaftlichen Methoden noch nicht ausreichend untersucht

Erfahrungen im Portal Krankheitserfahrungen.de berichteten, stellen sie eine wichtige Ergänzung oder bei einigen auch die bessere Alternative zur Schulmedizin dar. Viele nutzen die Verfahren, um z.B. Operationen zu verzögern, zu umgehen oder auch Medikamente mit gefürchteten Nebenwirkungen zu ersetzen oder in der Dosis möglichst gering halten zu können.

verfahren wurden oft erwähnt. Es wurde für fast alle Methoden von leichten oder hervorragenden Erfolgen berichtet, aber auch darüber, dass manche Betroffene gar nicht davon profitierten oder die angewandte Methode sogar unangenehm fanden. Bei vielen Betroffenen waren die Verfahren eine Zeit lang wirksam, konnten dann jedoch Verschlechterungen



nicht verhindern. Manche fanden, dass die Therapien zwar keinen unmittelbaren Einfluss auf die Schmerzerkrankung hatten, dass sie aber zu einer besseren Lebensqualität und bewussterer Körpererfahrung beitrugen.

Akupunktur wurde von der Mehrzahl der Erzähler ausprobiert. Hier gingen die Berichte von völlig ausbleibender Wirkung über eine Schmerzlinderung, die jeweils kurzfristig anhielt, bis hin zu ihrer Bewertung als das Verfahren, das die beste Wirkung überhaupt entfaltete und einige sogar weitgehend schmerzfrei machte. Viele berichteten auch von Behandlungserfahrungen mit Osteopathie und Craniosacraltherapie, ebenfalls mit sehr unterschiedlichen Folgen von eher negativer oder ausbleibender Wirkung bis zu andauerndem Erfolg. Manche Betroffene machten Erfahrungen mit Neuraltherapie, mit pflanzlichen Heilmitteln und Hausmitteln, sowie von Verfahren, die den Körper entgiften sollten.

Während viele Menschen berichteten, dass sie sich sonst sehr auf homöopathische Medizin verließen, fanden sie für ihre Schmerzerkrankung durch homöopathische Medikamente meist keine spezifische Unterstützung – das ist durch Studien belegt.

Als großes Problem stellte sich heraus, dass zahlreiche Verfahren, die sehr gut halfen, häufig nicht oder nur in sehr geringem Maße von der Krankenkasse be-



Im Ohr „steckt“ der ganze Mensch, erkannte vor gut fünfzig Jahren der französische Arzt Dr. Paul Nogier. Die Ohrakupunktur ist bei richtiger Anwendung und in der Hand eines geschulten Arztes nebenwirkungsfrei und bei fachgerechter Durchführung nahezu schmerzfrei

zahlt werden, was viele Betroffene ärgerlich und unverständlich fanden. Viele erzählten, wie bitter es sei, deswegen hilfreiche Therapien abrechnen oder auf sie verzichten zu müssen. Wenn sie es sich leisten konnten, waren andere der Meinung, dass die Hilfe, die sie erhielten, auch einen hohen finanziellen Einsatz wert sei. So gab es Betroffene, die hilfreiche Therapien, die in der Klinik angewendet wurden, zuhause selbst bezahlen mussten. Andererseits fühlten sich manche bei einem Heilpraktiker so gut betreut, dass sie diese Therapien lieber selber bezahlten, als zu einem Arzt zu wechseln. Manche Behandlungen brauchen aber viel Zeit.

Als ein nicht zu unterschätzendes Problem wurde gesehen, dass Schmerzpatienten falsche Hoffnungen durch unseriöse Hilfsangebote gemacht wurden. Sie fühlten sich ausgenutzt, weil sie mit ihren großen körperlichen und seelischen Belastungen nach jedem Strohhalm griffen.

Gewünscht wurde auch, dass Ärzte komplementär-alternativen Methoden offener gegenüberstünden und nicht nur auf ihre eigenen Verfahren pochten. Hier wurden auch Stimmen laut, die sich von der Forschung wünschten, häufiger komplementäre und alternative Methoden zu überprüfen (auf diesem Gebiet ist die Internationale Gesellschaft für Komplementär- und Alternativmedizin - ISCMR - weltweit führend in der Forschung). Einige setzen sich mit der Frage auseinander, was an den Verfahren, für deren Wirksamkeit es keinen Nachweis gibt, letztlich effektiv sei und ob es sich um einen Placeboeffekt handle. Das Entscheidende war für sie jedoch, dass sie eine Schmerzlinderung erfuhren. Einige diskutierten, dass die innere Einstellung zähle, die man sich aber nicht einfach befehlen könne.

Quelle: *Gesundheitserfahrungen.de*





Für Sie gelesen

SCHMERZ LOS WERDEN

Von Sven Gottschling
und Lars Amend

„Jeder vierte Deutsche ist heute Morgen mit Schmerzen aufgestanden, vorausgesetzt dass er es geschafft hat aufzustehen“, sagt der Schmerzmediziner Prof. Dr. Sven Gottschling. Schmerzempfinden ist zwar eine lebenswichtige Sinneswahrnehmung, die uns warnt und schützt. Wird aber der Schmerz zu stark oder hält er dauerhaft an, brauchen wir ärztliche Hilfe. Und da liegt das Problem, das Gottschling und Amend in ihrem Buch „Schmerz Los Werden“ immer wieder anprangern: Es gibt nicht genügend Schmerztherapeuten. Das führt dazu, dass viele Menschen selbst in unserem zivilisierten und hochtechnisierten Land unnötig leiden müssen, weil sie nicht optimal behandelt werden.

Im Buch geht es um die vielen verschiedenen Facetten von Schmerzen. Eigene, durchaus starke, Schmerzerfahrungen z. B. bei und nach einer operativen Mandelentfernung, werden beschrieben. So stellen sich die Autoren auf dieselbe Stufe wie ein Patient, der Schmerzen hat. Viele medizinischen Zusammenhänge werden ohne Medizinerlatein gut verständlich beleuchtet, so dass gerade Menschen ohne Vorkenntnisse verstehen, wie es zu chronischen Schmerzen kommt, weshalb eine Schmerzlinderung gerade bei Kindern so wichtig ist, welche Auswirkungen die Psyche auf die Wahrnehmung hat oder dass bei einer ungünstigen Konstellation eine verbale Äußerung des behandelnden Arztes einen Patienten seelisch in den Abgrund stürzen lassen kann. Auch der Placebo- und Nocebo-Effekt werden verständlich erklärt. Die häufigsten Schmerzlokalisationen werden ausführlich beleuchtet und wie Menschen mit chronischen Schmerzen ein schnellerer Zugang zu einer wirkungsvollen Schmerztherapie ermöglicht werden kann. Im letzten Teil werden den Lesern Anlaufadressen und nützliche Websites genannt.

Die Autoren plädieren durchaus dafür, ein gesundes Leben mit Bewegung zu führen und selbst die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Sie raten beispielsweise dazu, einige der Schmerzauslöser, wie mangelnde Bewegung, eigenständig und selbstverantwortlich zu vermeiden. Auch frei verkäufliche Schmerzmedikamente werden zu oft und falsch eingenommen und können so selbst zum Schmerzauslöser werden. Geworben wird aber für das „Schmerzbefreiungsbuch“ mit diesen markigen Worten: ...“was wirklich hilft“. Da es sich um ein seröses Buch in einer gut verständlichen Sprache handelt, bleibt unklar, weshalb so knallig dafür geworben werden muss.

Alles in allem ein empfehlenswertes Buch, das sicherlich vielen Schmerzpatienten ein hilfreicher Begleiter auf dem Weg zum „Experten der eigenen Erkrankung“ und zum „Manager des eigenen Schmerzes“ sein kann. Es bleibt zu hoffen, dass es viele Behandler ihrer Patienten empfehlen werden.
Fischer, 2017,
ISBN 978-3596299225,
16,99 €

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

Andre Gidé
franz. Schriftsteller

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 des Bundesdatenschutzgesetzes und werden nur für satzungsgemäße Zwecke erhoben. Mit Angabe Ihrer Daten erklären Sie sich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung einverstanden. Andernfalls bitten wir um Mitteilung.

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 vornherein 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.

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

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

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:

SchmerzLOS e.V., Am Waldrand 9a, 23627 Groß Grönau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 03ZZZ00000258323

SEPA-Lastschriftmandat:

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

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

Kreditinstitut _____
IBAN _____

Datum, **Unterschrift** _____

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des Überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
SchmerzLOS e.V.

IBAN
DE78830654080004750187

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
D E _____ 06

Datum _____ Unterschrift(en) _____

Beleg für Kontoinhaber/Zahler-Quittung

Konto-Nr. des Kontoinhabers _____

Zahlungsempfänger
SchmerzLOS e.V.

IBAN
DE78830654080004750187

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 | fax 0451 - 5854 4626

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

Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

Titelbild: upixa/fotolia

S. 3: Photographee.eu/fotolia

S. 5: jcomp/fotolia

S. 6: Privat

S. 7: DOC RABE Media/fotolia

S. 9: Photocourtesy of Dr. Steven Richeimer

S. 10: anyaberkut/fotolia

S. 11: Boggy/fotolia

S. 12/13: kamasigns/fotolia

S. 15: cunaplus/fotolia

S. 18: glisic_albina/fotolia

S. 19: photophonie/fotolia

S. 18/19: Floydine/fotolia

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

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen): _____

Datum/Unterschrift: _____

Coupon im Fensterbriefumschlag absenden an:

UVSD SchmerzLOS e.V.
Home Office
Blücherstraße 4

23611 Bad Schwartau

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

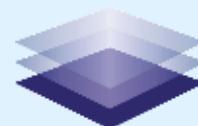
Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

SchmerzLOS e.V. ist wegen Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege nach dem letzten Freistellungsbescheid des Finanzamtes Lübeck, St.-Nr. 22/290/84957 vom 11.06.2015 für den Veranlagungszeitraum 2014 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftssteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuer-gesetzes von der Gewerbesteuer befreit. Es wird bestätigt, dass die Zuwendung nur zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege verwendet wird.

Zuwendungen (Spenden und Mitgliedsbeiträge) an SchmerzLOS e.V. sind nach § 10b EStG steuerlich abzugsfähig. Bis 200 Euro gilt diese Bestätigung zusammen mit Ihrem Kontoauszug als Nachweis.

Unser Service für Sie: Sie erhalten von uns bereits ab 25 Euro eine Zuwendungsbestätigung. Deshalb bitten wir Sie, Ihre Adresse mit Postleitzahl, Straße und Hausnummer deutlich lesbar einzutragen.

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



**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**

Unsere Förderer:



Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe (BUND)



BARMER



Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

Ort / Termin	Kontakt
Bad Honnef Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Bad Honnef Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
Berlin Jd. 1. Mittwoch 17 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin Jd. 3. Dienstag 12:15 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
Erding Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
Freiburg Termine bitte anfragen	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Göttingen Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
Güstrow Termine bitte anfragen	SchmerzLOS SHG Güstrow fon 03843 - 776 1037 info@schmerzlos-ev.de
Hamburg I Jd. 4. Mittwoch 18 Uhr	Silke Mattke fon 0176 - 5681 1686 silke.mattke@freenet.de
Hamburg II Jd. 2. Mittwoch 17 Uhr	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Hamburg III Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
Hannover Jd. 2. Freitag 18 Uhr	Carola Sigreithmaier fon 0170 - 494 7350 schmerzlos-shg-hannover@email.de
Harsefeld Jd. 4. Donnerstag 18:30 Uhr	Sabine Linngrön fon 04166 - 848 348 linnagroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de
Herten Jd. ltzt. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Herten fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Jena Jd. 1. Montag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Jena fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de

Ort / Termin	Kontakt
Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
Kiel Termin bitte anfragen	Christine B. fon 0431 - 545 8505 info@kiel.schmerzlos-ev.de
Köln Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
Lübeck I Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Lübeck II Jd. 2. Dienstag 18 Uhr	Andrea Freistein fon 01577 - 1960 417 freistein@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Lübeck III Jd. 3. Dienstag 17 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
84453 Mühldorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr gen. Termin anfr.	Stephanie Breiteneicher CRPS- Gruppe fon 01579 - 2317200 muehldorf@crps-miteinander-
München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. Termin anfr.	Nils Stefan Güthlein CRPS-Gruppe fon 01579 - 2330100 muenchen@crps-miteinander- bayern.de
Neumünster I Jd. 1. Montag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
Neumünster II Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
Schleswig Jd. 2. Donnerstag 16:30 Uhr	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 c.doormann-erken@gmx.de
Schwerte I Jd. letzt. Montag 17:30 Uhr	Jürgen Pape fon 02304 - 237 30 27 j.pape-do@t-online.de
Schwerte II Jd. 1. Dienstag 17:30 Uhr	Martin Münsterteicher fon 02301 - 48 63 martin@schwerte.schmerzlos-ev.de
Schwerte III Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
Steinfeld Freitags, 19 Uhr gen. Termin anfr.	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com

Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?

Dann zählen Sie zu einer großen Gemeinschaft. 22 Mio. Deutsche leiden an chronischen Schmerzen. Im Gegensatz zum akuten Schmerz hat bei diesen Menschen der Schmerz seine wichtige und gute Warnfunktion verloren; er hat sich zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit entwickelt. Es ist ein sogenanntes Schmerzgedächtnis entstanden, d. h., im Gehirn sind Informationen gespeichert, die dauernd oder in Intervallen schmerzauslösende Signale senden.

Chronische Schmerzen verändern das Leben. Neben Einschränkungen im alltäglichen Leben stellen sie eine starke psychische Belastung dar, die von den Betroffenen oft allein nicht mehr bewältigt werden kann.

Selbsthilfegruppen können da eine große Hilfe sein. Sie bieten durch den Kontakt zu anderen Betroffenen eine Möglichkeit zum Erfahrungs-Austausch und ermöglichen in einem geschützten Bereich den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen.

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

Ein weiteres Projekt der UVSD SchmerzLOS e.V. heißt „Schmerzbewältigung durch Bewegung“. Damit erhalten Schmerzpatienten im Rahmen des Rehabilitationssports Möglichkeiten zur gezielten Bewegungstherapie unter Anleitung von Physiotherapeuten. Durch das Training in Gruppen wird neben der schmerzlindernden Bewegungstherapie auch gleichzeitig die Sozialkompetenz gesteigert.

Mit ihren Aktivitäten will die UVSD SchmerzLOS e.V. Menschen zusammenführen, Gruppen vernetzen und mit allen Akteuren im Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Dafür brauchen wir IHRE Unterstützung! Werden Sie Mitglied und stärken Sie damit unsere Gemeinschaft.

Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland | UVSD
SchmerzLOS e.V. 