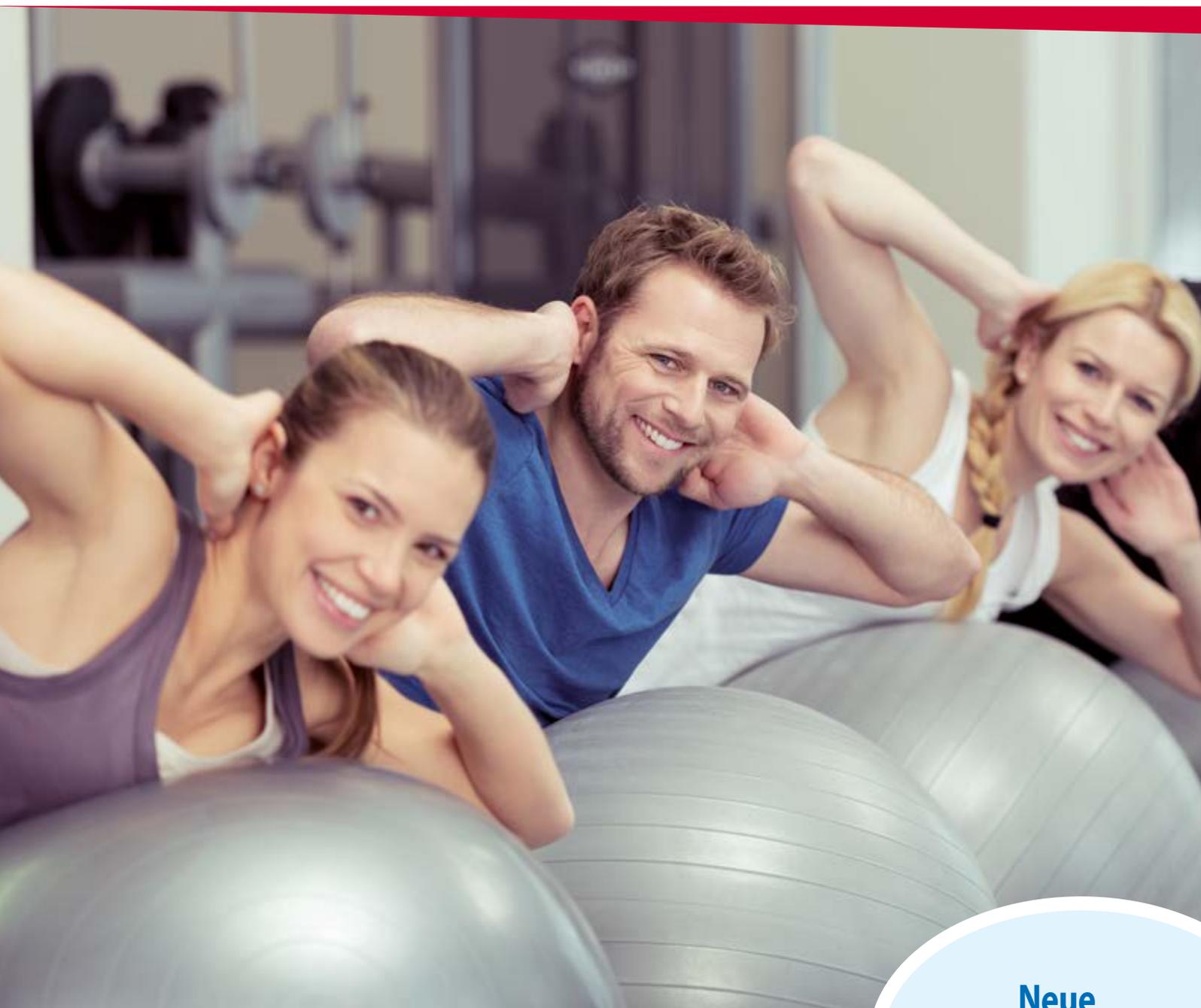


1/2022
Kosten: 5,50€
Für Sie: 0,00€

SchmerzLOS AKTUELL



**Neue
Geschäftsstelle**
(Seite 3)

Tiergestützte Schmerztherapie

Ergotherapie in der Behandlung von Schmerzen



Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,
wir haben weitere Verbesserungen für Sie zu vermelden: Unsere Geschäftsstelle ist umgezogen nach Neumünster (s. S. 3). Nun können wir noch besser zum Wohl aller Schmerzpatienten ehrenamtlich tätig sein. Beteiligen Sie sich gern an unserer Spendenaktion für die Ausstattung unserer neuen Geschäftsstelle! Vielen Dank den vielen Engagierten, die beim Umzug und bei der vielen Arbeit helfen.

Entsprechend dem Spruch für diese Ausgabe sind nun die Rahmenbedingungen dafür geschaffen, in der Zukunft noch stärker auf die Bedürfnisse und Nöte der betroffenen Schmerzpatienten in der Öffentlichkeit aufmerksam machen zu können.

Dieses Heft bietet Ihnen wieder viele nützliche Informationen. Dabei reicht das Themenspektrum von tiergestützter Therapie über Ärger mit der Krankenkasse bis hin zur Ergotherapie aus therapeutischer Sicht und aus der Sicht eines Patienten.

Schreiben Sie uns in einem Leserbrief gern Ihre Meinung zu allen Themen!
Passen Sie in dieser besonderen Zeit weiterhin gut auf sich auf!

Ihre *H. Norda*

**Lebe für die Zukunft,
denn die Vergangenheit
kannst du nicht mehr
ändern.**

Inhalt

Neue Geschäftsstelle in Neumünster	3
Mona berichtet:.....	3
Ergotherapie in der Behandlung von Schmerzen	4
Chronische Schmerzen behandeln mit EMDR -	9
Tiergestützte Schmerztherapie	12
Faszien-Training kann Verspannungen lösen	14
Sitzmeditation	15
Mit chronischen Schmerzen umgehen lernen, durch Verstehen.....	16
Schmerz ist Energie am falschen Ort	18
Soll man im Job über chronische Erkrankung reden oder nicht?.....	19
Ärger mit der Krankenkasse?	20
Schmerzpatienten live im Psychologie-Seminar an der Uni Lübeck.....	22
Please hold the line.....	23
Informationen, die weiterhelfen.....	24
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	25
Das bieten wir unseren Mitgliedern und der Öffentlichkeit:	26
Wir arbeiten unabhängig und transparent	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	28

Impressum

SchmerzLOS AKTUELL – erscheint 4 x pro Jahr.

V.i.S.d.P./ Redaktion: Heike Norda
Vorsitzende UVSD SchmerzLOS e.V.
Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten
in Deutschland
Fürstthof 24, 24534 Neumünster
Tel.: 0 43 21 - 8 77 62 55
E-Mail: info@schmerzlos-ev.de

Gestaltung: Stephanie Breiteneicher

Titelfoto: contrastwerkstatt / Stock.adobe

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



Neue Geschäftsstelle in Neumünster

UVSD SchmerzLOS e. V. hat seit Anfang Januar die neue Geschäftsstelle bezogen. Bisher gab es drei Adressen in Lübeck und Bad Schwartau, an denen der Verein vertreten war. Nun konnte alles an einen Ort gebracht werden. Die Adresse der Geschäftsstelle ist:

**UVSD SchmerzLOS e. V.,
Fürsthof 24, 24534 Neumünster.**

Die neue Telefonnummer lautet: **043 21 - 877 62 55**

Ein weiterer Vorteil des neuen Büros ist, dass nun alle ehrenamtlich Tätigen, die dem Vorstand bei den umfangreichen Verwaltungstätigkeiten helfen möchten, ungehindert und autark in den neuen Räumen arbeiten können. Den anstrengenden Umzug Ende Dezember bewältigten Nicolas Jakobs, Helge Libera und Heike Norda gemeinsam.

Der erste Ehrenamtliche, der sich in die Buchhaltungsvorgänge einarbeitet, ist Helge Libera, Mitglied des erweiterten Vorstands. Aus Hannover reiste er bereits für mehrere „Arbeitswochenenden“ an.

UVSD SchmerzLOS e. V. hat sich vorgenommen, verstärkt auf Nachhaltigkeit zu achten. Aus diesem Grund wurden die benötigten Möbel von einem gemeinnützigen Verein

gebraucht gekauft. Die Vorsitzende, Heike Norda, sagte: „Im letzten Jahr haben wir unsere Werbegeschenke auf nachhaltige Produkte umgestellt. Nun sind wir beim Kauf der Möbel genauso konsequent vorgegangen. Die erworbenen Sachen sind einwandfrei, weshalb also sollte man sie nicht gebraucht kaufen, zumal die Weltbevölkerung immer mehr Probleme mit den Abfallbergen bekommt. Wer eines unserer Werbegeschenke zum Selbstkostenpreis erwerben möchte, schaue bitte auf der Website unter www.uvsd-schmerzlos.de/verein/mini-shop/ nach.“

Gern nimmt der Verein auch Ihre Spende für die Büroausstattung entgegen. Spenden Sie auf unser Bankkonto (siehe S. 2) oder noch einfacher mit PayPal (www.uvsd-schmerzlos.de/verein/spenden/).

Im Jahr 2021 wurde die Arbeit des Vereins mit Spenden in Höhe von Euro 2.140,- unterstützt. Wir sagen an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön für Ihre tolle Unterstützung! Mit Ihren Spenden können wir ratsuchenden Schmerzpatienten noch besser helfen, unsere Leitungsteams nachhaltiger schulen und eigene Medien finanzieren, zu denen auch diese Ausgabe der SchmerzLOS AKTUELL gehört, die vierteljährlich mit einer Auflage von 5.000 Stück erscheint und verschickt wird.



Mona berichtet:

heute muss ich von euch Abschied nehmen! Mein Diener hat im Dezember seine ehrenamtliche Mitarbeit bei UVSD SchmerzLOS e. V. aufgekündigt. Einige Freunde aus dem erweiterten Vorstand haben Ende Dezember 2021 das Vereinseigentum abgeholt. Da konnte ich die Chance nutzen und beispielsweise unter dem Anhänger sitzen oder mich hinter den Kartons in dem Lager verstecken. Da aber zügig alles eingeladen wurde, bin ich zum Schluss doch zurück in meinen Korb spaziert. Mir war das alles zu viel Wirbel. Nun bin ich ein bisschen traurig, weil ich nicht mehr für euch aus meinem Alltag berichten kann. Meine beste Freundin hat mich aber getröstet und mir gesagt, dass ihr alle weiter an mich denkt. Sie hat auch schon jemand anderen, der ab der nächsten Ausgabe aus seinem tierischen Alltag für euch berichten wird. Hoffentlich liest mein Diener mir das dann

auch immer vor! Naja, wenn ich miaue und um seine Beine streiche, wird er wahrscheinlich wissen, was ich möchte. Oder vielleicht doch nicht?

Zum letzten Mal wünsche ich euch allen eine gute Zeit und sage: Tschüüüs!

”

Hallo liebe Leser und Leserinnen,

“

Ergotherapie in der Behandlung von Schmerzen

Der eine oder andere Leser wird im Laufe seiner Schmerzerkrankung schon Erfahrungen mit Ergotherapie gemacht haben. Aber was bedeutet eigentlich Ergotherapie? Was machen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen?

Wikipedia sagt:

Die **Ergotherapie** (von altgriechisch ἔργον érgon, deutsch ‚Werk‘, ‚Arbeit‘, und von „Therapie“ von θεραπεία therapéia, deutsch ‚Dienst‘, ‚Behandlung‘) ist eine Therapieform, die sich mit der Ausführung konkreter Betätigungen und deren Auswirkungen auf den Menschen und dessen Umwelt befasst. Beeinträchtigungen werden durch den gezielten Einsatz individuell sinnvoller Arbeit behandelt. Dabei nehmen die persönliche und sozio-kulturelle Bedeutung der Tätigkeit, deren Auswirkungen auf die Gesundheit und deren Wechselwirkungen mit der Umwelt einen hohen Stellenwert ein.

(<https://de.wikipedia.org/wiki/Ergotherapie>)

Hier ist unter anderem auch zu lesen, dass sich Ergotherapie unter anderem aus beschäftigungs- und arbeits-therapeutischen Verfahren und Methoden zu Beginn des 20. Jahrhundert entwickelt hat.

Ergotherapie jedoch als reine Beschäftigungstherapie zu degradieren, wird dem sehr komplexen Feld der Ergotherapie nicht ansatzweise gerecht.

In diesem Artikel wird Ergotherapie aus der Sicht eines Patienten und einer Therapeutin vorgestellt. Ziel ist es, am Beispiel CRPS (Chronisches Regionales Schmerzsyndrom) dem Leser den hohen Stellenwert der Ergotherapie zu vermitteln.

Sicht der Ergotherapeutin:

Ein CRPS kann auch nach einem Bagatelltrauma auftreten. Vegetative Zeichen wie Schwellung, verändertes Nagelwachstum, vermehrter Haarwuchs, Schwitzen, Temperaturdiskrepanzen zwischen linker und rechter Extremität, sowie ein verändertes Hautbild sollten deshalb immer abgefragt, im Auge behalten und als

Warnsignal im Hinterkopf betrachtet werden. Treten diese Symptome nach einer Verletzung gepaart mit vermehrten, nicht immer klar lokalisierbaren Schmerzen auf, sollte ein CRPS in Betracht gezogen werden und der Patient mit Verweis auf die vorliegenden Anzeichen zur Abklärung zum Arzt geschickt werden. Das frühe Erkennen der Erkrankungen und die damit schnelle therapeutische Intervention sind hier wichtig, denn diese kann zu einem frühen Zeitpunkt noch eine langfristige Chronifizierung verhindern.

Wie der Name schon sagt, ist das CRPS komplex und komplex ist auch seine Behandlung.

Für alle Therapeuten sollte aber an oberster Stelle stehen: Den Patienten und seine Schmerzen ernst nehmen, nicht in den Schmerz arbeiten, nicht bagatellisieren und den Patienten dort abholen, wo er gerade steht.

Patienten mit CRPS können oft nicht verstehen, wie eine (oft scheinbar kleine) Verletzung so massive und in das Leben einschneidende, langwierige Auswirkungen haben kann. Hier sind Aufklärung und Unterstützung wichtig, denn auch das Umfeld des Patienten hat meistens noch nie von dieser Krankheit gehört und somit aus Unwissenheit häufig wenig bis kein Verständ-



nis für den langen und unsteten Verlauf. Nicht selten hören Patienten (leider auch noch viel zu häufig von Ärzten und Therapeuten), sie sollen sich nicht so anstellen und mehr üben.

In dieser Situation sollte der Patient im besten Fall schon soweit aufgeklärt und gestärkt sein, dass er weiß: In den Schmerz arbeiten ist kontraproduktiv und beim CRPS ist oft weniger mehr.

Das schwierigste in der Behandlung ist der unstete Verlauf beim CRPS. Es ist hier nämlich nicht so, dass das, was an einem Tag Linderung verschafft, auch am nächsten Tag gut tut, und dass Übungen, die in der letzten Einheit problemlos möglich waren, auch in der nächsten Einheit ausgeführt werden können. Vielmehr ist es oft ein Auf und Ab. Schon minimalste Veränderungen beeinflussen den Verlauf. Das kann eine reflexartige Bewegung, eine Wetterveränderung, ein stressauslösendes Ereignis oder ähnliches sein.

So vielfältig wie die Symptome und der Verlauf des CRPS sind auch seine Behandlungsmöglichkeiten. Dabei gibt es nicht "den" Weg.

In jeder Einheit muss individuell geschaut werden, was an dem Tag möglich ist.

Oftmals ist eine direkte Behandlung der betroffenen Extremität anfangs noch gar nicht möglich. Schmerzen, Angst vor den Schmerzen sowie direktes vegetatives Feedback lassen dies nicht zu.

Trotzdem ist eine adäquate, zielführende Behandlung möglich.

Ein großes Problem beim CRPS ist häufig, dass der Patient den Bezug zu seiner betroffenen Extremität verliert. Dauerhafte Schmerzen und das "nicht funktionieren" können dazu führen, dass die Extremität

im Alltag nicht mehr eingesetzt und nach Möglichkeit nicht mehr beachtet wird. Dieses Verhalten verändert die Wahrnehmung und die kortikale Organisation. Bildlich gesprochen verändert sich die Hirnkarte, und das Hirnareal für die betroffene Extremität schrumpft und hat Fehlinterpretationen zur Folge. Manche Patienten können sich ihre betroffene Extremität nicht einmal mehr vorstellen. Statt eines Körperteils ist da nur ein schwarzes Loch, ein anders aussehender Fremdkörper oder ein Amputationsstumpf in ihrer Wahrnehmung.

Ein möglicher Therapieansatz ist hier die Spiegeltherapie.

Bei der Spiegeltherapie handelt es sich im Prinzip um ein Hirnleistungstraining, das sich mit Hilfe von Imagination die Neuroplastizität zu Nutze macht. Hierbei wird ein Spiegel vor der Körpermitte aufgestellt und die nicht betroffene Extremität im Spiegel angeschaut. Durch die Illusion, die mit Bewegung, sensibler Reizsetzung oder komplexeren aktiven Übungen gekoppelt werden kann, werden veränderte Hirnareale stimuliert und können sich wieder neu organisieren. Bei wiederholter Anwendung kann sich das veränderte Körperschema normalisieren, physiologische, lockere Bewegung angebahnt und Schmerzen reduziert werden.

Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen früher oder später unweigerlich zu Schonhaltung, erhöhtem Muskeltonus und Ausweichbewegungen. Ein Bewusstsein hierfür aufzubauen und eigene Kompensationsmuster zu erkennen, ist ein wichtiger Schritt bei der Behandlung und ohne therapeutische Unterstützung kaum möglich. Der Patient muss erst einmal gezeigt bekommen, was physiologische Haltung und Bewegung sind. Nur so kann er die eigenen Kompensationsmuster erkennen und durchbrechen. Geschieht dies nicht, kann eine Verletzung der Hand beispielsweise schnell auch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in Ellenbogen oder Schulter nach sich ziehen. Behandlungen auf der faszialen Ebene erzielen hier gute Erfolge. Um zusätzlich Entlastung zu erreichen, ist auch eine Hilfsmittelberatung sinnvoll.

Einen nicht unwesentlichen Teil der Behandlung bilden oftmals Entspannungsübungen. Viele Patienten empfinden dies anfangs als unnötig und fühlen sich auch manchmal psychosomatisch abgestempelt. Der Hintergrund ist aber nicht, dass Therapeuten davon ausgehen, es liege ein eher psychisches Problem vor.

Bei Schmerzen werden automatisch Muskeln angespannt. Erhöhte Anspannung der Muskulatur wiederum verstärkt Schmerzen. Dieser Teufelskreis kann durch Entspannungsverfahren durchbrochen werden. Auch vegetative Zeichen können hierdurch sehr gut reduziert werden.

Viele sehen auch nicht, dass eine CRPS-Erkrankung an sich auch schon Stress mit sich bringt. Ständige Schmerzen, ein unvorhersehbarer Verlauf, Schlafstörungen,



Zeichnung © Michael Bauer

Konzentrationsstörungen, der Verlust der Arbeitsfähigkeit, Zukunfts- und Existenzängste stellen eine ständige physische und psychische Dauerbelastung dar, welcher entgegengewirkt werden muss.

Die Möglichkeiten der Entspannungsverfahren sind zahlreich und reichen von Autogenem Training oder Progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson, über Yoga bis hin zu Bio- oder Neurofeedback.

Das einfachste und jederzeit Umsetzbare hierbei sind Atemübungen. Ausatmen ist immer mit Entspannung, einatmen mit Anspannung verbunden. Wenn bewusst etwas länger aus- als eingeatmet wird, ist das schon der erste Schritt, etwas zur Ruhe zu kommen und den Schmerz gleichzeitig positiv beeinflussen zu können.

Eine Schmerzsymptomatik hat auch immer eine vegetative Komponente. Über verschiedene Tests am Rücken kann der betroffene Wirbelsäulenbereich gefunden und anschließend behandelt werden. Je nachdem, ob eine erhöhte oder reduzierte Sympathikusaktivität vorliegt, gestaltet sich die Behandlung mit dem Setzen dämpfender oder aktivierender Stimuli. Es ist auch möglich, dass sich ein Wirbelkörper in einer Fehlstellung befindet und dadurch eine vegetative Dysfunktion auslöst, dann ist zunächst die Wirbeldysfunktion zu behandeln. Aus dem betroffenen Wirbelsäulenbereich können zusätzlich Organsysteme abgeleitet werden, welche ggf. ebenfalls Einfluss auf die CRPS-Symptomatik haben.

Probleme können aber auch direkt im Bereich der Nervenbahnen auftreten. Diese können sensible oder motorische Auswirkungen haben. Auslöser können sowohl Traumata als auch körpereigene Klemmstellen sein.

Klemmstellen sind Strukturen, die durch erhöhten Tonus oder minimale Fehlstellungen Druck auf einen oder mehrere Nerven ausüben. Die meisten CRPS-Patienten haben sowohl Missempfindungen wie Kribbeln oder eine erhöhte /reduzierte Sensibilität als auch Bewegungseinschränkungen in der betroffenen Extremität. Ein systematisches Behandeln der möglichen Klemmstellen ist hier sinnvoll.

Das Anfertigen einer dynamischen oder Lagerungsschiene kann in manchen Fällen hilfreich sein, in anderen eher kontraindiziert.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Behandlungsmethoden, wie Ultraschall, Kohlensäurebäder, Kälte- oder Wärmeapplikation, Sensibäder, Lymphdrainage, Tape Anlagen und vieles mehr.

Wichtig in der Behandlung ist immer, die Grenzen des Patienten wahrzunehmen und einzuhalten, zu motivieren und erzielte Fortschritte aufzuzeigen. Verständnis dafür zu haben, dass Patienten manchmal einfach frustriert und ungeduldig sind und sich nicht immer genauso über minimale Verbesserungen freuen können



wie der behandelnde Therapeut. Unerlässlich ist es, immer in der nächsten Einheit zu fragen, wie es nach der letzten Therapiesitzung war, denn der Therapieeffekt, positiv oder negativ, setzt oftmals erst verspätet ein.

Die Behandlung an sich kann also für den Moment sehr gut verlaufen, im Nachhinein aber zu viel für den Körper sein und den Rest des Tages vermehrt Schmerzen auslösen, umgekehrt aber auch in der Therapie vermehrt Symptome auftreten lassen, aber im Anschluss eine Linderung hervorrufen. Patienten sollten auch immer im Verlauf animiert werden, ruhig noch einmal etwas auszuprobieren, was zu einem früheren Zeitpunkt nicht so gut war, weil eine einmalige negative Resonanz nicht heißt, dass dies generell immer eine solche hervorruft.

Schritt für Schritt können so die Schmerzen reduziert, physiologische Bewegungsabläufe wieder erlernt und automatisiert werden, bis die betroffene Extremität im Alltag integriert wird. Belastbarkeit, Koordination, Konzentration und Aktivität werden mit gezielten, schmerzadaptierten Übungen gesteigert. In manchen Einheiten ist es auch sinnvoll, "nur" ein Gespräch zu führen, in dem der Patient seinen Frust abladen kann oder über mögliche Zukunftsperspektiven gesprochen wird. Das brauchen Patienten manchmal einfach, und auch dafür muss ihnen Raum gegeben werden.



*Autorin:
Merle Rohweder*



Ergotherapie aus Sicht eines CRPS-Patienten

Nach einem Arbeitsunfall im Oktober 2018 mit mehreren oberflächlichen Schnittwunden entwickelte ich ein CRPS in der linken Hand. Schnell hatte ich das Gefühl, dass meine Schmerzen in Bezug zu der ursprünglichen Verletzung unverhältnismäßig stark ausgeprägt waren. Es folgten viele Arztbesuche, die mir häufig suggerierten, dass es keine plausiblen Gründe für meine Schmerzen gibt. Nach etwa 6 Wochen erhielt ich dann die Diagnose CRPS.

Symptomatisch äußerte es sich nicht nur durch unerträgliche Dauerschmerzen und häufig spontan auftretende Schmerzattacken, sondern auch durch starke Schwellungen, ausgeprägte Sensibilitätsstörungen, Verfärbungen der Haut sowie dem kompletten Ausfall der motorischen Fähigkeiten meiner oberen linken Extremität.

In enger Absprache mit dem behandelnden Arzt wurde dann eine Kombination aus medikamentöser und therapeutischer Behandlung begonnen.

Zusätzlich zu den die Hand direkt betreffenden Symptomen stellten sich schnell auch Gleichgewichtsstörungen, schmerzbedingte Schlafstörungen und kognitive Defizite, wie beispielsweise Gedächtnislücken und Wortfindungsstörungen, ein. Wobei sich die letzten beiden Genannten sicherlich auf die Medikation zurückführen lassen.

Ich erhalte mittlerweile seit mehr als 2 Jahren neben Physiotherapie, Psychotherapie und Osteopathie auch Ergotherapie. Auf Letztere möchte ich hier genauer eingehen, da sie mit 4 Einheiten pro Woche (jeweils 45 Minuten) die häufigste und für mich auch die effektivste Behandlungsform darstellt.

Dabei variieren die Behandlungsmethoden sehr stark, da die Inhalte jeder Therapieeinheit in enger Absprache zwischen Therapeut*in und mir geplant werden. Dabei wird nicht nur der aktuelle Zustand meiner betroffenen Hand, sondern auch meine allgemeine körperliche und psychische Tagesform miteinbezogen.

Zu Beginn des Therapieprozesses erfolgten die ersten Behandlungen zunächst unter Ausschluss der betroffenen Extremität. Zu diesem Zeitpunkt dominierten die Schmerzen meinen kompletten Alltag. Aktive Bewegungen der Hand oder gar einzelner Finger war nicht möglich, Berührungen konnte ich nicht tolerieren, und ich empfand meinen kompletten linken Arm als so abstoßend, dass er für mich nicht mehr zu meinem Körper gehörte.

Das alles machte eine Behandlung an der betroffenen Stelle unmöglich.

Der wichtigste Aspekt zu diesem frühen Zeitpunkt des Heilprozesses war für mich, dass ich von Seiten meiner Therapeut*innen ernst genommen wurde.

Die Therapie bietet mir einen vertrauensvollen Rahmen, um über meine Schmerzen, damit verbundene Begleitsymptome wie Schlaflosigkeit, Aggression und Depression zu sprechen. Sie ersetzt dabei aber keineswegs die Psychotherapie.

Mit Hilfe von Spiegeltherapie und dem Benutzen von Handkarten lernte ich erst, meine obere linke Extremität wieder als Teil meines Körpers zu akzeptieren. Im weiteren Verlauf gelang es mir, nach und nach Berührungen an der betroffenen Hand zu tolerieren. Dies gelang u.a. durch verschiedene Materialerfahrungen, z. B. mit Bohnen, Raps, Wasser, Salben o. ä.

In dieser frühen Phase der Therapie spielten Beratungsgespräche hinsichtlich Hilfsmitteln, aber auch zu Themen wie Tagesstrukturierung oder auch Alltagsbewältigung, eine große Rolle.

So lernte ich beispielsweise, wie es mir im häuslichen Bereich gelingen kann, manche Dinge einhändig zu bewältigen und zumindest teilweise meine Defizite zu kompensieren.

Darüber hinaus konnte ich mit Hilfe meiner Therapeut*innen Entspannungstechniken und Strategien entwickeln, die es mir zum Teil erleichtern, den Dauerschmerz zu ertragen und spontan auftretende Schmerzattacken etwas zu mildern.

Darüber hinaus bekam ich die Möglichkeit, verschiedene Behandlungsangebote auszuprobieren, um zu erfahren, was mir gut tut, beispielsweise Kälte oder Wärme bei starken Schmerzen oder Verkrampfungen. Leider ist dieser Aspekt der Behandlung wesentlich komplexer, als es sich anhört. So individuell die Symptome und der Verlauf von CRPS sein können, so unterschiedlich kann die betroffene Extremität von Tag zu Tag reagieren. Heute hilft vielleicht Wärme, morgen Kälte und an einem anderen Tag ist beides nicht auszuhalten.

Insbesondere aus diesem Grund war CRPS anfangs für mich eine unbegreifbare Erkrankung. Sobald kleine Fortschritte erzielt wurden, dauerte es nie lange bis zum nächsten größeren Rückschritt.

Selbst unmittelbar nach für mich als positiv wahrgenommenen Einheiten folgte häufig eine deutliche Verschlechterung. Allerdings bringt diese Unberechenbarkeit des CRPS hin und wieder auch positive Überraschungen mit sich. Auch nach Behandlungen, in denen ich Übungen aufgrund von zu starker Schmerzen oder anderer auftretender Symptome abbrechen musste, kam es schon vor, dass ich im Anschluss Linderung spürte.

Im Laufe der Zeit gelang es uns dann zunehmend, die Therapie auf die Hand zu konzentrieren. Zunächst versuchten meine Therapeut*innen, passiv mehr Bewegung in meine Hand zu bekommen, später war es mir dann sporadisch möglich, einzelne Finger anzusteuern. Dies erforderte ein unfassbares Maß an Konzentration und erschöpfte mich schnell. Hierbei kristallisierte sich irgendwann eine gute Kombination aus aktiven und passiven motorischen Übungen gepaart mit kognitiven Trainingsmethoden für mich heraus.

Mittlerweile ist fast jede Therapieeinheit so gestaltet, dass wir meist mit aktiven Ganzkörperübungen zur Aktivierung, Steigerung der Belastbarkeit und Verbesserung meiner Koordination starten.

Im Anschluss folgen meist kognitive Trainingsmethoden, wie auch Fingerübungen zur Festigung und Steigerung meiner wiedererlangten motorischen Fähigkeiten. Dies können Greifübungen mit der gesamten Hand, Übungen für einzelne Finger oder auch komplexere Fingerspiele sein.

Zum Ende der Behandlung erfolgt häufig dann ein ruhiger, entspannender Teil bei dem ich, meist im Liegen, passiv behandelt werde.

Die Übungen und deren Dauer und Intensität variieren dabei von Einheit zu Einheit und sind immer abhängig von den tagesaktuellen Begebenheiten. Dazu gehören neben Schmerzstärke, Stimmung und Stressfaktoren auch äußere Umstände wie beispielsweise das Wetter, da sich eigentlich alles auf die Hand auswirken kann.

Diese Vielzahl an beeinflussenden Faktoren macht es unerlässlich, die Inhalte der Therapieeinheiten regelmäßig zu reflektieren und anzupassen.

Dank dieser variablen und häufig sehr intensiven Behandlung ist es mir mittlerweile wieder möglich, alle meine Finger anzusteuern, nach Gegenständen zu greifen und die Hand langsam wieder in den Alltag zu integrieren.

Zwar beeinträchtigen die Schmerzen mein Leben immer noch sehr stark, eine positive Tendenz ist jedoch deutlich zu spüren. Zudem habe ich gelernt, immer besser damit umzugehen.

Derzeit arbeiten wir in der Ergotherapie daran, meine Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen.

Im häuslichen Umfeld ist mir bereits jetzt, mit einigen Einschränkungen, ein halbwegs normales Leben möglich.



Autor:
Andreas Hofmann

Ergotherapie

*Die Zeit der großen Wunder ist
eigentlich vorbei,
doch die kleinen
können täglich immer noch erscheinen.
Gemeint ist die Ergotherapie
Wo wären wir ohne sie?*

*Es ist wie ein Zauber
Wenn die Therapeuten erscheinen
Und mir ist grad vor Schmerzen zum Weinen.*

*Mit den Händen
Oder irgendwelchen Geräten
Ist's als ob sie den Schmerz erspähten.*

*Einfühlsam mit sanfter Hand
Und ganz sacht
Wird der Schmerz für Stunden oder Tage
Zur Strecke gebracht.*

*Ist die Behandlung vorüber
Und gelungen wie immer
Verabschieden sie sich mit einem Lächeln
Aus dem Zimmer.*

*Wie mir wird es Vielen ergehen,
Ich muss wieder lernen die Blumen zu sehn,
muss wieder auf Sonne und Himmel achten,
zurück an die Spiele denken die wir als Kinder machten.*

*Dem Schmerz, der mein Leben bestimmt,
Spaß entgegensetzen, den er mir nimmt.
Er darf nicht mein Leben diktieren,
ich will lieben und lachen – nicht im Schmerz erfrieren!*

(Michael Bauer)





Chronische Schmerzen behandeln mit EMDR - die Arbeit der Heidelberger Schmerzambulanz

Seit letztem Jahr ist es soweit: Die Heidelberger Studienambulanz zur Erforschung von Schmerzstörungen (HeiSIS) hat nun nach zahlreichen positiven Vorerfahrungen systematisch - nämlich im Rahmen einer großangelegten Studie - ihre Patienten mit EMDR behandelt. Um die 30 Patienten wurden oder werden bereits mit EMDR behandelt, einer wirksamen Therapiemethode, die ihren Ursprung in der Traumatherapie hat. Wie sich zeigt, hilft EMDR auch bei anderen psychischen Belastungen, z.B. durch dauerhafte Schmerzen oder kann sogar auf den Schmerz selber einwirken. Allerdings ist EMDR nicht bei allen Patienten wirksam. Während manche Patienten trotz zuvor jahrzehntelang bestehender massiver Schmerzen stärkste Effekte bis hin zur vollkommenen Schmerzfreiheit berichten, ist die Wirkung bei anderen Patienten wiederum nur gering. Welche spezifischen Subgruppen besonders von EMDR profitieren, ist aktuell noch unklar. Ziel der Heidelberger Studienambulanz ist es, diese Subgruppen besser zu charakterisieren, damit EMDR in Zukunft in der Behandlung chronischer Schmerzen gezielter eingesetzt werden kann.

Was ist EMDR?

EMDR steht für **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** – auf Deutsch: **Desensibilisierung und Nachverarbeitung durch Augenbewegungen**. Die EMDR-Therapie basiert darauf, dass jeder Mensch über ein natürliches Selbstheilungssystem verfügt, mit dem er belastende Erfahrungen verarbeiten kann. Eine EMDR-Therapie regt dieses Heilungssystem an und hilft, Symptome aufzulösen. Kernelement der Therapie sind geleitete Augenbewegungen, während der Patient oder die Patientin darum gebeten wird, sich mental in eine belastende Erfahrung oder Körperempfindung hineinzusetzen. Die Psychotherapieform EMDR entdeckte und entwickelte Dr. Francine Shapiro (1948 - 2019, USA) Ende der 1980er-Jahre. In Deutschland wird EMDR seit 1991 angewendet. 2006 hat der wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie EMDR als wissenschaftlich begründete Psychotherapieform anerkannt.

Der Verlauf einer EMDR-Therapie

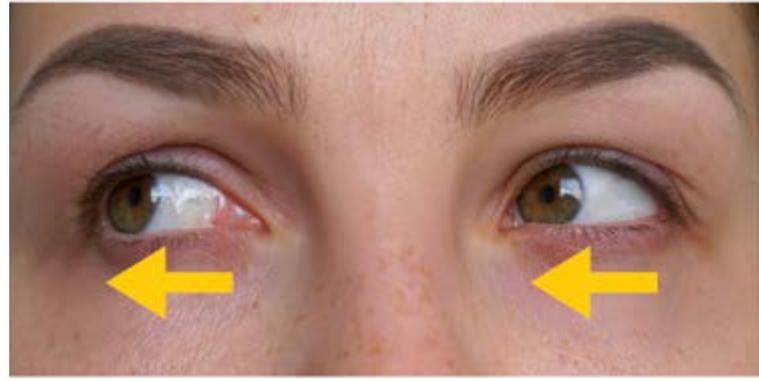
Alles beginnt zunächst mit einer Menge Fragebögen und Tests. Sind diese aber überstanden, nimmt eine Psychotherapeutin Kontakt mit dem oder der Proband*in auf und vereinbart einen ersten Gesprächstermin, in dem die Bedeutung der Schmerzsymptome für das Leben der oder des Betroffenen sensibel erfasst wird. Viele Patient*innen kommen häufig mit rein somatischen Ursachenzuschreibungen für ihre Beschwerden, während die zermürende Erfahrung wiederkehrender oder dauerhafter Schmerzen und seine Folgen für das Leben und den Alltag der Betroffenen wenig Platz in ärztlichen Gesprächen findet. Nach langen „Odysseen“ und verschiedensten, z.T. kostspieligen Behandlungen, treffen wir auf entmutigte Patient*innen, die „nach dem letzten Strohalm greifen“, um doch noch etwas Linderung zu erfahren. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass die Schmerzempfindung nicht unbedingt auf beschädigtes Gewebe oder eine Verletzung hindeutet, sondern auch und ganz wesentlich von weiteren Faktoren wie z.B. Emotionen, Aufmerksamkeit und Vorerfahrungen bestimmt wird. Im Gegensatz zu akuten und lokalisierten Schmerzen spielen gerade bei chronischen und generalisierten Schmerzen strukturelle Veränderungen und einseitig organische Ursachen meist eine untergeordnete Rolle, wohingegen Gedächtnisprozesse und dysfunktionale Faktoren der Schmerzaufrechterhaltung, zum Beispiel sozialer Rückzug, Niedergestimmtheit, oder Krankheitsangst an Bedeutung gewinnen. Betrachtet man die Evolution des Menschen, ist diese Eigenschaft enorm sinnvoll und vorteilhaft: Hat der Körper einmal eine schmerzhaft Verletzung erfahren, merkt er sich die begleitenden Umstände besser ganz genau, um beim nächsten Mal gewarnt zu sein und drohender Verletzung zu entgehen. Manche Forscher sprechen von einem Schmerzgedächtnis, das von akuten Reizen geprägt wird und das auch dann bestehen bleibt, wenn die eigentliche Schmerzursache beseitigt oder verringert ist. In experimentellen Studien konnte zudem gezeigt werden, dass die Nervenbahnen ein ständiges „Grundrauschen“ an Signalen in Richtung des Gehirns senden, doch obwohl das Gehirn ständig potenziell schmerzhaft Signale empfängt, wir normalerweise

nicht permanent Schmerzen empfinden. Auch hier spielen Vorerfahrungen, Aufmerksamkeit etc. eine wichtige Rolle: Normalerweise kann das Gehirn durch die Information – z.B. „Es ist gerade gar nichts Schlimmes“ - den Schmerzreiz „aussortieren“ oder „weglegen“, so dass er gar nicht ins Bewusstsein kommt. Ist die Aktivität dieses körpereigenen schmerzregulierenden Systems gestört, z.B. durch ein Trauma, so kann dies dazu führen, dass Reize, die normalerweise nicht als schmerzhaft wahrgenommen werden, nun nicht mehr „aussortiert“ oder „gefiltert“ und diese als schmerzhaft wahrgenommen werden. Das schmerzregulierende System kann durch Schlafmangel, Stress, aber auch Bewegung, Gespräche und viele weitere Faktoren positiv oder negativ beeinflusst werden. Ein Ziel der EMDR-Therapie ist es, Verknüpfungen des Schmerzgedächtnisses zu lösen, indem belastende Erfahrungen verarbeitet werden können und gezielt die Selbstheilungskräfte der Patient*in aktiviert werden. Zu Beginn der Behandlung wird hier bereits sehr viel Wert auf das Vertraut-Machen mit verschiedenen Imaginationstechniken gelegt, die speziell für chronische Schmerzpatient*innen entwickelt wurden.

Das zentrale Element der EMDR-Behandlung sind dann die geleiteten Augenbewegungen – auch bilaterale Stimulation genannt: Die Patient*in wird darum gebeten, sich an eine traumatische oder belastende Situation zu erinnern und dabei den Fingern der Psychotherapeut*in mit den Augen zu folgen, während die*der Behandelnde die Hand abwechselnd nach rechts und links bewegt. Sollten Augenbewegungen nicht möglich sein, können auch Berührungen der Handflächen eingesetzt werden. In der Regel leitet die Psychotherapeut*in während einer Sitzung mehrere Sequenzen der Augenbewegungen an, die eine halbe bis eine Minute dauern. Der Schmerz verändert sich unter der bilateralen Provokation, und Gedanken und Ideen, die mit dem Schmerz assoziiert sind, treten deutlicher hervor. Diese häufig belastenden Gedanken können wiederum als Ausgangspunkt für die Behandlung genutzt werden und durch diese immer mehr verblassen – prozessiert werden. Die Belastung wird Stück für Stück verarbeitet, und das Befinden der Patient*in bessert sich. Das alles geschieht auf der Basis einer fundierten Anamnese und in einem sicheren, geschützten Rahmen. Warum funktioniert das?

Augenbewegungen – alternierende bilaterale Stimulation

In einer neurowissenschaftlichen Studie zum Wirkmechanismus von EMDR, welche in dem wissenschaftlichen Fachjournal Nature veröffentlicht wurde, konnte gezeigt werden, dass das Verlernen von Angst durch alternierende bilaterale Stimulation (ABS) hocheffektiv beschleunigt werden kann (Beak et al. 2019)



und neuronale Schaltkreise, die z.B. zum Beibehalten einer Schmerzsymptomatik führen, verändert werden können. So führten im Mausmodell bereits wenige Sitzungen EMDR-ähnlicher Provokationen zu einer hemmenden Aktivität auf die Amygdala, einem zentralen Zentrum für die Emotions- und Schmerzverarbeitung unseres Gehirns. Die Augenbewegungen stellen also eine spezifische Technik dar, um das Gehirn dabei zu unterstützen, belastende und traumatische Erinnerungen, insbesondere auch schmerzhaftes Erinnerungen, so zu verarbeiten, dass die zugehörigen negativen Gefühle und Körperempfindungen schwächer werden und besser auszuhalten sind.

Trauma und Schmerz

Einer der ersten, die begannen, die Auswirkungen frühkindlicher Stresserfahrungen und traumatisierender Lebensereignisse prospektiv zu untersuchen, waren Prof. Vincent Felitti aus San Diego, USA, sowie sein Kollege Robert Anda von den Centers for Disease Control. Auf der Basis einer in Umfang und Qualität bisher wohl einzigartigen Studie, der sog. „Adverse Childhood Experiences“ (ACE)-Studie, begannen sie Mitte der 90er Jahre, die Krankenversicherungsdaten von über 17.000 Personen in Hinblick auf zurückliegende belastende Kindheitserfahrungen („Adverse Childhood Experiences“, kurz ACEs) und dem aktuellen Gesundheitszustand auszuwerten und prospektiv nachzuverfolgen. Anhand dieser Daten konnten erstmals die gravierenden Langzeitfolgen frühkindlicher Stresserfahrungen und traumatisierender Lebensereignisse auf die körperliche Gesundheit im Erwachsenenalter empirisch belegt werden. Belastende Kindheitserfahrungen gingen dabei nicht nur mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen und einer vorzeitigen Sterblichkeit einher, sondern erhöhten auch das Risiko für das Auftreten von chronischen Schmerzen. In einer separaten Analyse konnte eine bedeutende Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen dem Auftreten von Kopfschmerzen und früher Traumatisierung aufgezeigt werden.



Emotionaler Shift

Durch bildgebende Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das menschliche Gehirn seelischen Schmerz sehr ähnlich wahrnimmt, wie absichtlich zugefügten körperlichen Schmerz, da beide z. T. in den gleichen Regionen des Gehirns verarbeitet werden. Körperlicher Schmerz besitzt - neben der rein sensorischen Erfahrung des Schmerzes - in der Regel auch eine ausgeprägte emotionale Dimension. Neuere Studien belegen zudem, dass es im Rahmen der Schmerzchronifizierung im Gehirn zu einem „Shift“ – einer Verschiebung - weg von den klassischen Schmerz verarbeitenden Gehirnregionen hin zu den Emotionsnetzwerken des Gehirns kommt. Dieser „emotionale“ Shift wird dafür verantwortlich gemacht, dass, ganz ähnlich der Wiedererlebenssymptomatik bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, ein Schmerz sich festsetzt und nicht wieder verschwindet. Und die Erkenntnis, dass Schmerz durch eine nicht vollständig bewältigte emotionale Verarbeitung chronifizieren kann, bildet die Grundlage für die Anwendung von EMDR in der Behandlung chronischer Schmerzen: EMDR als ein etabliertes „Emotionsexpositionsverfahren“ aus der Traumatherapie kann in diesem Sinne gezielt zur Bearbeitung von emotionalem Distress bei chronischen Schmerzpatienten eingesetzt werden, um spezifisch diesen unzweckmäßigen „emotionalen Shift“ zu bearbeiten. Daneben enthält EMDR noch zahlreiche weitere schmerztherapeutische Therapieelemente (z. B. Exposition, Entspannungs- und Hypnotekniken, Verbesserung der Copingfähigkeiten, kognitive Umstrukturierung, etc.), die sehr individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden können. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass EMDR zunehmend auch Eingang in die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten findet und inzwischen auch etablierte Praxishandbücher existieren, welche den Einsatz von EMDR in der Schmerztherapie erleichtern (Tesarz, J., Seidler, G. H., & Eich, W. (2015). *Schmerzen behandeln mit EMDR: das Praxishandbuch*. Klett-Cotta).

Wirkt EMDR?

Bislang haben 23 Studien die Wirksamkeit der EMDR-Therapie bei verschiedenen chronischen und akuten Schmerzzuständen und akuten Schmerzen belegt. Zusätzlich zu acht randomisierten kontrollierten klinischen Studien mit Stichprobengrößen von 28 bis 75 Patienten, sind mehr als 15 unkontrollierte Studien und Fallserien durchgeführt worden. Die Studien zu chronischen Schmerzen umfassen den Einsatz von EMDR zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, Schmerzen durch rheumatoide Arthritis, Phantomschmerzen und Schmerzen aufgrund von Fibromyalgie oder diffusen chronischen Schmerzen. Darüber hinaus gibt es Studien zur Wirksamkeit von EMDR bei Migräne sowie postoperative Schmerzen. (Für eine ausführlichere Übersicht siehe Tesarz et al., 2019). Die Studien zeigen, dass die EMDR-Therapie im Vergleich zu Kontrollbedingungen zu einer größeren Verringerung der Schmerzintensität führt, sowie mit einer Verbesserung von weiteren krankheitsbedingten Beschwerden wie Angst- und depressiven Symptomen einhergeht. Die Studien zeigen jedoch auch, dass EMDR nicht bei allen Patienten wirksam ist. Es wird die Aufgabe zukünftiger Studien sein, herauszufinden, welche Patienten von EMDR profitieren können und welche nicht. Die Heidelberger Studienambulanz für klinische Schmerzforschung hat sich genau dies zum Ziel gesetzt, um zukünftig Patienten mit Schmerzen „passgenauere“ Therapien empfehlen zu können.



Autoren:

Janna Rinderknecht

Prof. Jonas Tesarz

Schmerzambulanz Universitätsklinikum Heidelberg

Literatur:

Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S. W., Kim, M., Yoon, Y., ... & Shin, H. S. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*, 566(7744), 339-343.

Tesarz, J., Wicking, M., Bernardy, K., & Seidler, G. H. (2019). EMDR therapy's efficacy in the treatment of pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 337-344.

Tesarz, J., Seidler, G. H., & Eich, W. (2015). *Schmerzen behandeln mit EMDR: das Praxishandbuch*. Klett-Cotta.



Tiergestützte Schmerztherapie

Frau S. (Name geändert) kniet auf dem Boden und lächelt glücklich, während die fuchsfarbene Australian Shepherd Hündin Fay vorsichtig der Patientin am Ohr schnüffelt. Frau S. kann sich im Alltag nur mühsam bewegen, hat Schmerzen am gesamten Körper. Sie mag nicht wie sie aussieht, sie mag sich insgesamt nicht. Aber jetzt, in diesem Moment fühlt sie sich angenommen und gemocht. Sie liebt die Einzelgespräche mit ihrer Psychologin in der Schmerztherapie, vor allem wegen Fay. Dieser Hund hat es ihr ermöglicht, über sich selbst zu sprechen, Vertrauen zu fassen und sich zu öffnen. Solche berührenden Momente erleben die Chefarztin der Schmerztherapie Fr. Dr. Heuckeroth und die leitende Psychologin Frau Wittemann, die die tiergestützte Gruppen- und Einzeltherapie begleiten, mit Fay immer wieder. Frau Dr. Heuckeroth absolvierte 2020 mit ihrer Hündin Fay die Ausbildung in tiergestützter Therapie und schloss sie mit einer Prüfung und dem erhaltenen Zertifikat ab.

Während der Ausbildung lernen sowohl Hund als auch Hundeführerin verschiedene Aspekte der tiergestützten Therapie kennen. So lernt der Hund den Umgang mit Menschen im Rollstuhl, am Rollator und mit Gehhilfen kennen, der Kontakt wird für den Hund positiv besetzt. Ein hervorragender Grundgehorsam des Hundes ist selbstverständlich notwendig und wird überprüft und gefestigt. Der Hund sollte ein freundliches Wesen besitzen und keine schlechten Erfahrungen mit Menschen gemacht haben, so dass er weder ängstlich noch aggressiv ist. Auf Stressreize sollte er gelassen reagieren, sich

immer an seinem Bezugsmenschen orientieren. Hund und Mensch lernen bei verschiedenen Krankheitsbildern hilfreiche Interventionen einzusetzen. Sie definieren immer wieder neue Therapieziele und erarbeiten passende Interventionen. Dabei sind die Vorlieben des jeweiligen Therapiehundes natürlich zu berücksichtigen. Es werden therapeutische Einsätze in Altenheimen, Kindergärten, Schulen, neurologischen Rehakliniken und Krankenhäusern unter Supervision der Ausbilder durchgeführt und viel theoretisches Hintergrundwis-



sen vermittelt. Der Einsatz von Therapiehunden in der Schmerztherapie ist noch nicht sehr weit verbreitet, aus diesem Grund musste die Chefärztin gemeinsam mit ihrem Team hier ein spezielles Konzept zum Einsatz der Therapiehündin entwickeln. Das Team in der multimodalen Schmerztherapie der Klinik Oberammergau besteht aus Ärztinnen, Psychologinnen, Physio- und Ergotherapeutinnen und Krankenschwestern sowie Pflegern, die alle eine schmerztherapeutische Ausbildung in ihrer Fachrichtung absolviert haben. Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, können sich in der Schmerzambulanz der Abteilung für Anästhesie und Schmerztherapie der Klinik Oberammergau vorstellen. Dort wird ein Vorgespräch geführt, das Voraussetzung für die Aufnahme in die stationäre multimodale schmerztherapeutische Behandlung ist. Im Rahmen dieses Ambulanzbesuches wird auch geklärt, ob eine Hundehaarallergie oder ausgeprägte Angst vor Hunden besteht und ob eine tiergestützte Therapie von den Betroffenen gewünscht wird. Wenn die Indikation zur stationären multimodalen Schmerztherapie besteht, wird ein Aufnahmetermin vereinbart. Die stationäre Therapie wird in festen Gruppen mit sechs Patienten durchgeführt, d. h., dass alle Patienten einer Gruppe gleichzeitig an- und abreisen und alle Gruppentherapien in Physio-, Sport-, Ergotherapie, Psychologie und auch tiergestützte Therapie gemeinsam als feste Gruppe stattfinden. Darüber hinaus werden Einzeltherapien in allen Bereichen durchgeführt, um auf individuelle Einschränkungen gezielt eingehen zu können. Die Therapiehündin Fay wird im Gruppen- und Einzelsetting eingesetzt. Zunächst erfolgt für die ganze Gruppe eine Einführung in die tiergestützte Therapie, bei der Wirkfaktoren benannt werden, Körpersprache von



Hunden erläutert wird, sowie Verhaltenshinweise zum Umgang mit dem Hund vermittelt werden. Anschließend erfolgt die erste spielerische Kontaktaufnahme zwischen Mensch und Therapiehund. In den folgenden Gruppenterminen wird die nonverbale Kontaktaufnahme mit dem Hund geübt und Erlebnisse und Erfahrungen ggf. im

Einzelkontakt besprochen. Die Gruppenstunden beinhalten sowohl gemeinsame Bewegungsübungen als auch ruhigere Übungen, bei denen auch Achtsamkeitsübungen zur Anwendung kommen. Den Abschluss der tiergestützten Schmerztherapie bildet eine gemeinsame Rallye in der Natur, wo Hund und Menschen gemeinsam Aufgaben lösen. Diese Rallye bildet immer wieder einen fröhlichen Abschluss der Gruppenarbeit. Im gemeinsamen Bewegungsspiel mit Hund und Mensch wird Bewegungsfreude erfahrbar. Der besondere Wirkfaktor im Einsatz von Hunden im therapeutischen Setting ist die Form der vorurteilsfreien und bedingungslosen Kontaktaufnahmebereitschaft des Hundes dem Menschen gegenüber. Der Mensch erlebt den Kontakt als wertschätzend und berührend. Die körpersprachliche Kommunikation wird nach entsprechender Übung als klar, unmittelbar und aufmerksam erlebt. Es wird viel gelacht in den Gruppenstunden. Die Gruppe fühlt sich verbunden und es entsteht nicht nur eine besondere, jeweils individuelle Verbindung mit dem Hund, sondern auch eine große Freude an gemeinsamer Bewegung, die manche schmerzbedingte Bewegungsangst vergessen lässt. Die Klarheit der eigenen Kommunikation und der eigenen Kontaktaufnahme mit dem Hund wird gespiegelt und kann hilfreiche Hinweise für die eigene Kompetenz und neue therapeutische Ansätze liefern. Insbesondere in den Einzeltherapien wird die Einfühlsamkeit des Hundes als hilfreich erlebt. Die Anwesenheit, der Trost und die Zuwendung der Hündin öffnet so manch innere Tür und intensiviert die therapeutische Arbeit. Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, die an einer solchen tiergestützten Therapie teilnahmen, sind durchweg positiv. Eine genauere wissenschaftliche Untersuchung der Wirkung und Wirkfaktoren sind ein Ziel für die kommende Zeit.



Kontakt: Schmerzambulanz der Abteilung für Anästhesie und Schmerztherapie der Klinik Oberammergau, Leitung Dr. med. Anja Heuckeroth: Sekretariat, Frau Krämer, Tel.: 08822-914332

Faszien-Training kann Verspannungen lösen

Faszientraining kann schmerzhafte Verspannungen an Nacken, Schulter, Rücken und Beinen lösen. Jeder kann zu Hause mit Ball und Kunststoffrolle trainieren.

Als Teil des Bindegewebes umhüllen Faszien alle Muskeln und Organe und halten sie in Form. Diese Faszien bilden ein eigenes Organsystem und können Informationen über Schmerzen durch den ganzen Körper ans Gehirn schicken. Durch falsche Belastung, angeborene Fehlstellungen und Bewegungsmangel können sich Faszien verdrehen, verkleben oder verhärten. Eine mögliche Folge sind Verspannungen der Muskeln an Nacken, Schulter, Rücken und Beinen - mitunter weit entfernt von der eigentlichen Ursache. Denn durch sogenannte Schmerzketten kann sich zum Beispiel ein Hüftproblem am Rücken bemerkbar machen. Gezieltes Training der Faszien kann Verspannungen lösen, das Bindegewebe weich und elastisch halten und Schmerzen lindern.

Faszien schützen Muskeln vor Verletzungen

Faszien sorgen für die richtige Lage der Organe im Körper. Sie schützen die Muskeln vor Verletzungen und unterstützen den Körper bei der Fortbewegung. Faszien sorgen als Gleitschienen dafür, dass sich Muskelstränge und Organe gegeneinander verschieben können. Sie enthalten Lympflüssigkeit und dienen Nervensträngen und Blutgefäßen als Leitstruktur. Sind die Faszien gesund, liegen sie in geordneter, entspannter Struktur, halten unseren Körper innerlich zusammen und übertragen die Kraft der Muskeln. Umgekehrt gelangen Informationen über Bewegungen ebenfalls über die Faszien zum Gehirn.

Verhärtete Faszien verursachen Schmerzen

Die Ursache für Verspannungen und schmerzhafte Gelenke können verkürzte Muskeln, aber auch die dazugehörigen Faszien sein. Sind diese verhärtet oder verklebt, verursachen sie Schmerzen. Verhärtungen der Faszien können durch Überbelastung, Verletzungen, Bewegungsmangel und andauernden Stress entstehen. Streicht und schiebt ein Physiotherapeut Faszien in ihre natürliche Lage zurück, kann auch das sehr schmerzhaft sein.

Auch innere Organe sind Teil der Faszien-Kette

So ist die Leber über das Zwerchfell mit dem Brustkorb verbunden und an der Brustwirbelsäule befestigt. Ist das

dortige Gewebe verdreht und verklebt, kann das zu Problemen führen. Auch Beschwerden an Magen, Blase und Darm können auf verdrehte Faszien zurückzuführen sein.

Faszien professionell trainieren

Ein erstes Faszientraining absolviert jeder, der sich morgens nach dem Aufstehen ausgiebig reckt und streckt. Für eine echte Therapie ist aber eine professionelle Anleitung erforderlich - vor allem, wenn innere Organe Probleme bereiten. Nach der Einübung unter Aufsicht können Betroffene allein weiterüben.

Training mit Faszienrolle und -ball

Um die Faszien zu entspannen und das Gewebe wieder elastisch zu machen, helfen gezielte Bewegungstherapien und Massagen. Das Bindegewebe ist ausgesprochen empfänglich für Drücken, Ziehen und Kneten. Auch Dehnübungen und leichte Sprungübungen können helfen. Hilfreich sind außerdem Übungen mit einer Kunststoffrolle und einem Ball. Anfänger sollten sich Übungen von einem Physiotherapeuten zeigen lassen, damit das Faszientraining Erfolg hat und keine Verletzungen auftreten.

Übungen für Rücken und Beine

Rückenübungen mit einer Rolle haben das Ziel, das Gewebe der Faszien auszuquetschen, damit es sich anschließend wieder mit Flüssigkeit vollsaugen kann. Das sorgt für Entspannung und macht die Faszien wieder geschmeidiger. Auch Oberschenkel können auf diese Weise "ausgerollt" werden. Einen Tennisball kann man gut an den Waden einsetzen: Dazu den Ball in der Kniekehle platzieren, sich langsam etwas zurücksetzen und rollen, bis der Schmerz abnimmt.

Den gesamten Körper einmal durchzurollen, bis alle Faszien optimal mit Flüssigkeit gefüllt sind, würde allerdings fast zwei Stunden dauern. Fitness-Trainer raten deshalb dazu, sich an einem Tag Oberkörper und Rücken und am nächsten Tag die Beine vorzunehmen.

Quelle: NDR

Sitzmeditation

10 Minuten

Klangschale, 3 x

Die folgende Übung ist eine zehnmünütige Sitzmeditation. Dabei kannst Du Dich in einer stabilen Position einrichten, auf einem Stuhl, einem Kissen oder einem Meditationsbänkchen, so wie es für Dich bequem ist. Dann lenke bitte Deine Aufmerksamkeit darauf, dass Du jetzt gerade hier sitzt. Nimm wahr, wie Du vom Boden, vom Stuhl oder vom Bänkchen getragen wirst. Spüre den Kontakt mit der Erde. Versuche, gerade und aufrecht zu sitzen, die Wirbelsäule gestreckt, die Schultern entspannt, den Kopf frei auf der Wirbelsäule haltend. Vielleicht kannst Du auch den Unterkiefer noch ein wenig lösen und die Schultern etwas mehr sinken lassen. Nimm so gut Du kannst eine offene und würdevolle Haltung ein, wach und präsent für die Erfahrung jetzt in diesem Augenblick. Und wenn es angenehm ist, dann schließe Deine Augen.

Pause.

Nun richte Deine Aufmerksamkeit auf den Atem, spüre die Stelle in Deinem Körper, an der Du Deinen Atem am besten wahrnimmst, das kann an der Nasenspitze sein, im Brustbereich oder im Bauchraum. Dann spüre die Körperempfindungen bei jeder Ein- und Ausatmung, so wie diese aufeinander folgen. Sei dabei ganz wach und aufmerksam während der vollen Länge der Einatmung, der Ausatmung und vielleicht auch der Pause dazwischen.

Pause.

Jeder Atemzug ist einzigartig und hat seine eigenen Empfindungen, spüre jeden Atemzug in seiner eigenen Zeit, jedes Einatmen, jedes Ausatmen, so wie diese aufeinander folgen.

Pause.

Einfach nur diesen Atemzug jetzt wahrnehmen.

Pause.

Der Atem ist der Anker, der Dich mit dem gegenwärtigen Moment verbindet. Er bringt das Bewusstsein zurück in die Gegenwart, wann immer es abgelenkt ist. Einfach nur dieser Atemzug jetzt.

Pause.

Das Kommen und Gehen der Ein- und Ausatmung von Augenblick zu Augenblick, ganz da sein mit wohlwollender akzeptierender Aufmerksamkeit von Atemzug zu Atemzug.

Pause.

Nun dehne Deine Aufmerksamkeit vom Atem auf Deinen Körper als Ganzes aus. Nimm Deinen Körper vom Kopf bis zu den Füßen vollständig wahr.

Pause.

Und wenn es Bereiche im Körper gibt, in denen Du intensivere Empfindungen spürst, dann öffne Dich dafür. Vielleicht kannst Du Deinem Atem erlauben, genau dorthin zu fließen, in das Zentrum der Empfindung. Erlaube den Körperstellen, sich zu lösen, sich zu weiten, vielleicht auszudehnen und weich zu werden, von Atemzug zu Atemzug.

Pause.

Achtsam sein für alle Empfindungen jetzt in diesem Moment, egal, wie sie sich anfühlen oder wie intensiv sie sind, selbst wenn sie vielleicht unangenehm sein mögen.

Pause.

Wenn die Intensität der Körperempfindungen nachlässt, kehre wieder zurück zur Wahrnehmung des Körpers als Ganzes, in diesem Moment.

Pause.

Und nun lass alle Objekte Deiner Achtsamkeit los, löse Dich vom Atem, dem Körper als Ganzes, den Empfindungen. Erlaube Dir, mit einem offenen Gewahrsein hier zu sitzen und von Moment zu Moment geschehen zu lassen, was passiert, was auch immer im Feld Deines Bewusstseins auftaucht und wieder verschwindet.

Pause.

Dann bring dieses Gefühl von Weite und Offenheit mit in die nächsten Momente Deines Tages. Du kannst in Deinem Alltag jederzeit mit dieser Qualität Kontakt aufnehmen, wenn Du Dich mit dem Atem verbindest.

Klangschale, 3 x

Autor: Dr. med. Harald Lucius, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, spez. Schmerztherapie



Mit chronischen Schmerzen umgehen lernen, durch Verstehen.

Forschungsprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen.

Das Team um Prof. Dr. Andrea Pfingsten an der Ostbayerischen Technischen Hochschule in Regensburg forscht im Bereich der Physiotherapie zu chronischen muskuloskelettalen Schmerzen.

Die Wissenschaftlerinnen planen ein Forschungsprojekt in enger Zusammenarbeit mit Betroffenen, unter anderem von der Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD SchmerzLOS e. V.) und Behandelnden. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist ein neues Konzept für den Umgang mit chronischen Schmerzen zu untersuchen, welches sich am Bedarf der Patienten und Patientinnen orientiert.

Im Rahmen der Behandlung chronischer Schmerzen spielt die Physiotherapie besonders beim Umgang mit den Schmerzen eine wichtige Rolle. In der eingänglichen Untersuchung in der Physiotherapie schaffen es die Therapeuten und Therapeutinnen herauszustellen, welche Strukturen im Körper den größten Anteil an der Schmerzursache haben, um dann für die darauffolgende Therapie gezielt Übungen und Maßnahmen mit den Patienten und Patientinnen entwickeln zu können. Häufig werden aktive Bewegungsübungen von Behandelnden angeleitet, da mit chronischen Schmerzen oft eine starke Reduktion körperlicher Aktivität einhergeht. Viele der Menschen stecken in einem Teufelskreislauf der Angstvermeidung. Jeder neue Versuch sich körperlich zu aktivieren, endet vielfach darin, dass erst einmal mehr Schmerz empfunden wird. Dies kann dazu führen, dass kein erneuter Bewegungsversuch unternommen wird oder sogar Angst vor Bewegung entsteht. Die gezielte Anleitung von Bewegungen, die langsam in ihrer Intensität gesteigert werden, ist daher ein wichtiger Bestandteil der Begleitung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen arbeiten mit den Betroffenen dann nach dem sogenannten „Graded Activity“ Modell. Neben dieser engen Begleitung in der Bewegungstherapie spielt auch die Aufklärung über die Schmerzursache in vielen Fällen eine wichtige Rolle. Aus neuesten Studien schließt man, dass vor allem chronische Schmerzen häufig keinen klaren Zusammenhang mit

einer strukturellen Schädigung, z.B. der Muskulatur, der Weichteile oder der Knochen mehr haben, obwohl es zum Zeitpunkt des ersten Schmerzes durchaus eine strukturelle Schädigung gegeben haben kann. Dennoch ist das Erleben des chronischen Schmerzes real und durch strukturelle und chemische Umbauprozesse im System der Schmerzverarbeitung begründet und erklärbar – also nicht nur Einbildung.

Auch bei Behandelnden ist die Annahme noch weit verbreitet, dass es immer eine klar erkennbare Ursache für einen chronischen Schmerz geben muss – also eine feststellbare Schädigung. Dabei ist es häufig so, dass wenn bei Menschen mit chronischen Schmerzen in bildgebenden Verfahren, wie dem Röntgen oder einer Magnetresonanztomographie (MRT)-Aufnahme, strukturelle Veränderungen gesehen werden können, diese häufig nicht die Ursache für die Schmerzen sind. Hier schließt sich auch der Kreis zur physiotherapeutischen Untersuchung. Denn selbst wenn ein Bandscheibenvorfall auf einer MRT-Aufnahme zu sehen ist, gilt weiterhin abzuklären, ob die Symptome, die eine betroffene Person zeigt, auch durch diesen verursacht werden. Das kann durch gezielte Tests der Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen festgestellt werden.

Typisch für einen akuten Schmerz ist, dass es einen eindeutig zu erkennenden Auslöser gibt. Das kann der Reißnagel sein, in den man getreten ist oder die Herdplatte, an der man sich die Finger verbrannt hat. In diesem Fall ist der Schmerz ein wichtiger und richtiger Schutzmechanismus des Körpers, und warnt vor weiterer Verletzung. Durch ihn wird der Fuß oder die Hand zurückgezogen und anschließend geschont.

Chronischer Schmerz hingegen ist kontraproduktiv, da keine akute Gefahr einer Verletzung mehr besteht oder Verletzungen verheilt sind.

Die Frage bleibt nun, was lernen Betroffene und deren Behandelnde aus diesen Informationen?

Zum einen geben die Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen, wie zum Beispiel Rückenschmerzen oder Schmerzen bei Arthrose an, dass eine multiprofessio-

nelle Versorgung wichtig ist. Dabei soll möglichst der Austausch zwischen den unterschiedlichen Behandelnden aus den Bereichen Medizin und Psychologie und den Therapieberufen gegeben sein. So kann sichergestellt werden, dass das vielseitige Problem „chronischer Schmerz“ in seiner Komplexität betrachtet und behandelt wird. Neben unter anderem medikamentösen Behandlungen, wird zudem Edukation, also die Information der Betroffenen über die Entstehung und Behandlung chronischer Schmerzen empfohlen.

International zeigt Physiotherapie bei chronischen Schmerzen dann Wirkung, wenn der Fokus auf der Information der Betroffenen und der Behandelnden liegt. Die Erfolge zeigen, dass Wissen über Schmerz diesen lindern kann. Besonders effektiv sind die therapeutischen Konzepte dann, wenn sie sich einer einheitlichen, bildhaften Sprache bedienen, die der Kultur der Betroffenen angepasst ist. So haben zum Beispiel Menschen in Indien andere Erklärungsmodelle für chronische Schmerzen als Betroffene in den USA.

Um ein einheitliches Informationskonzept zum Umgang mit chronischen Schmerzen für Deutschland zur Verfügung zu stellen, planen die Forscherinnen um Prof. Dr. Pfingsten eines der bereits im englischsprachigen und spanischsprachigen Raum auf seine Wirksamkeit überprüfetes Konzept zur Aufklärung von Betroffenen mit chronischen Schmerzen an die deutsche Kultur anzupassen. Dabei werden die englischen Inhalte ins Deutsche übersetzt und anschließend auf das kulturelle Verständnis in Deutschland abgestimmt. Darunter kann man sich am besten vorstellen, dass Sprichworte übertragen werden oder Metaphern entsprechend verändert werden.

Beispiel: In den USA gilt der nachbarschaftliche Wettbewerb um den größten und hellsten Weihnachtsbaum als „sensibles Thema“ und wird als ein Beispiel für die verstärkte Sensibilisierung bei Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen verwendet. Je größer und heller der Baum des einen Nachbarn ist, desto eher sind die nächsten Anwohner dazu verleitet ihren Baum noch größer und heller zu gestalten. Auf die verstärkte Sensibilisierung bei Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen wird dies so übertragen: Stürzt eine Person auf ihr Handgelenk reagiert der Körper mit einem Alarmsignal, dem akuten Schmerz. Bei Personen deren Sensibilität für Schmerz sich verstärkt hat, kann es sein, dass nach dem Sturz neben dem Handgelenk plötzlich auch der Ellenbogen und das Schultergelenk zu schmerzen beginnen, obwohl diese nicht direkt verletzt wurden.

Diese Metapher würde in der geplanten Studie auf ihre Übertragbarkeit auf das deutsche kulturelle Verständnis geprüft werden – haben wir vergleichbare Nachbarschaftswettbewerbe, ist das Beispiel nachvollziehbar oder sollte der Vergleich geändert werden?

Um sicherzustellen, dass Sprache und Bilder von Betroffenen verstanden werden, werden diese von Anbeginn in das Projekt eingeschlossen. In Interviews und Gruppendiskussionen sollen die Inhalte des Konzeptes besprochen und angepasst werden. Doch nicht nur die Patienten und Patientinnen, sondern auch die Behandelnden sollen eine tragende Rolle in der Entwicklung des Konzeptes spielen. Diese werden unter anderem in Gruppen diskutieren, welche Bedarfe sie bei der täglichen Arbeit mit Menschen mit chronischen Schmerzen erkennen.

Um eine multidisziplinäre Versorgung anzubahnen, werden alle Professionen, die in der multimodalen Schmerztherapie mit Betroffenen arbeiten, in eine deutschlandweite Studie integriert. In dieser soll nach erfolgtem Übertrag des Konzeptes aus dem Englischen geprüft werden, ob die Anwendung zu einer Reduktion der Schmerzen führt.

Insgesamt ist das Forschungsprojekt für einen Zeitraum von fünf Jahren geplant. Im ersten Jahr, beginnend im Frühjahr 2022, wird das Therapiekonzept in enger Zusammenarbeit mit Betroffenen und Behandelnden entstehen, um dann in den darauffolgenden vier Jahren in einer randomisiert-kontrollierten Studie deutschlandweit auf seine Wirksamkeit überprüft zu werden.

Interessierte Betroffene, die sich gerne an der Konzeptgestaltung beteiligen wollen werden belohnt. Es wird zum einen Online-Umfragen zum Thema chronischer Schmerz und dessen Umgang damit geben, wobei unter den Teilnehmenden Wertgutscheine verlost werden. Zum anderen werden Teilnehmende an Gruppendiskussionen jeweils eine Aufwandsentschädigung von 30 € erhalten und Arbeitsausfälle können zu einem gewissen Anteil entschädigt werden.

Den genauen Projektstart im Frühjahr 2022 teilen die Forscherinnen Ihnen gerne mit, sobald dieser bekannt gegeben wurde.



Autoren:

Prof. Dr. Andrea Pfingsten

*Professorin für Physiotherapie an der OTH Regensburg
und Leiterin des Labors für Physiotherapie im Regensburg
Center of Health Sciences and Technology (RCHST)*

Katharina Bopp, M.A.

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Labor für Physiotherapie
des RCHST*

Schmerz ist Energie am falschen Ort

Ein Interview mit einer Schmerzpatientin zu Perspektiven, Erfahrungen, Strategien und Möglichkeiten, mit Schmerzen im Alltag umzugehen

Schmerz ist eine subjektive Wahrnehmung und für jeden individuell erfahrbar, weshalb es unterschiedliche Definitionen gibt. Frau X. beschreibt den Schmerz als „Energie am falschen Ort. Das zeigt, dass durch Schmerzen Energie für normale Aktivitäten [...] fehlt“. Das wurde Frau X., Erfahrungsexpertin und Leiterin einer Selbsthilfegruppe die an chronischen Schmerzen leidet, bei einer multimodalen Schmerztherapie im Krankenhaus Havelhöhe vermittelt und ist für sie persönlich sehr greifbar.

Vor 30 Jahren erlitt Ursula Austermann einen Bandscheibenvorfall und ist seither chronische Schmerzpatientin. Es folgten noch drei weitere Bandscheibenvorfälle und eine lange Serie an Behandlungen. Sie erhielt Einblick in unterschiedliche Behandlungskonzepte und Eindrücke der Veränderung der Therapieansätze hinsichtlich der chronischen Schmerzen aufgrund von Bandscheibenvorfällen. „Damals war angesagt: Spritzen, Tabletten, Ruhe, Wärme und das hat sich ja Gott sei Dank völlig verändert.“ Heutzutage werden Aktivität und das persönliche Erleben und Verhalten immer mehr in den Mittelpunkt gestellt und das für jeden Patienten und jede Patientin individuell. Hier spricht man von einer Patientenzentrierung. Ursula Austermann nennt drei Schlüsselaspekte, die ihr selbst sehr wichtig sind: „Mein heutiges Fazit ist: möglichst Operationen vermeiden, einen guten Schmerzarzt aussuchen, der einen gut einstellt auf eine medikamentöse Therapie, wodurch dann wiederum Bewegung ermöglicht wird.“

Gezielte Physiotherapie als Unterstützung

Für uns Therapeut_innen ist es wichtig zu wissen, wie wir mit chronischen Schmerzpatienten_innen umgehen sollen und welche Wünsche und Erwartungen aus Sicht der Patient_innen eine wichtige Rolle spielen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, diese individuellen Wünsche der Betroffenen in der Kommunikation zu erfahren, um sie aktiv in die Therapie einzubeziehen. Wie allerdings können wir das erreichen?

Selbstwirksamkeit und Autonomie fördern

Ursula Austermann sagt: „Was man als Patient eben als sehr schön empfindet, wenn in kleinen Schritten vorgegangen wird, dass man viele kleine Erfolgserlebnisse hat.“ Sie hat vieles ausprobiert und festgestellt: „Alles was gut ist, muss man selbst bezahlen“. Ihr selbst gefällt besonders das freie Tanzen, da sie während des Tanzens gar keine Schmerzen hat. „Die Bewegungsmöglichkeit oder zurückzukommen in eine normale Bewegung schenkt einem sehr viel Spielraum, sehr viel Freiheit, sehr viel Unabhängigkeit.“ Hier sprechen wir Therapeut_innen von Selbstwirksamkeit, was für den Therapieerfolg immer entscheidender wird. Es ist wichtig, dass die Patient_innen merken, was möglich ist und wie sie sich selbst helfen können. „Es kann schon passieren, dass ich in einem schönen Konzert einfach während der Pause dann zur Garderobe und nach Hause gehe, weil ich einfach nicht länger sitzen kann. Das gibt mir trotzdem sehr viel Selbstbewusstsein, das erstmal geschafft zu haben, mir so einen Kulturgenuss zu gönnen. Es ist halt was anderes, als wenn man das zuhause am CD-Player konsumiert. [...] Ich bin immer wieder ein Stück weitergekommen.“ Für sie selbst nehmen die Selbstwirksamkeit und Autonomie einen sehr hohen Stellenwert ein. Sie nimmt an Studien teil, um Schmerzfragebögen zu optimieren und den Praxisbezug zu gewährleisten, um ein besseres Outcome der Therapien zu gewährleisten. Allerdings spielen nicht nur die Maßnahmen und die Selbstwirksamkeit eine große Rolle wie Frau X. betont: „[...] das Wichtigste ist und das höre ich auch immer wieder von meinen Leuten (Selbsthilfegruppe), dass man sich erstmal angenommen fühlen muss mit diesen Defiziten [...]“. Dieses Gefühl werde ihr auch in einer Selbsthilfegruppe gegeben.

Selbsthilfe: „Ich habe mich von den anderen mit meinen Defiziten in einer wohlwollenden Atmosphäre angenommen gefühlt“

Den ersten Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe hatte sie damals durch eine Freundin, die sie begleitete. Sie stellte schon da fest, dass es entlastend ist und hatte einen „positi-

ven Eindruck“ gewonnen. Erst während ihres Aufenthalts in Havelhöhe, der Schmerzlinik, war sie selbst aktive Teilnehmerin und leitet inzwischen auch hin und wieder ihre eigene Gruppe. Sie habe bis dahin schon viel Erfahrung mit Ärzt_innen und Therapeut_innen gehabt und könne diese auch gut weitergeben. Für sie sei besonders „[...]“, dass man eben nicht das Gefühl hat, dass die anderen denken, dass man jammert. [...] Diese Gruppenzugehörigkeit tut einfach gut.“ Es herrsche eine wohlwollende Atmosphäre, die aber auch nicht jedem immer gefalle. Herausfordernd sei es als Gruppenleiterin erstmal die psychischen Probleme der Teilnehmer_innen zu lösen „[...]“, weil sie nicht einsehen können, wie groß der psychische Einfluss auf die Schmerzen ist. Also der Standardspruch ist: „Damit brauchen Sie mir gar nicht erst zu kommen, Ich habe doch keinen an der Klatsche!“ Frau X. unterstreicht, dass es kein „entweder oder“ ist, sondern ein „sowohl als auch“. Sie meint damit, dass es wichtig ist, sich zu einer Gruppe dazugehörig zu fühlen und trotzdem Medikamente und Therapien in Anspruch zu nehmen. „Es ist ein Puzzle, was sich nachher zusammenfügt, aus mehreren Teilen und dadurch zum Erfolg führt.“

Chronische Schmerzen: psychosozialer Rückzug

Die Auswirkungen chronischer Schmerzen auf Betroffene können unterschiedlich sein, gehen in der Regel aber mit großen Einschränkungen und sozialem Rückzug einher. Frau X. spricht dabei von einem „psychosozialen Kreislauf“, bei dem man sich zurückzieht „gesellschaftlich oder kommunikationsmäßig von Freunden, von Angehörigen, weil man den Eindruck hat, man wird von niemandem verstanden“. Der berühmt-berüchtigte Teufelskreis kommt

hier ins Spiel, „weil man dann versucht, mehr Tabletten zu nehmen, um wieder in den normalen Alltag integriert zu sein. Der Mensch hat einfach dieses Bedürfnis nach Kommunikation“. Sie selbst habe mehrere Freundschaften durch die chronischen Schmerzen verloren, weil sie Verabredungen immer wieder absagen musste. Durch Fortbildungen lernte sie, wie wichtig ein Perspektivwechsel ist und dass es sekundär ist, was andere sagen, egal wie groß der Schritt in eine Richtung ist.

„Chronischer Schmerz ist Kampf – man muss sich alles erobern!“

Chronischer Schmerz ist ein Kampf um Beziehungen und Teilhabe, ein Kampf mit Ärzt_innen und Therapeuten_innen und ein Kampf mit sich selbst. Den „inneren Schweinehund“ zu überwinden und „einfach erstmal loslaufen in Richtung Ziel, auch wenn man vielleicht noch gar nicht ankommt. [...]“. Eins können Sie dick unterstreichen. Schmerzpatienten müssen kämpfen! Man muss sich alles erobern.“

Fazit:

Hier wurde eine Perspektive gezeigt, wie das Leben durch chronische Schmerzen verändert wird. Frau X. hat uns einen Einblick in das Leben einer von chronischen Schmerzen geprägten Frau gegeben – was ihr hilft und was ihr wichtig ist. Der Artikel ist ein kleiner Beitrag, um mehr Verständnis für eine oft unverstandene Patientengruppe zu schaffen. Darum ein Plädoyer: Nehmt euch Zeit, wechselt auch mal die Perspektive und geht los, egal wie schnell und wohin.

Quelle: alice.ash-berlin.eu

Soll man im Job über chronische Erkrankung reden oder nicht?

Für viele chronisch kranke und behinderte Menschen stellt sich die Frage, ob und wie sie im Job über ihre Beeinträchtigung sprechen. Die Universität in Köln bietet mit der Internetseite www.sag-ichs.de jetzt Entscheidungshilfe. Auf der Seite werden mögliche positive und negative Auswirkungen beschrieben, wenn Berufstätige über ihre Erkrankung reden. Wer darüber redet, kann womöglich seinen Arbeitsplatz, die Arbeitszeit oder Arbeitsabläufe anpassen, leichter auf die eigenen Bedürfnisse achten, authentischer sein, soziale Unterstützung erfahren und den gesellschaftlichen Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verändern. Ein Nachteil hingegen kann Diskriminierung sein. Ebenso werden mögliche positive und negative Auswirkungen beschrieben, wenn Betroffene nicht über ihre Erkrankung und

Behinderung reden. Selbstverständlich gibt es mehr als zwei Optionen: „Bei Ihrer Entscheidung müssen Sie nicht das eine oder das andere Extrem wählen. Zwischen den beiden Optionen, jedem auf der Arbeit alles über Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung zu erzählen und niemandem irgendetwas zu erzählen, gibt es viele Zwischenstufen“, heißt es auf der Internetseite. Chronisch kranke Berufstätige können auf der Internetseite auch einen Selbsttest machen. In dem Test wird nach dem Umgang von Arbeitgeber, Vorgesetzten und Kolleg*innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, persönlichen Voraussetzungen, Einstellungen und Werten sowie Erfahrungen und der Lebenssituation gefragt.

Zur Internetseite: www.sag-ichs.de

Quelle: nakos.de

Ärger mit der Krankenkasse?

Welche Rechte Versicherte haben!

Menschen mit chronischen Erkrankungen sind nicht nur durch ihre Symptome einer ständigen Belastung in ihrem Lebensalltag ausgesetzt. Zu den psychosozialen Problemen gehört oftmals auch eine zeit- und kraftraubende Auseinandersetzung mit Behörden und Versicherungen, um entsprechende Leistungen und Ansprüche geltend machen zu können. Häufig scheint es so, als wenn es den Betroffenen keinesfalls leicht gemacht wird, wenn sie um entsprechende Rechte ansuchen. Wiederkehrend wird berichtet, wonach es gerade Krankenkassen oftmals versuchen, mithilfe von unverhältnismäßigen Fragen und Forderungen den Versicherten derart zu verunsichern und mit Erwartungen zu konfrontieren, dass dieser klein beigibt.

Eine fortwährend aufkommende Unklarheit besteht darüber, welche **Auskunftspflichten gegenüber der Krankversicherung** bestehen. Grundsätzlich muss hier bereits festgehalten werden, wonach es eines „Verlangens“ der Krankenkasse bedarf. Insofern ist sie dazu verpflichtet, vom Versicherten konkrete Angaben **einzufordern**, welche für die Durchführung entsprechender Verwaltungsverfahren notwendig sind. Sollte ein derartiges Ersuchen allerdings vorliegen, muss der Versicherte umfangreich antworten. Dies bezieht sich also einerseits auf grundlegende Angaben zur Person, aber auch darüber hinaus gehende Informationen, welche aus Sicht des Patienten notwendig erscheinen, damit die Krankenkasse die von ihr als Grund der Auskunftsanfrage genannte Aufgabe erfüllen kann. Zudem muss der Versicherte **umgehend** antworten und darauf hinweisen, wenn etwaige Tatsachen noch nicht feststehen (beispielsweise Entscheidungen anderer Leistungsträger). Auch Veränderungen persönlicher Daten müssen stets „ohne Zögern“ gemeldet werden, wenn dies nicht durch einen meldepflichtigen Dritten (zum Beispiel den Arbeitgeber) erfolgt. Sofern der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten nicht, unzureichend oder lediglich unvollständig nachkommt, kann dies eine Ordnungswidrigkeit darstellen.

Trotzdem ist der Versicherte nicht **zu allen Auskünften verpflichtet**, dies gilt insbesondere in Bezug auf gesundheitsbezogene Daten. Über die reinen Personalien hinausreichende Informationen sollten zunächst prinzi-

piell zurückgehalten werden. Dies gilt umso mehr dann, wenn sich die Krankenkasse per Telefon meldet. Denn Mitwirkungspflichten kann stets schriftlich – und damit in Ruhe – nachgekommen werden.

Daneben darf die Krankenversicherung Fragen zum Gesundheitszustand zunächst einmal nicht selbst stellen, weil dies **Aufgabe des MDK** („Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“) ist. Auch behandelnde Ärzte des Versicherten dürfen ohne Zustimmung des Patienten generell keine Angaben gegenüber der Krankenkasse tätigen, sondern lediglich auf Anfrage des MDK. Dieser ist eine unabhängige und eigenständige Institution, die lediglich zur objektiven Beratung und Begutachtung für Kranken- und Pflegekassen arbeitet. Dabei sind die dort tätigen Mediziner ausschließlich ihrem fachlichen Gewissen unterworfen und dürfen Entscheidungen nicht zugunsten ihres Auftraggebers – der Krankenversicherung – treffen. Ein Eingreifen in die medizinische und therapeutische Behandlung des Versicherten ist ihnen untersagt.

Der MDK darf Fragen zur Gesundheit nicht aus eigenem Antrieb heraus stellen, sondern muss dafür von der Krankenkasse aufgefordert werden. Er ist darauf ausgerichtet, Zweifel über eine allfällige Arbeitsunfähigkeit oder der Notwendigkeit einer Rehabilitation aufzuklären und zu beseitigen. Im Falle von etwaiger Pflegebedürftigkeit muss er das Ausmaß einschätzen und adäquate Leistungen vorschlagen. Daneben soll er generell den Behandlungs-

erfolg sichern und auf eine Wiedereingliederung hinwirken. Daraus ergibt sich gleichermaßen, dass er einen **sozialmedizinischen Fokus einnimmt und nicht therapeutisch intervenieren darf**.

Der MDK muss zwar ein zusammenfassendes Gutachten an die Krankenkasse übermitteln, in welchem gezwungenermaßen gesundheitliche Daten des Patienten enthalten sind. Gleichmaßen ist die Versicherung angehalten, keine eigenständigen Bewertungen über den Gesundheitszustand vorzunehmen. Zwar obliegt ihr die letztendliche Entscheidungshoheit über allfällige Leistungen. Grundsätzlich ist für sie die Einschätzung des MDK aber wegweisend. **Eine Auskunftsaufforderung des Arbeitgebers gegenüber der Krankenkasse ist nicht zulässig**. Eine Datenweitergabe ist in einer solchen Konstellation grundsätzlich untersagt. Der Arbeitgeber kann daher lediglich auf die in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemachten Angaben zurückgreifen.

Die Krankenkasse kann ausnahmsweise selbst **Nachfragen gegenüber dem Arzt** tätigen, welcher die Bescheinigung ausgestellt hat, wenn dadurch eine MDK-Begutachtung (die für viele Versicherte sehr belastend sein kann) verhindert werden kann. Hierbei darf es sich aber ausschließlich um konkretisierende Informationen zu den **Diagnosen oder den geplanten therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen** handeln. Auch kann sie dort über die **zuletzt ausgeübte Tätigkeit** des Versicherten oder die Frage, in welchem Umfang er der Arbeitsagentur **bei Bezug von Arbeitslosengeld I zur Weitervermittlung zur Verfügung steht**. Gegenüber dem Patienten darf die Krankenversicherung allenfalls erfragen, **ob und wann eine Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit vorgesehen ist** und welche ärztlichen oder therapeutischen Untersuchungen oder Behandlungen ihr entgegenstehen. **Regelhaft unzulässig** sind dagegen Fragen zur eigenen Einschätzung über das aktuelle Befinden, den persönlichen Familienverhältnissen, Urlaubsvorhaben, der Gestaltung des Arbeitsplatzes

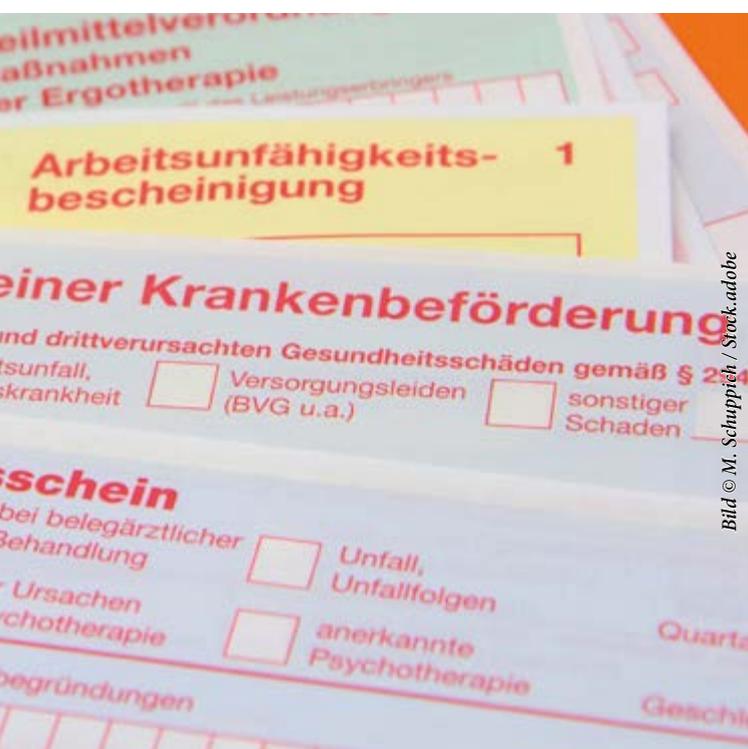
an sich und möglichen Problemen dort oder über einen etwaig gestellten Rentenantrag.

Sofern der MDK Unterlagen anfordert, ist der Patient zwar dazu verpflichtet, sie **vollständig** vorzulegen. Dennoch können besonders Arztbriefe, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der aktuellen Arbeitsunfähigkeit stehen oder dabei helfen können, die hierfür verantwortliche Krankengeschichte nachzuvollziehen, **zurückgehalten werden**. Überdies können einzusendende Dokumente an „irrelevanten Textstellen“ **geschwärzt** werden. Dies sind beispielsweise Daten über Drittpersonen oder intime Angaben und medizinische Details, welche für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit belanglos sind.

Kommt der **MDK in seiner Begutachtung zur Empfehlung, dass trotz Krankschreibung Arbeitsfähigkeit gegeben** ist und folgt die Krankenkasse dieser Einschätzung, kann sie zwar die Krankengeldzahlung einstellen. Hiergegen sollte allerdings besonders dann mutig Widerspruch eingelegt werden, wenn im Gutachten des „Medizinischen Dienstes“ erhebliche Gegensätze zu der Einschätzung des behandelnden Arztes erkennbar sind.

Letzterer hat hierfür ebenso wie der Patient das **Recht auf Akteneinsicht**. Im Zweifel sollte die Entscheidung der Krankenkasse von beiden gemeinsam innerhalb der Frist von vier Wochen angefochten werden. Grundsätzlich ist hierbei zwar **keine Begründung erforderlich**. Dennoch sind die Erfolgsaussichten gleichsam höher, wenn der zuständige Mediziner fachkundige Einwände vorbringt. Im Rahmen des Widerspruchsverfahren kann auch das Einholen eines unabhängigen Zweitgutachtens beantragt werden. Gegen das Einstellen der Krankengeldleistung kann lediglich vor dem Sozialgericht ein **Erllass auf sofortige Wiederaufnahme der Zahlungen** erwirkt werden.

Fordert die Krankenkasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes zur Stellung eines Rehabilitationsantrages auf, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, ist dies ein Verwaltungsakt, dem der Versicherte innerhalb von 10 Wochen entsprechen muss, sofern er keine Einstellung des Krankengeldbezugs riskieren will. Allerdings gibt es auch gegen dieses Vorgehen der Versicherung verschiedene Rechtsmittel. Neben dem **Recht auf Anhörung** des Patienten, welches ihm mit der Aufforderung zum Reha-Antrag mitgeteilt werden muss, kann der Versicherte wiederum einfordern, dass die Krankenkasse dargelegt, **aus welchen Gründen** sie die Beantragung fordert, **auf welche Tatsachen** sie sich dabei stützt und welche Abwägungen sie vorgenommen hat. Überdies kann förmlich gegen den Bescheid mit dem Forderungsgesuch mit einer Frist von einem Monat widersprochen werden. Auch hierüber ist der Patient durch Rechtshilfebelehrung mit dem Schreiben der Krankenkasse zu unterrichten.



Zusammenfassend lassen sich folgende Grundsätze festhalten:

Patienten müssen telefonisch gegenüber der Krankenkasse keinerlei Zusagen machen oder Bedingungen zustimmen. Gerade ein „Krankengeldmanagement“ (Beratung und Hilfestellung der Krankenkasse beim Bezug von Krankengeld) kann dort immer abgelehnt werden, gleichermaßen sollten Widersprüche am Telefon nicht zurückgenommen werden. Der Versicherte kann das Gespräch beenden, wenn er den Eindruck hat, vom Mitarbeiter der Krankenkasse in irgendeiner Hinsicht zu einer Aussage gedrängt zu werden. In solchen Fällen sollte immer darauf verwiesen werden, die Kommunikation auf schriftlichem Wege fortzusetzen. Abschließend gilt die grundsätzliche Zusage, dass auch die Krankenkassen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Daten dort sicher sein müssen, sofern sie nicht unter oben genannten Umständen weitergegeben werden dürfen.



Alle Angaben ohne Gewähr auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität!
Eine Haftung ist ausgeschlossen!

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Dennis Riehle
Psychologischer und
Psychosozialer Berater

Sozialrecht (zertifiziert) | Integrationsberater | Coaching
Tel.: 07531/955401
Mail: Beratung@Riehle-Dennis.de

Es kann lediglich eine allgemeine Sozialgesetzaufklärung erfolgen.
Juristische Einzelfallbewertungen sind Rechtsanwälten vorbehalten.

Schmerzpatienten live im Psychologie-Seminar an der Uni Lübeck

Im Laufe des Lebens erleben 85% der Bevölkerung unspezifische Rückenschmerzen (Andersson, 1999). Das bedeutet, dass sich keine hinreichende organische Ursache für die Rückenschmerzen finden lässt (Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2017). Davon entwickeln sich in 2-7% der Fälle chronische Schmerzen (Andersson, 1999). Bei der Chronifizierung wird davon ausgegangen, dass neben körperlichen Faktoren insbesondere psychosoziale Einflüsse eine entscheidende Rolle spielen (Mohr, Korsch, Roch & Hampel, 2017). Dies ist der Grund, warum das Thema auch im Psychologiestudium behandelt wird. An der Universität zu Lübeck haben Psychologiestudierende im Master die Möglichkeit, sich im Wahlfach Schmerz intensiv mit der Wechselwirkung zwischen Schmerz und psychologischen Prozessen auseinanderzusetzen. Unter der Leitung von Prof. Michael Hüppe beschäftigen sich die Studierenden mit verschiedenen Arten von Schmerz und präsentieren ihre Ergebnisse in einem Vortrag. Zu diesem luden Jasmin Thurley und Marie Elisabeth Dankhoff die Leiterin der Selbsthilfegruppe chronischer Schmerzen Sabine Pump ein. Für SchmerzLOS e.V. engagiert sie sich in Lübeck und ist selbst von chronischen Rückenschmerzen betroffen. Dank ihrer jahrelangen Erfahrung und der Arbeit mit anderen Betroffenen, willigte Frau Pump sofort ein, dem Vortrag beizuwohnen. Nachdem Frau Thurley und Frau Dankhoff einen theoretischen Überblick verschafft hatten, erhielten ihre Kommiliton*innen

die Möglichkeit, Fragen an Frau Pump zu stellen. Dabei wurden unter anderem Themen wie die Entwicklung der chronischen Schmerzen, der Umgang von Behandelnden mit Schmerzpatient*innen und der Nutzen von Selbsthilfegruppen besprochen. Für die Studierenden stellte die Begegnung mit Frau Pump eine lehrreiche Ergänzung des Vortrages dar.

Quellen:

Andersson, G. B. J. (1999). *Epidemiological features of chronic low-back pain*. *The Lancet*, 354(9178), 581–585. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01312-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01312-4)

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin et al. (2017). *Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung*, 2. Auflage. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000353>

Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017). *Störungsbild unspezifischer chronischer Rückenschmerz*. In B. Mohr, S. Korsch, S. Roch & P. Hampel (Hrsg.), *Debora – Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention* (S. 7-23). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52739-9>



Please hold the line

Ich weiß ja nicht, wie es Ihnen geht, aber wenn ich telefonisch einen Arzttermin vereinbaren möchte, nehme ich mir schon mal einen Tag Urlaub. Manchmal auch eine pflanzliche Beruhigungstablette, weil ich weiß, dass mir ein schwieriger Tag bevorsteht. Nachdem ich ein reichhaltiges Frühstück eingenommen habe, nehme ich den Telefonhörer zur Hand und atme ein paarmal tief durch.

Mit zitternden Fingern wähle ich die Nummer und werde sogleich von einem Besetzzeichen belästigt. Eigentlich habe ich mich seelisch schon auf dieses in kurzen Intervallen auftretende Tuten eingestellt und doch kann ich nicht leugnen, dass ich genervt bin. Ich erledige den Abwasch. Dann versuche ich es erneut. Es tutet. Wieder in kurzen Intervallen. Ich sortiere Wäsche. Es ist ja nicht so, dass ich nichts zu tun hätte, aber ich möchte doch so gerne einen Arzttermin vereinbaren. Ich warte bis kurz vor Mittag, dann ist bestimmt nicht mehr mit einem so hohen Anrufer Aufkommen zu rechnen. Und tatsächlich. Der Anrufbeantworter geht ran und die freundliche Stimme am anderen Ende der Leitung bittet mich um etwas Geduld. Ich möchte weinen! Damit mein Geduldsfaden, der eh schon so dünn ist wie ein Spinnfaden, nicht endgültig reißt, werde ich mit sphärischen Klängen in einer Höllenlautstärke beschallt, die sich nach ungefähr 20 Sekunden von selbst zerstören. So jedenfalls hört es sich an, denn nun schaltet sich eine Engländerin hinzu, die mich bittet: Please hold the line. Zugegeben, die Stimme klingt verhältnismäßig entspannend, doch mit der Entspannung ist es jäh vorbei, denn schon ertönt wieder die Melodie, die ich schon kenne. Diesmal kann ich ein zusätzliches Schnarren vernehmen.

Dann, so ungefähr nach 20 Minuten „Please-hold-the-line – sphärische Klänge“ Mischmasch geht tatsächlich ein Mensch ran. Kurz überlege ich zu sagen „Oh, wie schön, es gibt Überlebende!“ entscheide mich dann aber doch dagegen. Die Arme kann ja auch nichts dafür, dass sie täglich mit nicht enden wollenden Diskussionen, Forderungen und Smalltalks behelligt wird. Ich mache es kurz. Nenne deutlich meinen Namen und das Geburtsdatum, den Grund meines Anrufes (Di, 22.10, 9.45 Uhr passt), wünsche noch einen schönen Tag (So schön, wie er eben noch werden kann...) und lege wieder auf.

Ich schaue auf die Uhr. Es ist 11.59 Uhr. Glück gehabt. Vielleicht rufe ich jetzt auch bei meiner Bank an. Ich habe ja heute Urlaub!

Eure Katrin

Autorin:

Katrin Meyer, Jahrgang 1967, ist Autorin und Fibromyalgie Betroffene. Das Schreiben hilft ihr, die großen und kleinen Herausforderungen mit einer chronischen Schmerzerkrankung zu meistern.

Sie lebt mit ihrer Familie und Hündin Laila in Hamburg.

Kolumne von Katrin Meyer

Informationen, die weiterhelfen

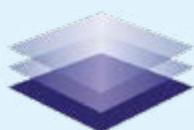
Auf unserer Internetseite: www.uvsd-schmerzlos.de/wissen-infos-bei-schmerzen/ finden Sie hilfreiche Informationen und Hilfestellung rund um das Thema Schmerzen:

- Schmerz-Lexikon:
 - Hier finden Sie Informationen von "Was ist chronischer Schmerz" über "Therapie Co." bis hin zu "Info-Flyern und Schulungen/Blogs zum Thema Schmerz"
- Arzt- und Therapeutesuche
- Nützliche Adressen
- Erfahrungsberichte von Schmerzpatienten
- "Schmerz"-Telefon
- Leitlinien zu einzelnen Schmerzerkrankungen
- Informationen zu seltenen Erkrankungen
- Renten-/Krankenversicherung, Steuer & Co.

Ein weiteres hilfreiches Angebot ist unser Mini-Shop

Unter www.uvsd-schmerzlos.de/verein/mini-shop/ haben Sie die Möglichkeit, die informativen Flyer und weitere Artikel direkt bei uns zu bestellen. Folgende Flyer bieten wir Ihnen an:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie 2. Schmerzen verstehen 3. Kopfschmerzen verstehen 4. Gesichtsschmerzen verstehen 5. Endometriose Schmerzen verstehen 6. CRPS (Morbus Sudeck) verstehen 7. Symptome bei Fibromyalgie 8. Schmerzkalendar mit Schmerzskala | <ol style="list-style-type: none"> 9. Klinik-Entlassung 10. Schwerbehindertenausweis - Informationen für Antragsteller 11. Notfall-Ausweis 12. Opioid-Pass 13. UVSD SchmerzLOS e. V. - Gemeinsam gegen den Schmerz 14. SHG gründen und leiten |
|---|---|



**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**

UVSD SchmerzLOS e. V. legt großen Wert auf Unabhängigkeit und Transparenz und verzichtet darum auf jegliche Zusammenarbeit mit Herstellern von Medizinprodukten. UVSD 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 selbstaufgelegten Prinzipien zu erfüllen und wird zusätzlich unangekündigt durch die Initiative überprüft. Die ausführliche Selbstverpflichtung finden Sie auf: www.uvsd-schmerzlos.de/verein/selbstverpflichtung/



Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

53604 Bad Honnef	Odilia Linden • Tel: 01 77 - 4 51 10 19 • linden@honnef.schmerzlos-ev.de	
32108 Bad Salzuflen / Lippe	Günter Kleinpenning • gkleinpenning1@teleos-web.de	In Gründung
23611 Bad Schwartau I + II	Dagmar Ewert • Tel: 0 45 25 - 25 75 • badschwartau@schmerzlos-ev.de	
51427 Bergisch Gladbach	SchmerzLOS SHG Bergisch Gladbach • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
14089 Berlin I + II	SchmerzLOS SHG Berlin I + II • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
12203 Berlin III + IV	SchmerzLOS SHG Berlin III + IV • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
10249 Berlin V	Michael Buchheim • fluss99@posteo.de	
31675 Bückeburg	Martina Petter • Tel: 01 51 - 28 97 58 99 • petter@bueckeburg.schmerzlos-ev.de	In Gründung
79098 Freiburg	SchmerzLOS SHG Freiburg • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
37075 Göttingen	Rosemarie Wenzel • Tel: 01 51 - 412 421 08 • wenzel@goettingen.schmerzlos-ev.de	
22175 Hamburg II	Katrin Meyer • meyer@hamburg.schmerzlos-ev.de	In Gründung
22417 Hamburg III	Petra Maziol • Tel: 01 70 - 7 55 44 73 • maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de	
22041 Hamburg IV	Elisabeth-C. Stöck • Tel: 01 72 - 13 644 53 • stoeck60@gmx.de	
30169 Hannover	Helge Libera • Tel: 05 11 - 5 36 67 70 • hannover@schmerzlos-ev.de	
21698 Harsefeld	Kai Begemann • Tel: 0 41 63 - 82 31 20 • harsefeld@schmerzlos-ev.de	
87629 Hopfen am See	SchmerzLOS SHG Hopfen am See • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
25813 Husum	SchmerzLOS SHG Husum • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
24103 Kiel	Doris Piy • Tel: 04 31 - 12 80 78 52 • piy@kiel.schmerzlos-ev.de	
76133 Karlsruhe	Ute Warnken • Tel: 07 21 - 49 52 91 • warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de	
51109 Köln	Ulrich Klee • Tel: 02 21 - 6 80 46 04 • klee@schmerzlos-ev.de	
23560 Lübeck I	Sabine Pump • Tel: 04 51 - 28 17 98 • luebeck1@schmerzlos-ev.de	
23560 Lübeck II	Telefon-Kontakt über KISS Lübeck • 04 51 - 69 33 95 84 • luebeck2@schmerzlos-ev.de	
84453 Mühldorf	SchmerzLOS SHG Mühldorf • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
80339 München	SchmerzLOS SHG München • 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
48143 - 48167 Münster	SchmerzLOS SHG Münster • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
24534 Neumünster I	Heike Norda • Tel: 0 43 21 - 5 33 31 • norda@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de	
24534 Neumünster II	Ellinor Kietzmann • Tel: 0 43 21 - 41 91 19 (ZKS) • kietzmann@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de	
24837 Schleswig	SchmerzLOS SHG Schleswig • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
49439 Steinfeld	Udo Schroeter • Tel: 01 77 - 7 64 65 58 • udo8791@gmail.com	
21423 Winsen (Luhe)	SchmerzLOS SHG Winsen • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
Österreich		
A-5020 Salzburg	SchmerzLOS SHG Salzburg • Tel: 0 43 21 - 8 77 62 55 • info@schmerzlos-ev.de	In Gründung
A 2851 Steiermark	Mario Stoiser • Tel: +43 6 64 - 2 12 63 77 • teams@gmx.at • CRPS-Gruppe	

Stand: 22.01.2022

In Gründung: An diesen Orten planen wir Selbsthilfegruppen und suchen jetzt schon Gruppenmitglieder um eine Gruppe realisieren zu können. Bei Interesse, nimm Kontakt zu uns auf! Wir freuen uns auf Dich!



Wir arbeiten unabhängig und transparent

Als gemeinnütziger Verein finanzieren wir uns ausschließlich durch Spenden, Mitgliedsbeiträge und durch Zuwendungen der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung.

Mit Ihrer Spende helfen Sie uns, unsere Arbeit als Verein fortzuführen. Dadurch können wir kleine oder große Projekte realisieren. Somit können wir unter anderem die Öffentlichkeit über Schmerzerkrankungen aufklären, Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen geben, in Arbeitskreisen in medizinischen Fachgesellschaften sowie bei der Erstellung von medizinischen Leitlinien mitwirken.

Helfen Sie uns mit Ihrer Spende, um weiterhin den Schmerzpatienten in Deutschland Unterstützung anbieten zu können.



Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

Zuwendungen (Spenden und Mitgliedsbeiträge) an UVSD SchmerzLOS e.V. sind nach § 10b EStG steuerlich abzugsfähig, da die Zuwendungen nur zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege verwendet werden.

Weitere Informationen oder die Zahlung per PayPal finden Sie auf unserer Internetseite:
www.uvsd-schmerzlos.de/verein/spenden/

SEPA-Überweisung/Zahlschein		Beleg für Kontoinhaber/Zahler-Quittung	
Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts		Konto-Nr. des Kontoinhabers	
BIC		Zahlungsempfänger SchmerzLOS e.V.	
Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen) SchmerzLOS e.V.		IBAN DE78830654080004750187	
IBAN DE78830654080004750187		BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters GENODEF1SLR	
BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen) GENODEF1SLR		SchmerzLOS e.V. Betrag: Euro, Cent	
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)		SPENDE	
Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)			
IBAN		Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name, PLZ und Straße des Spenders	
D E		Kontoinhaber/Zahler: Name	
Datum		Kontoinhaber/Zahler: Name	
Unterschrift(en)		Kontoinhaber/Zahler: Name	

(Quittung bei Bareinzahlung)

Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?

Dann gehören 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 eine große Hilfe sein. Sie bieten durch den Kontakt zu anderen Betroffenen eine Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch und ermöglichen in einem geschützten Bereich den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen.

Die Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland UVSD SchmerzLOS e. V., unterstützt 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!**



UVSD SchmerzLOS e. V.

Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland