

SchmerzLOS

AKTUELL

2/2017



Schmerzpatienten auf Reisen
Was sind „gute“ Studien?

Schmerzen bei Menschen mit
kognitiven Beeinträchtigungen

Trotz Migräne bin ich meine
eigene Schmerzmanagerin

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,



In unserer Organisation arbeiten alle Akteure unentgeltlich, mit vollem Einsatz und gehen oft über ihre physischen und psychischen Grenzen hinaus. Immer wieder stelle ich mir die Frage, wie lange wir auf dieser ehrenamtlichen Basis noch mit anderen Interessengruppen mithalten können. Die Diskussion um das Bundesteilhabegesetz hat mir gezeigt, wie professionell und auf hauptamtlicher Basis viele andere Organisationen und Verbände inzwischen organisiert sind: in den großen Sozialverbänden, den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, oder auch in den öffentlich-rechtlichen Landschaftsverbänden. Die Belange der Schmerzpatienten werden von diesen Organisationen zwar nicht ignoriert, sie spielen aber auch keine tragende Rolle. Die Entscheidungsträger in der Politik wissen vielfach nicht, was sich in den Sprechzimmern der Schmerztherapeuten abspielt. Sie wissen nicht, was es für einen Schmerzpatienten bedeutet, wenn er, trotz stärkster Schmerzen, sechs Monate auf einen Arzttermin warten muss.

Verstehen Sie das ruhig als Appell. Die Menschen mit chronischen Schmerzen bilden eine sehr große Bevölkerungsgruppe. Gemessen daran ist ihre Wahrnehmung verschwindend gering. Das liegt nicht nur daran, dass wir unsere Schmerzsymptome gerne verstecken. Es liegt auch daran, dass die Identifikation mit Gleichbetroffenen, das Zusammengehörigkeitsgefühl als Gruppe, fehlt. Jeder der Betroffenen betrachtet sein Problem als sein persönliches Schicksal. Deshalb ist es so schwer, die Interessen der Schmerzpatienten in Politik und Öffentlichkeit zu vertreten. Sollten Sie aber einmal die Gelegenheit haben, in unseren Selbsthilfegruppen teilzunehmen oder an unserem Messestand auf dem Schmerzkongress einen halben Tag lang zu hospitieren, werden Sie merken, welche Sorgen und Nöte mit der „unsichtbaren Behinderung“ der Schmerzerkrankung oft einhergehen.

Deshalb appelliere ich an Sie, unsere Leser: Wenn Sie als Betroffener oder als jemand, der beruflich mit Schmerzpatienten zu tun hat, eine Möglichkeit sehen, persönlich „mehr“ zu tun: Geben Sie sich einen Ruck! Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene und die Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) SchmerzLOS e.V. als die politische Organisation der Schmerzpatienten geben Ihnen viele Gelegenheiten, sich im Rahmen Ihrer persönlichen Neigungen und Möglichkeiten für die Menschen mit chronischen Schmerzen einzusetzen. Wir brauchen Sie!

Ein gutes und anregendes Leseerlebnis wünscht

Ihre / Eure

Heike Norda
1. Vorsitzende

Inhalt

Schmerzpatienten auf Reisen	3
Sicherheit auf Reisen	5
Medikamentenzuzahlung	5
Fehler im System	6
Schmerzen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	7
SchmerzLOS e.V. fordert Verbesserungen für Schmerzpatienten	9
Stellungnahme des SSW	10
Stellungnahme von Bündnis 90/Die Grünen	11
Kommentar zu den Stellungnahmen	12
Unsere Lübecker Selbsthilfegruppen sind umgezogen	13
Mona, die Geschäftsstellen-Katze berichtet	13
Trotz Migräne bin ich meine eigene Schmerzmanagerin	14
Patientenquittung - Transparenz einfordern	15
Aufgebauchte Diagnosen	16
Personalisierte Medizin	16
Medikamente ohne Zusatz-Nutzen	17
Aktionstag gegen den Schmerz	17
Was sind „gute“ Studien?	18
Überraschung: Kochsalzinjektion bessert Kniearthrose	19
Lange Wartezeiten	19
Verschiedene Nachrichten	20
Impressum	22
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	23
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	24

Schmerzpatienten auf Reisen

Mehr als 12 Millionen Deutsche leiden unter dauerhaften oder immer wiederkehrenden Schmerzen. Viele von ihnen verzichten aus Angst vor Komplikationen auf eine Reise. Doch das muss nicht sein. Trotz ihres chronischen Leidens können sie einen schönen Urlaub verbringen.

Ein Mitglied von SchmerzLOS e. V., Helga P., reist trotz ihrer Fibromyal-

schon positiv auf das Befinden und die Schmerzwahrnehmung aus. Damit es keine unangenehmen Zwischenfälle gibt, sollten vor der Reise einige Vorbereitungen getroffen werden. Eine Grundvoraussetzung bei der Reiseplanung ist natürlich die eigene körperliche Leistungsfähigkeit. Dementsprechend sollte der Charakter der Reise ausgewählt werden. Jemand, der in seiner Mobilität stark eingeschränkt ist, wird kaum einen Abenteuerurlaub

Bei der Planung einer Reise in ein Zielgebiet, das man noch nicht kennt, empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit einem Reisebüro. Die Mitarbeiter dort kennen viele Reiseziele persönlich. Wenn nicht, sind sie oft in der Lage, sich gewünschte Informationen zu beschaffen. Gut informieren sollte man sich darüber, ob es im Hotel auch Fahrstühle oder nur Treppen gibt oder wie das Gelände beschaffen ist, etwa hügelig oder eben. Helga P. sagte:



Begib dich einmal im Jahr an einen Ort, an dem du noch nie gewesen bist. *Dalai Lama*

gie und schmerzhaften Arthrose in mehreren Gelenken, oft und gern in fremde Länder. Sie sagt: „ich habe zwar Einschränkungen, möchte aber nicht auf das Reisen verzichten. so kann ich viele Eindrücke sammeln, die mir niemand mehr nehmen kann. Die Begegnungen mit den Menschen tun mir so gut. Meine Schmerzen sind in wärmeren Ländern erträglicher.“

Rechtzeitige Planung ist wichtig

Die Distanz zum Alltag wirkt sich oft

buchen. Aber ebenso sollte bedacht werden, dass selbst auf Kreuzfahrten das Ein- und Aussteigen aus dem Tenderboot, also wenn das Schiff nicht an einem Steg festmacht, schwierig sein kann. Dort ist es oft vom Seegang oder der Tide abhängig, ob Personen mit Geh-Einschränkungen an Land kommen können. Auch Ausflüge, die beispielsweise bei Kreuzfahrten zusätzlich gebucht werden können, sind nur selten komplett barrierefrei, vor allem in fernen Ländern.

„Ich buche nur im Reisebüro, weil die Mitarbeiter mir vieles abnehmen. Außerdem kennen sie mich und meine Bedürfnisse und Einschränkungen genau und beraten mich so individuell.“

Eine Last-Minute-Reise ist eher etwas für Gesunde, denn oft weiß man nicht, wie das Hotel ausgestattet ist, welche Entfernungen zum Strand zurückzulegen sind oder wo die nächsten Einkaufsmöglichkeiten sind.

Der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung empfiehlt sich bei der Buchung einer doch meist nicht billigen Reise immer. Informieren Sie sich über die verschiedenen Varianten. So gibt es z. B. auch Versicherungen, die den Reiseabbruch mit versichern. Ebenso gibt es Unterschiede, ob bei Vorerkrankungen ein Leistungsanspruch besteht. Auch bei einem notwendigen Rücktransport des Erkrankten kann es zu Problemen kommen: In den Versicherungsbedingungen wird unterschieden zwischen einem medizinisch notwendigen Rücktransport (zum Beispiel, wenn die Erkrankung im Reiseland nicht ausreichend behandelt werden kann) und einem medizinisch sinnvollen Rücktransport, also wenn die vertrautere Umgebung der Genesung dienen würde. Dieser Unterschied kann schnell mehrere Tausend Euro ausmachen. Klären Sie unbedingt auch vor der Reise ab, wer die medizinische Notwendigkeit eines Rücktransportes in die Heimat festlegt: die Versicherung oder ein unabhängiger Arzt.

Wer ins Ausland fährt, sollte vorab die Krankenkasse kontaktieren und/oder gegebenenfalls eine Auslandskrankenversicherung abschließen, um im Krankheitsfall abgesichert zu sein. Die Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC-Karte) ersetzt seit 2004 den Auslandskrankenschein (§ 291 a Abs. 2 SGB V).

Bei Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung sollten diese Fragen geklärt werden:

- Schutz bei Vorerkrankungen bzw. chronischen Erkrankungen?
- Medizinisch notwendiger Rücktransport eingeschlossen (→ Wer definiert die medizinische Notwendigkeit?)
- Länge der gesamten Reise abgedeckt?
- Altersbegrenzungen?



Vor der Reise sollten Schmerzpatienten sich von ihrem Arzt beraten lassen, welche Therapien in der Reisezeit wegfallen können und vor allem, welche Medikamente und Hilfsmittel auf die Reise mitgenommen werden müssen. Dabei geht es nicht nur um Schmerz-Medikamente, sondern auch um Geräte, wie beispielsweise das TENS-Gerät. SchmerzLOS e. V. rät zum Beispiel, den Analgetikabedarf nicht zu knapp zu kalkulieren. Denn Durchfall, Erbrechen, aber auch eine ungeplante Reiseverlängerung durch einen Streik oder Unwetter, könnten den Bedarf erhöhen. Patienten, die Reisen mit Zeitverschiebung unternehmen, sollten eine zweite Uhr mitnehmen, um die richtigen Einnahmeabstände einzuhalten.

Schmerzmittel bei Auslandsreisen

Bei chronischen Schmerzen ist manchmal die Medikamenten-Einnahme schuld daran, dass es zu starken Nebenwirkungen oder zu einer Verschlimmerung der Symptome kommt und eine Klinik-Einweisung notwendig wird. SchmerzLOS e.V. gibt daher einen handlichen Patienten-Pass heraus, der Betroffenen auf einfache Weise hilft, alle Medikamente korrekt einzunehmen. Der Pass steht kostenfrei auf der Website von SchmerzLOS e.V. zum Download zur Verfügung, Menü > Service für Schmerzpatienten > Ratgeber. Mitglieder erhalten ihn kostenlos auch

per Briefpost zugesandt.

Die medizinische Notwendigkeit der Medikamente sollte immer nachweisbar gemacht werden - mit Beipackzettel, Attest, Bescheinigungen etc. Alle wichtigen Informationen kann man sich vorher übersetzen lassen, am besten in die Sprache des Urlaubslandes und sicherheitshalber, z. B. bei Umsteigeflugverbindungen, auch ins Englische. Die mögliche Limitierung der Höchstmengen von Medikamenten sollte beachtet werden. Zeitverschiebungen, veränderte Klimabedingungen und Komplikationen (Durchfall, Erbrechen) sollten Reisende mit einkalkulieren, ebenso die Möglichkeit, dass vor der Reise in ein sehr warmes Land ein Opioidpflaster möglicherweise auf eine andere Darreichungsform umgestellt werden muss, denn wenn die Betroffenen zu viel schwitzen, wird mehr Wirkstoff als beim Aufenthalt im deutschen Klima abgegeben.

Schmerz- und Betäubungsmittel können bei der Einreise in andere Länder beschlagnahmt werden. Patienten, die auf diese Medikamente angewiesen sind, müssen deshalb den Beipackzettel sowie - in nicht-deutschsprachigen Ländern auf Englisch übersetzt - ein ärztliches Attest vorweisen können, das erklärt, dass der Patient selbst das Medikament auf ärztliche Verordnung einnehmen muss und es dazu dient, ihn während des Aufenthalts gesund zu erhalten. Es wird empfohlen, diese ärztliche Erklärung von der Gesundheitsbehörde des jeweiligen Bundeslandes beglaubigen zu lassen.

Der Patient darf die Menge an Schmerzmitteln mit sich führen, die er wegen seines Gesundheitsproblems für die Zeit des Aufenthalts benötigt. Bei der Zollklärung müssen diese Medikamente angegeben werden. Es ist ratsam, bei der zuständigen Botschaft in Deutschland die genauen Richtlinien des jeweiligen Landes zu erfragen.

Da keine international harmonisierten Bestimmungen für die Mitnahme von Betäubungsmitteln auf Reisen außerhalb des „Schengen-Raums“ bestehen,

müssen die nationalen Bestimmungen des jeweiligen Ziel- oder Transitlandes berücksichtigt werden. Den Patienten ist dringend anzuraten, die Rechtslage im Reiseland vor Antritt der Reise abzuklären. Einige Länder verlangen zusätzlich Importgenehmigungen, schränken die Menge der mitzuführenden Betäubungsmittel ein oder verbieten die Mitnahme von bestimmten Betäubungsmitteln sogar generell. Hierzu kann die jeweilige diplomatische Vertretung des Ziellandes in Deutschland Auskunft erteilen. Weitere Tipps und verschiedene Vordrucke finden Sie auf der Website von SchmerzLOS e.V. im Menü > Service für Schmerzpatienten > Ratgeber. Dort können Sie auch eine Bescheinigung downloaden, auf der Ihnen Ihr Arzt bestätigt, dass Sie eine größere Menge an Flüssigkeit oder ein

TENS-Gerät im Handgepäck mitführen müssen. Patienten, die auf Opiode angewiesen sind, sollten immer ihren Opioid-Ausweis mit sich führen; diesen finden Sie auch auf der Website von SchmerzLOS e.V. unter dem o. a. Menüpunkt.

Medikamente sollten bei Flugreisen immer im Handgepäck mitgeführt werden, da es durchaus möglich ist, dass der Koffer verspätet ankommt oder sogar verloren geht. Schmerzpatienten sollten bedenken, dass sie ihr gewohntes Präparat nicht oder nur mit großen Mühen exotischen Ländern bekommen können. Für den Fall, dass sich wider Erwarten Erbrechen oder Durchfall ansagen, sollten vorbeugend Schmerzmittel zusätzlich in Form von Zäpfchen oder Spritzen mitgenommen werden. Wer in die Sonne reist,

kann die Präparate in einer Isoliertasche aufbewahren. Wichtig: Bei Fernreisen in eine andere Zeitzone muss die Einnahmezeit entsprechend angepasst werden! Die kann man schon vorher ausrechnen.

Tipp: Bei chronischen Rückenschmerzen hilft auf langen Autofahrten oder Flugreisen meist ein Nackenkissen. Es unterstützt die gerade Haltung des Kopfes und entlastet die gesamte Wirbelsäule. Dies ist auch sinnvoll im Hotel, weil dort Matratzen oder Kissen oft viel zu weich sind. Seien Sie auf jeden Fall rechtzeitig zur Kontrolle am Flughafen.

Opioidausweis,
Patienten-Pass
und Reisedokumente



Sicherheit auf Reisen

Digitale Passkopien

Wenn Reisedokumente gestohlen werden oder verloren gehen, kostet das Geld, Zeit und Nerven. Wohl dem, der vorgesorgt hat.

Das M@il-Postfach kann Urlaubern dabei helfen, im Falle eines Diebstahls die Nerven zu bewahren. Scannen Sie vor der Reise Ausweis, Reise- und Versicherungsdokumente und schicken Sie die Dokumente an Ihre eigene Mailadresse. Bei Bedarf rufen Sie am Hotelterminal, Internetcafé oder mit Ihrem Handy Ihren Account auf und laden Ihre gescannten Dokumente herunter. Das wird Ihnen Legitimation und Anzeige im Konsulat oder bei der Polizei des Urlaubslandes erleichtern. Wichtig: Verlassen Sie Ihr Postfach an öffentlichen PCs immer über Log-out. Deaktivieren Sie die automatische Vervollständigung des Passworts (unter >Extras, >Internetoptionen, >Inhalt).

Kannst du das Anderssein eines anderen Menschen nicht verzeihen, bist du noch weit ab vom Wege zur Weisheit.

Konfuzius, 551-479 v.Chr.

Medikamentenzuzahlung



Immer weniger Medikamente sind dem Deutschen Apotheker-Verband (DAV) zufolge von der Zuzahlung befreit: Nur jedes fünfte Rabattarzneimittel sei teilweise oder komplett von der gesetzlichen Zuzahlung befreit. Im Vorjahr war es noch jedes dritte Medikament. Der DAV teilte mit, dass die Befreiungsquote zu Jahresbeginn 2017 auf 22,8 Prozent gefallen sei. Ende 2016 lag dieser Wert noch bei 31,6 Prozent. Ursachen für die niedrigere Quote seien ausgelaufene Rabattverträge und das Inkraft-

treten neuer Verträge zum Jahreswechsel. Dadurch sparen die Krankenkassen jährlich mehrere Milliarden Euro ein. Die Apotheker beklagten, dass die Rabattverträge die Versorgungsfähigkeit und Therapiebreite in den Apotheken erheblich einschränkten. Unverständlich sei es aber, dass sie Krankenkassen ihre Versicherten nicht an den Ersparnissen teilhaben ließen.

Im Jahr 2015 haben die gesetzlichen Krankenkassen durch Rabattverträge mehr als 3,6 Milliarden Euro eingespart. Allein in den ersten drei Quartalen des Jahres 2016 beliefen sich die Ersparnisse auf mehr als 2,8 Milliarden Euro, laut DAV ein neuer Rekordwert. Die gesetzlichen Zuzahlungen für Arzneimittel zu Gunsten der Krankenkassen liegen aktuell bei mehr als zwei Milliarden Euro jährlich.

Fehler im System

ARD-Magazin „Fakt“ berichtet: Hanebüchene Zeitbudgets für ambulant tätige Haus- und Fachärzte

Nils Leifeld

Am 21.02.2017 befasste sich die Redaktion „Fakt“ im MDR-Fernsehen in 8 Minuten Sendezeit mit „perversen“ Auswirkungen der kassenärztlichen sogenannten Zeitbudgets. Jede Überschreitung der ärztlichen Arbeitszeitobergrenze von täglich 12 Stunden (bzw. aufs Vierteljahr bezogen 780 Stunden Arbeitszeit) führt bundesweit unweigerlich zu „sachlich-rechnerischer Korrektur“ der Arztabrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – mit anderen Worten: führt zu gewaltigen Honorarrückforderungen gegen den Arzt. Nichts anderes als Regress! Und nicht nur das – es schwingt auch regelmäßig der ehrenrührige Verdacht mit, „dass die abgerechneten Leistungen vielleicht gar nicht erbracht sein können.“

Als Aufhänger des Fakt-Beitrages dient der Fall eines Hausarztes in einer Plattenbausiedlung in Borna/Sachsen. Lothar Ritter ist ein überaus engagierter Allgemeinmediziner. Um dem großen Bedarf an ärztlicher Betreuung in seiner sächsischen Heimatstadt Borna nachzukommen, arbeitet er oft auch am Wochenende und weit in den späten Abend hinein. 1400 Stunden hat er in den Jahren 2012 und 2013 pro Quartal gearbeitet. Dafür hat ihm die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen nun eine sechsstellige Strafzahlung aufgebremmt.

Rund 180 000 Euro soll Ritter demnach zurückzahlen. Erlaubt sind nämlich nur 780 Stunden pro Quartal – das jedenfalls besagen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der gesetzlichen Krankenkassen. Der niedergelassene Allgemeinmediziner begründet sein großes Arbeitspensum mit einer hohen Anzahl chronisch Kranker, an Schmerzpatienten und vielen Hausbesuchen. Offenbar ist das Schicksal des Arztes

aus Borna kein Einzelfall in Sachsen: Knapp 1700 Abrechnungen beanstandet die KV im Freistaat pro Quartal wegen einer Zeitfonds-Überschreitung. Und in anderen Bundesländern verhält es sich nicht anders. Grundlage für die Berechnung ärztlicher Leistungen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der gesetzlichen Krankenkassen. Dieser bestimmt, wie viel Geld und Zeit dem Arzt für jede seiner Tätigkeiten berechnet wird. Zahlreiche Experten sehen an dieser Stelle einen Fehler im System.

„Man kann die Arbeit am Patienten nicht pauschalisieren und auf Minutenwerte runterrechnen. Ein Ultraschall dauert mal fünf Minuten, mal 20 Minuten. Und deswegen funktioniert das auf Zeit Runterrechnen nicht“, sagt beispielsweise die Internistin Ilka Enger, ein ehemaliges Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern. Schon 2011 stellte das renommierte IGES-Institut in einer Expertise fest, dass das EBM-Kalkulationssystem wenig geeignet sei, Preise für ärztliche Leistungen zu berechnen. Außerdem hätten die Zeitprofile, also die für bestimmte Tätigkeiten kalkulierte Zeit, keine empirische Basis, seien lediglich geschätzt, so das Institut, „und die verwendeten Zeitangaben scheinen um durchschnittlich mehr als 30% von den tatsächlich erbrachten Zeiten abzuweichen.“ Bezeichnend nicht weniger: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV verweigerte der ARD ein Interview dazu.

Karl Lauterbach, Gesundheitsexperte der SPD-Fraktion im Bundestag, sieht in der Honorar-Rückforderung gegen Ärzte ein klassisches Beispiel für die Zweiklassenmedizin. Während der EBM für gesetzlich versicherte Patienten enge Zeitkontingente vorschreibe, könnten sich Ärzte bei der Behandlung von Privatpatienten mehr Zeit lassen - und jede Leistung einzeln ab-

rechnen. Weiter kritisiert Lauterbach, dass Ärzte, die viele gesetzlich Versicherte behandeln, nicht nur tendenziell weniger verdienen als Kollegen mit vielen Privatpatienten, sondern zusätzlich auch viel öfter für die Überschreitung ihres Zeitbudgets bestraft würden.

O-Ton eines betroffenen Arztes: „Es ist wirklich dann auch Angst im Spiel, es hat was Existentielles oft dann auch ... und das ist richtig bedrohlich, wenn einem plötzlich 30.000 oder 40.000 € weggenommen werden, man fühlt sich einer Willkür ausgeliefert.“ Aus Angst vor Regressen schicken viele Hausärzte ihre Patienten vor einer Überschreitung des Zeitbudgets lieber nach Hause. Für Lothar Ritter aus Borna bedeutet das nur noch mehr Arbeit, da er die Kranken seiner Kollegen in der sächsischen Kleinstadt noch mitbehandeln muss. Für eine Stellungnahme im Fall Ritter konnte sich die KV Sachsen nicht durchringen. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnte ein Interview ab. Wie es nun weitergehen soll, weißt der Mediziner nicht. „Die Summe, die ich zahlen muss, geht schon an meine Existenz, sodass ich nicht mehr weiß, wie ich die Personalkosten bezahlen kann“, so Ritter.

Kernfrage von „Fakt“: „Bestrafung für zu viel Engagement? Ärzte sollen und müssen ihren Beruf gewissenhaft ausüben. Doch diejenigen, die zu fleißig sind, bekommen Post von der Kassenärztlichen Vereinigung – mit existenzbedrohenden Folgen.“

Der ganze Film ist unkompliziert über die ARD-Mediathek abzurufen unter dem folgenden Link: <http://www.mdr.de/fakt/fakt-ueberlastete-hausaerzte-100.html>. Die Sendung lief am Dienstag, 21.02.17, um 21:45 Uhr.

Schmerzen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Eva Zöller

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, z.B. mit einer geistigen Behinderung oder mit einer Demenz, tauchen im Selbsthilfebereich verständlicher Weise selten auf, da sie oft mehr auf Hilfe angewiesen und auch weniger mobil sind. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass einige von ihnen unter Schmerzen leiden. Schaut man sich Risikofaktoren für chronische Schmerzen an, so finden sich bei Menschen mit geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen einige, wie z.B. dauerhafte Fehlstellungen und -haltungen, Schluckbeschwerden oder auch die schlechte medikamentöse Versorgung von Akutschmerz. Menschen mit frühkindlichen Behinderungen haben zudem ein höheres Risiko für spätere chronische Schmerzen aufgrund zahlreicher Krankenhausaufenthalte, Operationen, Schmerzen und psychischen Belastungen im frühen Kindesalter.

Vermutlich werden Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem Schmerzerleben oft falsch eingeschätzt, da Schmerz eigentlich nur durch Selbsteinschätzungen gut erfasst werden kann. Für einige kognitiv beeinträchtigte Menschen ist es schwer, eigene Schmerzen als solche einzuordnen oder sie so mitzuteilen, dass sie verstanden werden. Das liegt nicht nur an der kognitiven Einschränkung, sondern auch an weiteren Schwierigkeiten: Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer Demenz haben oft zusätzliche Beeinträchtigungen in den Bereichen Sprache, Motorik, Wahrnehmung, Sozialkontakt oder Emotionalität. Hinzu kommt bei manchen Formen von Demenz eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur und bei einer geistigen Behinderung ein erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung. All

diese Faktoren können die Schmerzwahrnehmung verändern und den Schmerzausdruck behindern.

Der Ausdruck von Missempfinden ist für Ärzte oder Pflegepersonal entsprechend schwer zu deuten, so dass es öfter fehlgedeutet und nicht immer ernst genommen wird. Verhalten sich die betroffenen Menschen auffällig, so wird Schmerz als mögliche Ursache nicht immer mitbedacht, da auch zahlreiche andere Faktoren eine Rolle spielen könnten, z.B. Über- oder Un-

Können schwer beeinträchtigte Menschen keine Selbsteinschätzung ihrer Schmerzen geben, so sind sie darauf angewiesen, dass Bezugspersonen Anhaltspunkte dafür erkennen.

terforderung, die fehlende Möglichkeit, bestimmte Wünsche auszudrücken, psychiatrische Auffälligkeiten oder eine mangelnde Impulskontrolle. Die Behandlung von Akutschmerz ist jedoch umso schlechter, desto schwerer der Schmerzausdruck gedeutet werden kann. Um Patienten im Krankenhaus gerecht zu werden, gibt es im Bereich der Pflege seit ein paar Jahren die beiden Expertenstandards Schmerz für den Umgang mit akuten und chronischen Schmerzen. Sie bieten einen guten Handlungsleitfaden für das Erkennen von und den Umgang mit Schmerzen für das Pflegepersonal, das entsprechend geschult wird. Diese beiden Expertenstandards werden auch bei der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend umgesetzt.

Ein wichtiger Punkt ist dabei die Schmerzerfassung. Können schwer beeinträchtigte Menschen keine Selbsteinschätzung ihrer Schmerzen geben, so sind sie darauf angewiesen, dass

Bezugspersonen Anhaltspunkte dafür erkennen. Dabei kann es sich um am Körper sichtbare Anzeichen von Schmerz handeln, um Äußerungen durch Worte, Laute, Gestik oder Mimik oder um Verhaltensänderungen. Bei der gezielten Beobachtung können die folgenden Fragen hilfreich sein:

Spricht die Person über Schmerzen oder unangenehme Empfindungen? Zeigt sie Auffälligkeiten in Mimik, Gestik, Körperhaltung oder Verhaltensweisen?

Gibt sie ungewöhnliche Laute von sich (z.B. Stöhnen, Lachen, Husten, auffallende Atmung, Jammern)?

Hat sie eine erhöhte Muskelspannung, erhöhten Puls oder eine veränderte Hautfarbe?

Ist sie unselbständiger oder kann sie sich schlechter bewegen als üblich?

Werden Schwitzen, Erbrechen, Fieber, Blutspuren, Schwellungen, Hämatome, Rötungen, Steifheit oder Druckempfindlichkeit beobachtet?

Wirkt sie verwirrt, abwesend, auffallend unruhig, reizbar, ängstlich, müde oder zurückgezogen?

Sind diese Beobachtungen unterschiedlich in Ruhe und bei Bewegung? Lehnt die Person Pflege oder Nahrung ab?

Schläft sie schlecht?

Gibt es weitere Faktoren, die Schmerzen auslösen könnten? Welche?

Welche Medikamente nimmt die Person ein?

Wenn es möglich ist, mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen, sollte sie mit ausreichend Zeit nach den folgenden Punkten befragt werden:

Wo ist der Schmerz? (die Patient/in sollte selbst auf die schmerzenden Körperregionen zeigen)

Wie stark ist der Schmerz? (z.B. Skala mit Zahlen von 1 bis 10 oder mit „Smileys“)

Wie fühlt sich der Schmerz an? (die Person beschreibt in eigenen Worten den Schmerz; hat sie Schwierigkeiten mit der Beschreibung, können Wörter vorgeschlagen oder ihr verständliche Abbildungen wie Fotos, Zeichnungen oder Piktogramme gezeigt werden.)

Wie hat sich der Schmerz entwickelt? (z.B. erstes Auftreten, weiterer Verlauf)

Was hilft gegen den Schmerz oder macht ihn schlimmer? (z.B. Wärme-/Kältekissen, Lagerung/Bewegung, Anteilnahme; hier ist auch die Befragung von anderen Bezugspersonen wichtig.)

Auswirkungen auf das Alltagsleben: Was hat sich durch den Schmerz verändert? (z.B. Schonhaltung, Appetitlosigkeit, sozialer Rückzug, Stimmungslage)

Alle Beobachtungen und Aussagen werden aufgeschrieben, um sie in der nächsten Situation nachschlagen zu können. Das hilft dabei, längerfristig eine immer bessere Einschätzung treffen zu können. Ist ein direktes Gespräch nicht möglich, so sollten weitere Bezugspersonen hinzugezogen werden, um Fremdeinschätzungen aus unterschiedlichen Sichtweisen vergleichen zu können. Diese Einschätzungen sind oft verschieden, und das Gespräch darüber kann dabei helfen, den von Schmerzen betroffenen Menschen besser zu verstehen. Es gibt auch Skalen und Fragebögen zur Fremdeinschätzung, die bei der Fremdeinschätzung von Schmerzen helfen können. Zwei Möglichkeiten sind z.B. die BESD-Skala für Demenz (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz 2008) und die EDAAP-Skala für schwer beeinträchtigte Menschen (Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung 2009).

Betrachtet man die Schmerzbewältigung, so geht das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell davon aus, dass die Verbindung von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren am wirkungsvollsten gegen das Schmerzerleben ist. In Kombination mit einer

gut abgestimmten Medikation / therapeutischen Behandlung und einem passenden Tagesrhythmus sind es für viele Schmerzpatienten oft die eigenen Bewältigungsstrategien, die lindernd wirken können z.B. Ablenkung, sanfte Bewegung oder favorisierte Musik. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen benötigen besondere Unterstützung, um hilfreiche therapeutische Maßnahmen und Bewältigungsstrategien zu finden und umsetzen zu können. Auch hier sind wieder Angehörige genauso wie pflegerische, therapeutische und medizinische Begleitpersonen gefragt - und insbesondere deren gute Zusammenarbeit mit möglichst regelmäßigen Absprachen.

Um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Schmerzen besser gerecht werden zu können, muss in Zukunft noch mehr geforscht werden. Außerdem ist eine bessere Verbindung zwischen Theorie und Praxis und eine gute Vernetzung aller Beteiligten notwendig, um auftretende Schwierigkeiten zu erkennen und mehr Möglichkeiten zu finden, sie zu vermeiden bzw. damit umzugehen. Über einen Erfahrungsaustausch würde ich mich sehr freuen!

Literatur:

Arbeitskreis Alter und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (2008). BESD Beurteilung von Schmerzen bei Demenz. Kontakt: M. Schuler, Diakonie-Krankenhaus Mannheim.

*Belot, M., Marrimpoe, P., Rondi, F. & Jutand, M.-A. (2009). Bogen zur Evaluation der Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderung – die EDAAP-Skala. In: N. J. Maier-Michalitsch (Hrsg.), *Leben pur – Schmerz*. Verlag Selbstbestimmtes Leben: Düsseldorf.*

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014).

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen.

*Ebinger, F. & Lohse-Busch, H. (2010). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Behinderung. In: F. Ebinger (Hrsg.), *Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Diagnostik und Therapie*. Thieme: Stuttgart. 272-280.*

*Oberlander, T.F., Burkitt, C.C. & Symons F.J. (2011). Pain in individuals with intellectual disabilities. In: M.E. Lynch, K.D. Craig & P.W.H. Peng (Ed.), *Clinical Pain Management*. Blackwell: Chichester. 326-334.*

*Osterbrink, J., Hufnagel, M., Kutschar, P. et al. (2012). Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. *Der Schmerz*, 26 (1), 27-35.*

Zöller, E. (2014). Wirkfaktoren und ihre Zusammenhänge bei der Bewältigung chronischer Schmerzen. Lengerich: Pabst

Kontakt:

Dr. Eva Zöller
Dipl. Heilpädagogin, Dipl. Sportlehrerin
eva.zoeller@biomail.de

Herz-Jesu-Haus Kühr
Therapeutischer Dienst
Marktstraße 62, 56332 Niederfell

Jede vierte Krankenkasse erhöht die Beiträge

Zum Jahreswechsel 2016/17 hat jede vierte gesetzliche Krankenkasse den Beitragssatz erhöht. 27 der 113 Kassen wurden teurer. Erstmals verlangten nun alle Kassen einen Zusatzbeitrag. Die Spanne der Beiträge reichte von 14,6 Prozent bei der Metzinger BKK und der AOK Sachsen-Anhalt bis zu 16,4 Prozent bei der BKK Vital. Die großen bundesweiten Anbieter Barmer, Techniker Krankenkasse und DAK Gesundheit veränderten ihre Beiträge nicht. Im Jahr zuvor hatten noch zwei Drittel der gesetzlichen Krankenkassen ihre Beiträge erhöht.

SchmerzLOS e. V. fordert Verbesserungen für Schmerzpatienten

Der Vorstand des Vereins setzt sich seit der Gründung für Verbesserungen für Schmerzpatienten ein. Im April wurden allen im Bundestag vertretenen Parteien die erarbeiteten „Politischen Forderungen“ der Patientenorganisation übergeben.

Die Forderungen lauten:

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

Immer wieder stellen die ehrenamtlichen Mitarbeiter von SchmerzLOS e. v. fest, dass es für viele Schmerzpatienten, vor allem in dünn besiedelten Gebieten Deutschlands, schwer ist, einen Therapieplatz in der Schmerztherapie oder auch in der ambulanten Psychotherapie zu bekommen. SchmerzLOS e. V. fordert die Politiker auf, hier durch eine entsprechende Regelung dafür zu sorgen, dass die Wartezeiten nicht länger als vier Wochen betragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verweisen gern darauf, dass die neu eingerichteten Terminservicestellen kaum genutzt würden. Aber was nützt es einem wenig mobilen Menschen beispielsweise aus Schleswig-Holstein, wenn er einen Termin bei einem 60 Kilometer entfernten Schmerztherapeuten bekommt? Der Vorstand von SchmerzLOS e.V. ist sicher, dass bei ausreichender Vergütung auch der Gespräche, die ein Schmerztherapeut führen muss, sich genügend Ärzte finden lassen, die eine Weiterbildung in Schmerzmedizin anstreben. Hausärzte sollte es

zur Pflicht gemacht werden, sich in der Schmerzmedizin fortzubilden, um der Chronifizierung vorzubeugen. Ein Arzt, der ausschließlich als Schmerztherapeut tätig ist, sollte seinen Kassensitz nur an einen anderen Schmerztherapeuten weitergeben dürfen, auch Arztgruppenübergreifend. Dies würde bedeuten, dass beispielsweise ein Anästhesist, der als Schmerztherapeut arbeitet, seinen Kassensitz auch an einen Orthopäden abgeben dürfte, wenn dieser ebenfalls ausschließlich als Schmerztherapeut tätig sein möchte. Diese Regelung gilt bereits in Schleswig-Holstein, sollte aber auch das gesamte Bundesgebiet ausgeweitet werden.

Auch Medizinstudenten sollten durch mehr Angebote in der Lehre und bei den Famulaturen (Praktikum für angehende Mediziner) für die Schmerzmedizin begeistert werden.

Stark wirksame Medikamente (Opiode), auf die ein Patient eingestellt ist, sollten nicht ausgetauscht werden dürfen, wenn die Krankenkasse des Versicherten mit einem anderen Hersteller einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Schmerzfreiheit ist das Grundrecht für jeden Menschen.

Schließlich fordert SchmerzLOS e.V. die Budgetfreiheit für Schmerztherapie, damit Schmerzpatienten stets eine ausreichende Therapie bekommen, auch beispielsweise Physiotherapie.

Im Rahmen der Mitbestimmung bzw. Patientenbeteiligung werden viele wichtige Entscheidungen immer noch ohne Patientenbeteiligung bzw. ohne deren Stimmrecht getroffen. Im Zulassungsausschuss für Ärzte sind zwar Patientenvertreter anwesend, haben aber kein Stimmrecht. Solche Entscheidungen sind aber für diejenigen, die die Beiträge im Gesundheitswesen neben den

Arbeitgebern aufbringen, genauso wichtig wie für die ebenfalls im Zulassungsausschuss beteiligten Ärzte und Krankenkassenvertreter, die mit Stimmrecht ausgestattet sind. SchmerzLOS e. V. glaubt, dass in allen solchen Ausschüssen die Patientenvertreter genauso viel Einfluss durch ein Stimmrecht haben sollten wie die anderen Mitglieder in solchen Ausschüssen. Diese Forderung erfordert Gesetzesänderungen.

Die letzte Forderung an die Politiker stellt SchmerzLOS e. V. bereits seit Jahren: die Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“.

Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) bildet den Rahmen für die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB). Von diesem Rahmen darf nicht abgewichen werden. Chronischer Schmerz ist dort nur mit einer „Kann-Formulierung“ erfasst. Weil Chronischer Schmerz aber nicht immer mit messbaren Funktionsbeeinträchtigungen einhergeht, erhalten Schmerzpatienten oft nicht einen GdB von mindestens 50. der Voraussetzung für die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ist. Dabei werden die bio-psycho-sozialen Folgen der Schmerzerkrankung nach Ansicht von SchmerzLOS. V. nicht berücksichtigt und damit auch nicht korrekt bewertet. SchmerzLOS e. V. fordert daher, die VersMedV den elementaren Bedürfnissen der Schmerzpatienten entsprechend anzupassen.

Die Antworten und Reaktionen der Landespolitiker lesen Sie auf den folgenden Seiten. Die kompletten politischen Forderungen können Sie auf unserer Website lesen:

www.schmerzlos-ev.de/Information-für-schmerzpatienten/politische-forderungen/

Ste llungnahmen zu Forde- rungen von SchmerzLOS e.V., Unabhängige Verei- nigung aktiver Schmerzpati- enten in Deutschland (UVSD) 04.04.2017

Sehr geehrte Frau Norda, liebe Mit-
glieder des Vereins SchmerzLOS
e.V.,

haben Sie vielen Dank für die Zu-
sendung Ihrer politischen Forde-
rungen, die sie für PatientInnen mit
chronischen Schmerzen erarbeitet
haben, und für die umfassenden Er-
läuterungen hierzu.

Gerne nehmen wir im Folgenden
die Möglichkeit wahr, Ihnen hierzu
Rede und Antwort zu stehen. Da
wir Ihrer Mail keinerlei Deadline
entnehmen konnten, hoffen wir,
dass Sie unsere Antworten nun wie
angekündigt für Ihre Mitglieder-
zeitschrift verwenden können. Für
Rückfragen stehen wir natürlich
gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Martin Lorenzen
(Landesgeschäftsführer des SSW)

1. Verbesserung der Versorgungs- strukturen für Schmerzpatienten

Ganz grundsätzlich weisen Sie völ-
lig zu Recht auf die bundesweit un-
zureichende Versorgungssituation
von PatientInnen mit chronischen
Schmerzen hin. Auch bei uns in
Schleswig-Holstein ist ihre Versor-
gung leider längst nicht auf dem
Niveau, das der SSW anstrebt. Als
Flächenland stehen wir hier natür-
lich vor ganz besonderen Heraus-
forderungen. Dennoch sind wir, wie
Sie sicher wissen, auf dem richtigen
Weg: Die Kassenärztliche Vereini-
gung und die Krankenkassen haben
sich im Februar vergangenen Jah-
res auf ein Konzept zur Sicherung

der (ambulanten) Versorgung von
SchmerzpatientInnen geeinigt. Dies
ist ein sehr wertvolles Signal auch für
andere Länder. Der SSW unterstützt
die hier vereinbarte Ergänzung des
Bedarfsplans und den Erhalt der
Schmerztherapie als wichtiges me-
dizinisches Versorgungsziel aus-
drücklich und in vollem Umfang.
Als besonders zentral sehen wir die
Vereinbarung, nach der alle für die
spezielle Schmerztherapie vorhan-
denen Arztsitze erhalten werden
sollen. Hier werden wir sehr genau
hinschauen und im Bedarfsfall un-
terstützend einwirken. Auch wenn
wir wissen, dass wir als Landespartei
vor allem auch über die Mediziner-
ausbildung auf Verbesserungen hin-
wirken müssen (was wir natürlich
ebenfalls anstreben), hoffen wir, dass
diese Maßnahmen zunächst einmal
die Basis der Versorgung sichert.

2. Keine wichtigen Entscheidun- gen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht

Der SSW tritt traditionell für eine
menschenwürdige Gesundheitsver-
sorgung ein, die vom Patienten bzw.
von der Patientin aus gedacht wer-
den muss. Das Wohl des erkrankten
Menschen muss aus unserer Sicht
bei allen Entscheidungen maßgeb-
lich sein und Vorrang beispielswei-
se vor wirtschaftlichen Interessen
haben. Auch wenn uns natürlich
bewusst ist, dass leider viele Berei-
che der staatlichen Daseinsvorsorge
Gewinninteressen unterliegen, ist
Ihre Forderung nach verbindlicher
Mitsprache der PatientInnen absolut
legitim und hat unserer volle Unter-
stützung.

Wir halten die Beteiligung der Pa-
tientInnen nicht nur bei persön-
lichen sondern auch bei strategi-
schen Entscheidungen für zwingend

notwendig. Dies gilt nicht zuletzt
für den unter Punkt 3 angeführten
Ärztlichen Sachverständigenbeirat
Versorgungsmedizin beim Bundes-
ministerium für Arbeit und Sozia-
les. Mit Blick auf die Landesebene
hat sich der SSW wiederholt für die
verbindlichere Einbeziehung von
PatientenvertreterInnen und u.a.
eine Aufwertung der Institution der
Patientenombudsfrau/ des Patiente-
nombudsmanns eingesetzt. Diesen
Weg werden wir weitergehen.

3. Aufnahme der Krankheit „chro- nischer Schmerz“ in die „Versor- gungsmedizin-Verordnung“

Keine Frage: Chronische Schmer-
zen können das Leben der Betrof-
fenen ungemein beeinträchtigen.
Diese Beeinträchtigungen berechti-
gen SchmerzpatientInnen in vielen
Fällen auch zu einer anerkannten
Behinderung bzw. Schwerbehinde-
rung und darauf begründeten so-
zialgesetzlichen Ansprüchen. Auch
SchmerzpatientInnen haben damit
also grundsätzlich ein Recht auf
besonderen Schutz und Hilfe. Den-
noch weist Ihr Verein zu Recht auf
die sehr gravierende Einschränkung
hin, dass es sich hier lediglich um
eine „Kann-Formulierung“ han-
delt. Um ehrlich zu sein, ist diese
Regelung für den SSW nicht nach-
vollziehbar. Die Zuständigkeit und
damit auch die Verantwortung für
diesen Missstand liegt jedoch zu-
allererst beim Bund. Nichtsdestotrotz
werden wir uns aber bei entspre-
chenden Initiativen und mit Blick
auf eine Überarbeitung der Ver-
sorgungsmedizin-Verordnung des
BMAS für eine Änderung hin zu ei-
ner Muss-Bestimmung (und damit in
Ihrem Sinne) einsetzen.

Ste^{ll}ungnahmen zu **F**orderungen von **S**chmerzLOS e.V., **U**nabhängige **V**ereinigung aktiver **S**chmerzpatienten in **D**eutschland (UVSD) 07.04.2017

Sehr geehrte Frau Norda,
sehr geehrter Herr Wahl,
anbei finden sie die Stellungnahmen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN SH auf ihre politischen Forderungen zu ihrer weiteren Verwendung.
Herzliche Grüße
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Schleswig-Holstein
Dörte Schnitzler
- Gremienreferentin -

1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten

Etwa 15 Millionen Deutsche leiden unter chronischen Schmerzen. Oft dauert es viele Jahre, bis sie eine medizinische Behandlung erhalten, die ihnen tatsächlich helfen kann. Zentral ist für jede/n einzelne/n, dass er oder sie an die richtige SpezialistIn geraten. Für die erfolgreiche Therapie chronischer Schmerzen sind besondere Qualifikationen erforderlich.

Die Versorgung mit ambulanter Schmerztherapie in Schleswig-Holstein ist durchaus verbesserungswürdig. Es gibt 37 spezialisierte ÄrztInnen, die in der ambulanten Schmerztherapie tätig sind. Sie sind in der Fläche nicht optimal verteilt. Es gibt Lücken im ländlichen Raum. Zum Beispiel an der Westküste ist das Angebot zu dünn. Die Grundqualifikation der praktizierenden SchmerztherapeutInnen reicht von der Allgemeinmedizin über Orthopädie und Inneres bis hin zur Anästhesie und Neurochir-

urgie. Eine Reihe der bisherigen BehandlerInnen werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Das macht die Situation schwieriger. Der Deutsche Ärztetag hat sich schon 2014 mit diesem Thema befasst, die GesundheitsministerInnenkonferenz 2015. Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigung in Schleswig-Holstein haben sich 2016 auf ein Konzept zur ambulanten Versorgung in der Schmerztherapie geeinigt, dass die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf der Grundlage einer Qualitätssicherungsvereinbarung sichern soll. Im „Bedarfsplan 2015 / 2016 für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein“ sind Maßnahmen und die Zielsetzungen entsprechend festgehalten worden. Was jetzt folgen muss, ist die Umsetzung. Wir GRÜNE setzen uns dafür ein, den Prozess zu beschleunigen und die ambulante Schmerztherapie in Schleswig-Holstein zu sichern und auszubauen.

2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht

PatientInnen haben naturgemäß einen anderen Blick auf ihre Erkrankung und deren Behandlung als ÄrztInnen. Genau aus diesem Grund ist es sinnvoll, sie bei relevanten Entscheidungen zur Schmerztherapie zu beteiligen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind PatientInnen deshalb ebenso vertreten wie im Landesgremium nach § 90a SGB V - dafür haben wir GRÜNE lange gekämpft.

Wir streben an über die mitberatende Funktion der PatientInnenvertretung hinaus auch ein Stimmrecht zu verankern. Mittelbar sind PatientInnen als Versicherte ihrer Krankenkassen über deren VertreterInnen mit Stimm-

recht in beiden Gremien vertreten.

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

Die Versorgungsmedizinverordnung berücksichtigt Schmerzen, soweit sie als Symptom einem konkreten Krankheitsbild zugeordnet werden könne, z. B. als Migräne, bei rheumatischen oder koronaren Erkrankungen. Auch besonders gravierende Schmerzen werden abgebildet. Schmerzen, die keinem konkreten Krankheitsbild zugeordnet werden können, aber chronisch bestehen, führen jedoch ebenfalls zu gravierenden Beeinträchtigungen der Betroffenen und schränken die Lebensführung stark ein. Eine objektive Messung von Schmerzsymptomen und daraus resultierenden somatischer und / oder psychischer Beeinträchtigung ist schwierig. Das Schmerzempfinden variiert individuell und im Zeitverlauf deutlich. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Handlungsspielraum im Einzelfall sachgerecht. Eine Begrenzung der Berücksichtigung chronischer Schmerzen auf 10 greift aus Grüner Sicht jedoch zu kurz. Wir stimmen mit Ihnen überein, dass es auch aus diesem Grund sinnvoll wäre, auch in den Sachverständigenrat Versorgungsmedizin PatientInnenvertreter aufzunehmen.

Kommentar zu den Stellungnahmen von SSW und BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN

Die bis zum Redaktionsschluss am 25.04.2017 eingegangenen Antworten der beiden im Schleswig-Holsteinischen Landtag vertretenen Parteien erfordern aus unserer Sicht einen Kommentar.

Der Südschleswigschen Wählerverband (SSW) ist eine nur in Schleswig-Holstein vertretene Partei und wurde nach dem Zweiten Weltkrieg als politische Interessenvertretung der dänischen Minderheit und der nationalen Friesen gegründet. Von seiner ursprünglichen Zielsetzung einer Wiedervereinigung mit Dänemark ist er längst abgerückt. Der SSW ist heute als regionale Minderheitenpartei erfolgreich, die sich besonders für den Norden des Landes einsetzt. Der SSW ist von der 5-Prozent-Klausel befreit und erhielt bei der Landtagswahl 2012 einen Stimmenanteil von 4,6%. Momentan ist er mit drei Abgeordneten im Landtag vertreten.

Da der SSW nur regional arbeitet, ergaben sich bei den Antworten, die die Bundesebene betrafen, wenige Möglichkeiten. Die Aufgabe des/der im Antwortschreiben angeführten Patientenombudsmanns*frau ist nur selten ein adäquater Ansprechpartner, da diese eher zwischen Akteuren des Gesundheitswesens bei Konflikten vermitteln. Für Schmerzpatienten geht es aber meistens darum, dass der Zugang zu bestimmten Versorgungsstrukturen erschwert bzw. unmöglich ist, da diese Strukturen selbst noch unzureichend für Schmerzpatienten ausgebaut sind. Beispielsweise gibt es immer noch zu wenige ambulant niedergelassene Schmerztherapeuten oder es gibt nicht akzeptable mehrmonatige Wartezeiten.

In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die bisher sehr geringe Nutzung der Terminservicestellen verwiesen. Einige Mitglieder der UVSD SchmerzLOS e. V. engagieren sich als Patientenvertreter in Ausschüssen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Ein immer wieder angeführtes

Argument der KVen ist, dass nur wenige Menschen diese Terminservicestellen nutzen. Aber nur, wenn diese genutzt werden und trotzdem keine Termine bei Schmerztherapeuten verfügbar sind, werden unsere Forderungen nach einem höheren Versorgungsgrad Wirkung zeigen. Natürlich kann man bei diesem Verfahren auch an einen Arzt verwiesen werden, den man nicht kennt. Aber wenn ein Mensch beispielsweise unerklärliche, beeinträchtigende Rückenschmerzen hat, wird ihm eine Wartezeit von drei Monaten, die in Schleswig-Holstein durchaus üblich ist, nicht viel nutzen. Da kann es hilfreich sein, diese Beschwerden bei einem anderen Orthopäden innerhalb von höchstens vier Wochen abklären zu lassen. Wir appellieren an die Mitglieder unseres Vereins: Nutzen Sie die Terminservicestellen und teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit!

BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN unterstützt unsere Forderung, dass die Umsetzung der Verbesserung der Versorgungssituation für Schmerzpatienten beschleunigt werden muss. Bundesweit einmalig ist, dass sich die Kassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) im Bedarfsplan auf eine Sicherstellung der schmerzärztlichen Versorgung geeinigt hat. Allerdings hapert es bisher noch an einer zügigen Umsetzung. So hat die Analyse der ambulant tätigen Schmerztherapeuten in Schleswig-Holstein am Stichtag 01.07.2016 ergeben, dass 2,5 Stellen in diesem Rahmen nicht besetzt sind. Nach der Vereinbarung müssen diese öffentlich ausgeschrieben werden. Inzwischen fehlen nur noch 1,5 Stellen, die allerdings erst im April 2017 ausgeschrieben wurden. Begründet wurde dieser enorme zeitliche Verzug auf eine Nachfrage der Vorsitzenden unseres Vereins damit, dass es um eine erstmalige Überprüfung ging und man sich erst einmal über die regionale Verteilung dieser Stellen einigen musste. Nun hat die KVSH diese Stellen richtigerweise auch vorrangig für die Bereiche der Westküste in Schles-

wig-Holstein ausgeschrieben, in denen Schmerztherapeuten bisher sehr rar sind.

Für die von uns schon lange geforderten Verbesserungen in der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) reicht es allerdings nicht, wenn nur Patientenvertreter in den Sachverständigenbeirat kämen. Diese müssten mit Stimmrecht ausgestattet werden. Ebenso müssten die Politiker diesen Sachverständigenbeirat auffordern, in die VersMedV die Krankheit Chronischer Schmerz verbindlich mit aufzunehmen. *Heike Norda*

Immer weniger Arzneimittel zuzahlungsbefreit

Immer weniger Medikamente sind dem Deutschen Apothekerverband (DAV) zufolge von der Zuzahlung befreit: Nur jedes fünfte Rabattarzneimittel sei teilweise oder komplett von der gesetzlichen Zuzahlung befreit. Im Vorjahr war es noch jedes dritte Medikament. Der DAV teilte mit, dass die Befreiungsquote zu Jahresbeginn 2017 auf 22,8 Prozent gefallen sei. Ende 2016 lag dieser Wert noch bei 31,6 Prozent. Ursachen für die niedrigere Quote seien ausgelaufene Rabattverträge und das Inkrafttreten neuer Verträge zum Jahreswechsel. Dadurch sparen die Krankenkassen jährlich mehrere Milliarden Euro ein. Die Apotheker beklagten, dass die Rabattverträge die Versorgungsfähigkeit und Therapiebreite in den Apotheken erheblich einschränkten. Unverständlich sei es aber, dass sie Krankenkassen ihre Versicherten nicht an den Ersparnissen teilhaben ließen.

Im Jahr 2015 haben die gesetzlichen Krankenkassen durch Rabattverträge mehr als 3,6 Milliarden Euro eingespart. Allein in den ersten drei Quartalen des Jahres 2016 beliefen sich die Ersparnisse auf mehr als 2,8 Milliarden Euro, laut DAV ein neuer Rekordwert. Die gesetzlichen Zuzahlungen für Arzneimittel zu Gunsten der Krankenkassen liegen aktuell bei mehr als zwei Milliarden Euro jährlich.

Unsere Lübecker Selbsthilfegruppen sind umgezogen

Der bisherige Gruppenraum, der uns über 10 Jahre kostenlos zur Verfügung stand, wurde leider wegen Eigenbedarf aufgekündigt. Wir danken dem Team der Neuen Laurentius-Apotheke in Lübeck für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit in diesen zehn Jahren.

Erfreulicherweise konnte für die Gruppen rechtzeitig ein neuer Raum in den Sana Kliniken in Lübeck gefunden werden. Auch dieser kann kostenlos genutzt werden. Die Leiterinnen der Gruppen Lübeck I und Lübeck II, Sabine Pump und Andrea Freistein, freuen sich mit ihren Gruppenmitgliedern über ihr neues Domizil und werden weiterhin mit viel Engagement gemeinsam daran arbeiten, dass möglichst vielen Schmerzpatienten geholfen werden kann.

Die Treffen finden jetzt in den Sana Kliniken statt, Kronsfordter Allee 71, Hörsaal im UG.

Gruppe Lübeck I stellt sich vor:



Mein Name ist Sabine Pump, seit über fünf Jahren leite ich die Selbsthilfegruppe Lübeck I und habe in dieser Zeit gemerkt, wie diese Arbeit auch mir selbst weitergeholfen hat. Der Umgang mit anderen Schmerzpatienten ist für mich eine große Bereicherung, und ich kann dadurch meine persönlichen Erfahrungen auch an andere weitergeben. Ich lade alle Schmerzpatienten und ihre Angehörigen in Lübeck und Umgebung herzlich ein, uns einmal unverbindlich zu besuchen. Wir treffen uns jeden **1. Dienstag im Monat um 18 Uhr**. Bitte nehmen Sie vorher Kontakt zu mir auf: fon 0451 – 281 798

Gruppe Lübeck II stellt sich vor:



Ich heiße Andrea Freistein und bin froh, dass ich vor fast fünf Jahren den Anschluss an die SchmerzLOS-Gruppe in Lübeck gefunden habe. Da die erste Gruppe zu groß wurde, habe ich mit einer zweiten Gruppe gestartet, die ich bis heute leite. Für mich ist es wichtig, dass ich mich auf die jeweiligen persönlichen Probleme der einzelnen Gruppenteilnehmer einlasse und sie manchmal auch ganz individuell betreue. Wir treffen uns **jeden 2. Dienstag im Monat um 18 Uhr** und freuen uns über jeden, der den Weg zu uns findet. Bitte nehmen Sie vorher Kontakt zu mir auf: fon 01577–1960 417

Mona, die Geschäftsstellen-Katze berichtet:



Hallo, liebe Leserinnen und Leser, ich berichte euch das Neueste aus der Geschäftsstelle. Aber

zunächst muss ich euch etwas ganz anderes erzählen. Ich habe es jetzt geschafft, meinen Diener, den Geschäftsstellenleiter so zu erziehen, dass immer, wenn ich ihm winke, er mir ein Leckerli zuwirft. Er sitzt ja immer an seinem Schreibtisch und guckt stur auf seinen Monitor, oder wie das Ding heißt. Aber wenn ich dann winke, dann schaut er zu mir und lacht; und nach einer Zeit, bekomme ich dann, was ich will. Das funktioniert übrigens auch, wenn ich auf der Stuhllehne balanciere. Das

musste ich allerdings ziemlich lange üben, beherrsche es jetzt aber perfekt. Ich füge euch hier mal ein Foto bei. Letzte Woche habe ich draußen mal wieder die Vögel beobachtet; Ihr wisst ja, wie gerne ich mit denen spielen möchte. Sie hingen an den dünnen Birkenzweigen und pickten ihr zweites Frühstück. Ich dachte, versuch es doch noch einmal wieder. Ich springe mit wenigen Sätzen den Birkenstamm hinauf und versuche, meinen Spielge-



fährten über die Zweige näher zu kommen. Aber immer, wenn ich fast dran war, flogen die Kleinen zum nächsten

Ast. Ich verstehe es nicht: Warum haben die bloß so eine Angst vor mir? Aber es kam noch schlimmer. Während ich es mir in einer Astgabel gemütlich machte, kam ein Elster-Paar angefliegen, setzte sich über mir in die Baumkrone und machte ein Gezeter, dass es mir angst und bange wurde. Ich hatte den Eindruck, dass das Verbündete der Kleinen waren und mich verscheuchen wollten. Lange habe ich das auch nicht ausgehalten und bin vom Baum wieder runter geklettert.

Ach ja, und denn noch etwas: Hier in der Geschäftsstelle scheint es Veränderungen zu geben. Ich werde wohl demnächst mit meinem Diener umziehen. Als Geheimnisträger darf ich ja nichts verraten, aber was ich so mitgekriegt habe, soll das Büro wohl nach Lübeck verlegt werden. Da bin ich aber gespannt, was das für mich für Veränderungen bringen wird. Ich werde euch auf dem Laufenden halten und berichten.

So, und nun wünsche ich euch einen sonnigen Sommer und viel schmerzfreie Zeit. Tschüüüüs!

Trotz Migräne bin ich meine eigene Schmerzmanagerin

Mein Name ist Anne. Ich wohne im Harz. Seit meinem 21. Lebensjahr, also seit 54 Jahren, habe ich Migräne. Diese Krankheit begann von einem Tag auf den anderen nach der Geburt meines ersten Sohnes. Sie äußert sich durch starke einseitige Kopfschmerzen mit Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Kurz vor einer Attacke sehe ich manchmal auch Lichtblitze. Solch ein Anfall dau-

Kreislaufproblemen verbunden, dass ich mich im Bad auf den Boden legen und auf allen Vieren ins Bett kriechen muss. Manchmal bin ich auch schon in einer solchen Situation für kurze Zeit, vermutlich einige Minuten lang, ohnmächtig geworden. Meistens friere ich während der Attacken so sehr, dass ich kaum wieder warm werden kann, trotz Wärmflasche, Körnerkissen und anderen wärmenden Dingen.

Schmerz- und Schlafmitteln in Form von Infusionen, die zweimal wöchentlich unter intensiver Überwachung gegeben wurden. Aber wenn ich wieder zu Hause war, kamen auch die Migräneattacken zurück. In dieser Schmerzklinik konnte ich allerdings mehr Selbstvertrauen aufbauen durch intensive Gespräche mit den Psychologen. So lernte ich gegenüber meinem Mann auch mal NEIN zu sagen und meine Meinung besser zu vertreten, was ich zuvor nicht konnte. Mein 2. Mann, der beim Zoll war, sagte dann immer aus Spaß: Mein Frau war wieder beim „Scharfmacherlehrgang!“ im Sinne von „Es ist für mich ungewohnt, dass meine Frau plötzlich mehr Selbstbewusstsein hat und zeigt.“

Auch der Austausch mit den anderen Schmerzpatienten hat mir gut getan, denn ich merkte, dass ich nicht alleine unter Schmerzen leide. Auch anderen geht es mit chronischen Schmerzen schlecht. Bisher war ich ja immer allein zu Hause gewesen, so dass ich es nie miterlebt hatte, dass andere Menschen ähnliche Einschränkungen haben wie ich. Auch mein Mann konnte ja nie nachvollziehen, wie es mir während der Attacken ging.

Zum Glück erfuhr ich von einer anderen Schmerzklinik, die auf Kopfschmerzen und Migräne spezialisiert ist. Dort war ich zweimal zu stationären Aufenthalten. Zum ersten Mal wurde ich richtig über die Migräne aufgeklärt und bekam Triptane, ein speziell für Migräne wirksames Medikament, das ich während des stationären Aufenthaltes erproben konnte, so dass ich jetzt ein genau auf meine Erkrankung abgestimmtes Medikament habe. Dieses nehme ich nun sofort, wenn sich eine Migräneattacke ankündigt. Wenn eine solche Attacke bevorsteht, wird mir „komisch im Kopf“ und ich habe eine plötzliche, starke Übelkeit, die sich von einer normalen Übelkeit wie bei einem Virus unterscheidet. Das Medikament bewirkt nicht nur eine Reduzierung meiner Symptome, sondern auch, dass



Die Migräneattacken äußern sich durch einseitige Kopfschmerzen mit Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Kurz vor einer Attacke sehe ich manchmal auch Lichtblitze.

ert meistens mehr als 24 Stunden, oft sogar mehrere Tage. Ich lege mich ins Bett, wenn die Kopfschmerzen so stark sind – ich bin dann völlig „lahmgelegt“ und kann nichts tun außer im abgedunkelten Zimmer zu liegen (weil ich dann so lichtempfindlich bin) und zu hoffen, dass das Hämmern in meinem Kopf bald nachlässt. Meine Alltagspflichten ruhen dann. Früher, als mein Mann noch lebte, habe ich mich dazu gezwungen, die nötigsten Dinge im Haushalt zu tun. Wenn es sehr schlimm war, konnte ich aber beispielsweise kein Essen zubereiten. Während der Attacken kann ich auf keinen Fall starke Gerüche, z. B. von Essen, ertragen. Teilweise ist das Erbrechen so quälend und mit solchen

Wenn ich seelischen Stress wie z. B. Kummer habe, bekomme ich öfter Migräneattacken. Solchen seelischen Stress hatte ich öfter, weil im Lauf der Jahre zunächst mein Mann und 15 Jahre später mein älterer Sohn durch Unfälle verstorben sind. Oft hatte ich nur wenige Tage ohne Migräneanfälle.

Früher war ich mehrfach in Kliniken und bekam starke Schmerzmittel. Auch in einer Schmerzklinik war ich dreimal für jeweils 3 bis 5 Wochen. Dort konnte ich durch Medikamentengaben zwar „Ferien vom Schmerz“ machen, denn die Attacken traten dort nur noch ganz selten auf. Die medikamentösen Behandlungen erfolgten in dieser Klinik mit starken

Patientenquittung – Transparenz einfordern

ich „neben mir stehe“, also nicht in der Lage bin, klar zu denken. Es macht mich auch müde, so dass ich mich hinlegen muss. Ich lernte aber auch, dass ich dieses Medikament nicht öfter als 10x im Monat einnehmen darf und dass durch einen Übergebrauch von Schmerzmitteln auch Kopfschmerzen ausgelöst werden können. Wenn mein Tagesablauf regelmäßig ist, sinkt auch die Zahl meiner Migräneattacken, zunächst auf ca. 10 Attacken im Monat. Seit den Aufenthalten in der ersten Schmerzklinik mache ich täglich meine Entspannungsübungen. Dafür höre ich täglich für etwa eine Stunde lang intensiv „meine“ Musik, die mir gut tut. Auch Wärme tut mir in jeder Form gut und entspannt mich und meine verkrampften Muskeln.

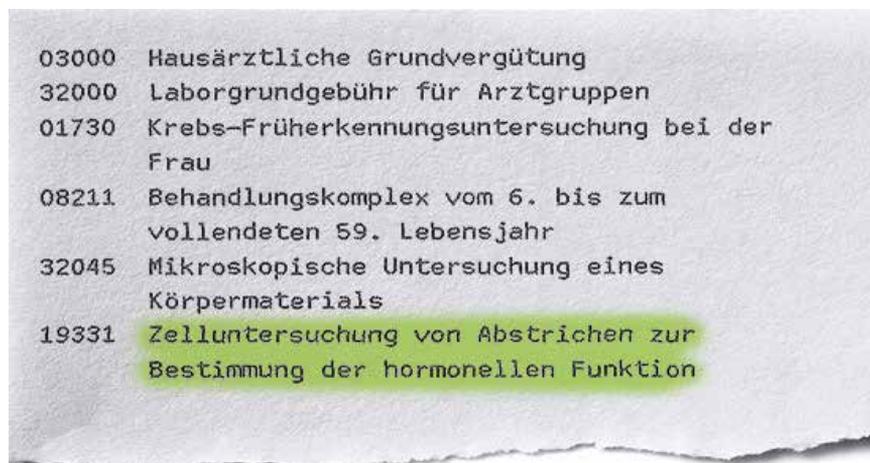
2006 ließ ich mir zum ersten Mal Botox in den Kopf und die Nackenmuskulatur spritzen. Dadurch wurde die Häufigkeit meiner Migräneattacken reduziert, so dass ich jetzt meistens nur noch 5 bis höchstens 7 Attacken im Monat habe. Diese Spritzen müssen alle Vierteljahre durch einen Neurologen wiederholt werden. Es ist zwar im Moment schmerzhaft, aber sonst habe ich dadurch keine Nebenwirkungen. Das Medikament soll meine Muskeln vor allem im Schläfen- und Nackenbereich entkrampfen. Zum Glück übernimmt meine Krankenkasse die Kosten dafür, denn es sind ja keine Schönheitsbehandlungen. Der Neurologe muss gelegentlich der Krankenkasse einen Behandlungsbericht senden, damit die Genehmigung für diese Spritzenbehandlung weiterhin gegeben wird.

So, wie es jetzt ist, kann ich einigermaßen mit meiner Migräne leben. Ich habe zwar noch etwa 5-mal im Monat eine schlimme Attacke, aber ich weiß, was ich dann machen muss, nämlich sofort mein Triptan einzunehmen, mich ruhig zu verhalten und mich hinzulegen. Ganz wichtig ist mir auch, dass ich es akzeptiert habe, Migräne zu haben, denn ich kann diese Tatsache nicht ändern, aber ich lerne immer besser damit zu leben und umzugehen. Die Migräne gehört zu mir und zu meinem Leben dazu.

Jeder darf erfahren, welche Leitungen seine Ärzte zu welchen Preisen abrechnen. Bei einem Check der Zeitschrift „test“ waren jedoch viele Praxen damit überfordert. Ein Patient bat beispielsweise seinen Hausarzt schriftlich um eine Patientenquittung. Die kurze schriftliche Antwort des Mediziners: Der Patient möge sich an seine Krankenkasse wenden. Der Praxis sei eine Ausstellung technisch nicht möglich.

Seit 2014 hat jeder gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf die Patientenquittung. Darin sollen Patienten die Leitungen und die dafür abgerechneten Beträge nachvollziehbar erkennen können. Diese Verpflichtung zur Offenlegung der Abrechnungen gilt sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für Kliniken. Auch Krankenkassen sind zur Versichertenankunft verpflichtet. Darin müssen sie auflisten, wer wie viel Geld für welche Leitungen erhalten hat.

Versicherte können anhand der Quittung mögliche Unstimmigkeiten und Fehler entdecken. Sollte sich herausstellen, dass einzelne Ärzte Geld für Behandlungen erhalten haben, die gar nicht geleistet wurden, nützt das nicht nur dem gesamten Gesundheitssystem, sondern auch den Patienten. Falsche Diagnosen und Abrechnungen könnten gravierende Folgen haben, wenn z. B. eine Berufsunfähigkeitsversicherung die Leitung verweigert.



©Stiftung Warentest

Guter Ansatz. Quittung eines um Verständlichkeit bemühten Arztes. „Zytologische Untersuchung“ übersetzte er richtig in „Zelluntersuchung“.

Was dürfen Patienten sehen?

Patientenquittung: In §305 des Sozialgesetzbuches V ist festgeschrieben, dass jeder Krankenkassenversicherte Anspruch „schriftlich in verständlicher Form“ .. „über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung)“ hat. Eine gute Quittung sollte die Abrechnungsziffern, die Leistungen und die voraussichtlichen Kosten enthalten. Diese Leitung kann mit einem Euro zuzüglich Porto berechnet werden.

Versichertenankunft: Krankenkassen stellen darin ihren Versicherten die Leitungen aller Ärzte mit den Kosten über mindestens 18 Monate zusammen. Bei vielen Kassen kann diese online bestellt werden.

Patientenakte: In der Krankenakte müssen die Krankengeschichte sowie die Notizen des Arztes enthalten sein, sowohl elektronisch als auch handschriftlich. Dazu kommen Untersuchungsergebnisse, Dokumentationen von Eingriffen, Einverständniserklärungen des Patienten und Arztbriefe. Patienten können diese Akten einsehen und bei Bedarf Kopien davon erhalten. Die Kopien dürfen berechnet werden.

Aufgebauchte Diagnosen

Zu oft werden Patienten von Ärzten zu „krank geschrieben“. Dies kann für Patienten zum Nachteil beim Abschluss privater Versicherungen sein. Deswegen empfiehlt sich eine rechtzeitige Klärung der abgerechneten Diagnosen und Leistungen mittels einer Patientenquittung (siehe S. 15)

Leistungserbringer wie Ärzte oder Kliniken erhalten Geld für Diagnosen und die daraus resultierenden Behandlungen. Seit dem Jahr 2010 mussten 11 Krankenkassen insgesamt 30 Millionen Euro zurückzahlen. Sie hatten die Ärzte aufgefordert, nachträglich die Diagnosen der behandelten Patienten zu ändern, also zu „erweitern“. Je mehr Diagnosen bei den Krankenkassen abgerechnet werden, umso mehr Gelder bekommen die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich, einem gemeinsamen Fi-

nanztopf aller gesetzlichen Kassen. Für Versicherte resultieren daraus nicht nur höhere Beiträge, sondern die angedichteten Gesundheitsprobleme können beim Abschluss von privaten Krankenversicherungen (auch bei Zusatzversicherungen) oder Berufsunfähigkeitsversicherungen eine negative Rolle spielen. Möglicherweise bekommt der Kunde gar keinen Vertrag, oder der Versicherer verlangt einen Risikozuschlag (einen höheren Beitrag). Möglich ist es auch, dass bestimmte Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden.

Am besten informiert sind Patienten, die regelmäßig eine Patientenquittung bei ihren Behandlern anfordern und nötigenfalls Korrekturen veranlassen. Stellt die neue Versicherung erst im Leistungsfall fest, dass Diagnosen und Behandlungen vom Antragsteller nicht angegeben wurden, geht sie

davon aus, dass im Antrag unrichtige Angaben gemacht wurden. Wenn jemand absichtlich oder grob fahrlässig eine Krankheit verschwiegen hat, kann der Versicherer noch bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Wenn der Versicherte die Anzeigepflicht versehentlich oder unverschuldet verletzt hat, kann die Versicherung bis zu fünf Jahre später den Vertrag kündigen.

Wenn so etwas passiert, sollte der Versicherte den Arzt auffordern, die falsche Angabe schriftlich zu widerrufen. Sollte diese Aufforderung keinen Erfolg haben, können sich Patienten an die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ wenden. Diese gibt es bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen und beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen,

Personalisierte Medizin

Auf ein kleines Experiment lässt sich jeder ein, der ein Medikament zum ersten Mal einnimmt. Nicht immer wirken Medikamente so wie erhofft. Ob die Medizin einem bestimmten Menschen wirklich hilft, lässt sich erst nach der Einnahme feststellen. Ärzte können dies bisher nicht vorhersagen. So wirkt eine Therapie bei manchen Menschen sofort, bei anderen erst nach einiger Zeit oder gar nicht. Auch wie sie vertragen wird, ist sehr unterschiedlich.

Forscher versuchen, bei bestimmten Medikamenten und Behandlungen genau vorherzusagen, bei wem sie wirken und bei wem nicht. Wenn dies gelingt, ergeben sich Vorteile für die Patienten, denn es werden ihnen unwirksame Behandlungen und Nebenwirkungen erspart.

Präzisionsmedizin

Dies ist ein neuer Begriff für die per-

sonalisierte oder individualisierte Medizin. Durch diese neuen Begriffe werden aber Erwartungen geweckt, dass es tatsächlich maßgeschneiderte Behandlungen geben könnte. Ein Beispiel dafür ist eine für den Patienten angepasste Zahnkrone. Die meisten Beispiele für eine personalisierte Medizin sind allerdings Behandlungen für größere Patientengruppen. Jedoch werden jetzt bei der Unterteilung in verschiedene Behandlungsgruppen mehr für die Behandlung wichtige Eigenschaften als bisher berücksichtigt. Vor der Entscheidung, ob eine bestimmte Therapie sinnvoll ist, findet eine genauere Diagnose statt. Oft werden dazu Labortests eingesetzt, die Blutwerte messen, den Zellstoffwechsel untersuchen oder Erbgutveränderungen analysieren. Grundlage sind also biologische Merkmale, kurz Biomarker genannt. Viele dieser Biomarker sind erst seit wenigen Jahren bekannt.

Eigentlich bedeutet personalisierte Medizin heute also oft eine feste Kombination aus vorgeschalteten Tests und Behandlung. Je nach Testergebnissen kommt für die Patientin oder den Patienten dann eine bestimmte Behandlung infrage.

Um die Vor- und Nachteile von Behandlungen zu untersuchen, sind bestimmte Studien sinnvoll. Denn auch wenn Labortests und erste Studien nahelegen, dass ein neuer Wirkstoff für bestimmte Patientengruppen besonders wirksam sein könnte, sind stichhaltige Beweise nötig, dass die Behandlung tatsächlich hält, was sie verspricht. Gute Studien helfen Patientinnen und Patienten, sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden.

An solchen Studien nehmen Patientinnen und Patienten freiwillig und nach ausführlicher Aufklärung teil. Um die Kombination aus Test und neuer

Behandlung zu prüfen, werden alle Studienteilnehmer zunächst getestet, die Ergebnisse aber erst einmal nicht bekannt gegeben. Wie in aussagekräftigen Studien üblich, erhält dann eine nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Hälfte der Teilnehmenden die neue Therapie, die andere Hälfte die bisherige Therapie.

Wenn die Ergebnisse der Behandlung vorliegen, wird auf die zu Beginn vorgenommenen Tests geschaut und kontrolliert, ob die Testergebnisse

der Patienten tatsächlich vorhersagen konnten, wie gut die Behandlung bei ihnen gewirkt hat.

„Echte“ personalisierte Medizin Der Begriff personalisierte Medizin wird üblicherweise vor allem als Name einer Technologie verwendet. In diesem Verständnis steht er für die Anwendung spezieller diagnostischer Tests, denen dann eine bestimmte Therapie folgt.

Eine wirkliche personalisierte Medi-

zin setzt aber viel mehr voraus: Nämlich, dass sich Ärzte auf ihre Patienten einlassen und ihnen Zeit widmen, um ihre Lebensumstände, persönlichen Werte und Wünsche erfragen und beachten zu können. Nur so ist es auch möglich, Menschen ausreichend über die Vor- und Nachteile der medizinischen Möglichkeiten zu informieren, damit sie bei der Wahl einer für sie passenden Behandlung aktiv mitentscheiden können. Ein solches Vorgehen ist mit dem Begriff personalisierte Medizin allerdings nur selten gemeint.

ES GEHT NICHT DARUM, WIE HOCH DU SPRINGEN KANNST, SONDERN, WIE HOCH DU GLAUBST, DASS DU SPRINGEN KANNST.

JULIA ENGELMANN

Medikamente ohne Zusatz-Nutzen

Jedes dritte neu auf den Markt gebrachte Medikament hat keinen zusätzlichen Nutzen für den Patienten. Die Krankenkassen erläuterten in ihrem Bericht, für den sie seit sechs Jahren alle neuen Medikamente auf Nutzen und Kosten hin untersuchen, dass 129 Medikamente überprüft wurden. Davon hätten nur 44, also etwa ein Drittel, einen nachweisbaren Zusatznutzen für die Patienten gehabt. Weiter 41 Präparate ergaben keine Vorteile gegenüber bekannten Therapien, der Rest bedeute nur für einen Teil der Patienten einen Vorteil.

Diese Nutzenbewertung ist ein Ergebnis der Arzneimittelreform von 2011 und soll helfen, die Ausgaben für Medikamente zu begrenzen. In den fünf Jahren konnten insgesamt etwa 2,5 Milliarden EURO eingespart werden; das sind 500.000 EURO mehr als ursprünglich erwartet.



Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. hat im Jahr 2012 den 1. „Aktionstag gegen den Schmerz“ ausgerufen. Seit dem findet er jährlich am ersten Dienstag im Juni statt. Alle deutschen Kliniken und Schmerzpraxen sind aufgerufen, sich daran zu beteiligen, damit das Bewusstsein zu dem großen Thema „Chronischer Schmerz“

in der Bevölkerung geschärft wird. Schmerzpatienten und ihre Angehörigen können damit gezielt über Behandlungsmöglichkeiten informiert und beraten werden. Schmerztherapeutische Einrichtungen in ganz Deutschland geben Einblicke in die verschiedenen Methoden der Schmerzbehandlung.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. stellt Informationsmaterialien, u.a. für Patientinnen und Patienten aktuellen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten vor.

Hotline für Schmerzpatienten: Unter der kostenfreien Rufnummer 0800 – 18 18 120 stehen am 6. Juni 2017 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

Nähere Informationen und Anmeldung unter www.dgss.org.

Was sind „gute“ Studien?

Den Begriff „Evidenzbasierte Medizin“ hören Patienten heute immer öfter. Doch die Bedeutung ist vielen nicht klar. Man geht in der Forschung davon aus, dass Studien, die verlässliche neue und verwertbare Ergebnisse liefern sollen, genauen Kriterien unterliegen.

angemessen ist, ob sie „vernünftig“ durchgeführt wurde oder ob es systematische Fehler gab, die das Ergebnis verzerren können.

Wichtige Fragen zur Bewertung einer Studie sind:
Ist das Studiendesign zur Beantwort-

War die Teilnehmerzahl groß genug, um die Forschungsfrage beantworten zu können? Wenn Behandlungen verglichen werden, zeigen sich fast immer kleine Unterschiede in den Ergebnissen. Wissenschaftler berechnen dann, mit welcher Wahrscheinlichkeit diese Unterschiede durch Zufall zustande gekommen sein könnten. Bei diesen Berechnungen spielen zum einen die Größe des Unterschieds und zum anderen die Teilnehmerzahl eine Rolle: Je kleiner der Unterschied, desto mehr Teilnehmer braucht eine Studie, damit ein Unterschied als „echt“ akzeptiert werden kann.

Sind die gemessenen Endpunkte geeignet, um den Nutzen der untersuchten Behandlung zu zeigen? Zum Beispiel reicht es bei einer Studie zu einem Diabetes-Medikament nicht aus, nur den Blutzucker zu messen. Wichtig ist, ob das Medikament hilft, Spätfolgen des Diabetes wie Amputationen zu vermeiden. Ein Laborwert wie der Blutzucker allein ist nicht immer aussagekräftig.

Ist die Studie lange genug gelaufen? Um etwa den Erfolg einer Ernährungsumstellung bei der Gewichtsabnahme zu bewerten, sollte das Gewicht auch noch nach einem halben oder einem Jahr nach Studienende geprüft werden – vielleicht sogar über einen noch längeren Zeitraum. Wie viele Teilnehmende sind während der Studie ausgeschieden und warum? Wie viele Teilnehmende konnten in der Nachbeobachtung („Follow-up“) nicht mehr beobachtet werden und warum? Diese Zahlen erfasst eine gute Studie und gibt an, ob dies die Ergebnisse beeinflusst hat. Das kann etwa der Fall sein, wenn viele Menschen wegen starker Nebenwirkungen die Teilnahme beenden.

War die begleitende Behandlung in den Gruppen gleich? Unterschiede kann es vor allem geben, wenn es nicht möglich war, Studienteilnehmende oder Behandelnde zu verblinden. Verblinden bedeutet, dass Studienteilnehmer und Behandler nicht wussten,



Man geht in der Forschung davon aus, dass Studien, die verlässliche neue und verwertbare Ergebnisse liefern sollen, genauen Kriterien unterliegen.

Um zu bewerten, ob eine Studie verlässliche Daten liefert, muss zunächst einmal geprüft werden, weshalb sie überhaupt gemacht worden ist und welche Fragestellung sie untersucht hat. Das klingt banal, ist aber entscheidend, um erkennen zu können, ob die Studie die gestellte Forschungsfrage überhaupt beantworten kann. Zum Beispiel wird in vielen Studien ein neues Medikament im Vergleich zu einem Scheinmedikament (Placebo) getestet. Wenn es für die Erkrankung aber bereits eine wirksame Behandlung gibt, wird das neue Medikament meist mit der bereits bewährten Behandlung verglichen. Schließlich ist es für Patienten wichtig, welche Behandlung die besten Erfolgsaussichten hat.

Dann wird geschaut, ob die Methodik der Studie der Forschungsfrage

angemessen ist, ob sie „vernünftig“ durchgeführt wurde oder ob es systematische Fehler gab, die das Ergebnis verzerren können. Beispielsweise kann man mit einer Umfrage nicht herausfinden, ob ein neues Operationsverfahren besser ist als ein bewährtes. Dazu braucht man eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT).

Wie wurden die Teilnehmenden angesprochen und ausgewählt? Wer wurde in die Studie aufgenommen und wer ausgeschlossen? Oft werden etwa Personen mit mehreren Gesundheitsproblemen ausgeschlossen. Das kann dazu führen, dass die Studienergebnisse nur bedingt auf solche Patienten übertragbar sind.

Haben die Forscherinnen und Forscher die Durchführung und die Ergebnisse vollständig und verständlich beschrieben, sodass sich die Studie auch wiederholen und überprüfen ließe?

wer wie behandelt wurde. War der Vergleich wirklich fair? Problematisch ist zum Beispiel, ein neues Medikament mit einem Standardmedikament zu vergleichen, wenn es in der Studie schwächer als üblich dosiert wurde.

Wurden in beiden Gruppen die gleichen Verfahren verwendet, um den Behandlungserfolg zu messen? Wenn zum Beispiel in der einen Gruppe ein

Laborwert erhoben wurde, in der anderen aber zusätzlich geröntgt wurde, kann auch dies das Ergebnis verzerren. Um RCTs zu bewerten, sind außerdem folgende Informationen nötig:

Wie wurden die Gruppen randomisiert, also per Zufallsprinzip ausgewählt? War die Verteilung wirklich zufällig oder was hat die Auswahl beeinflusst?

Wurde – falls möglich – sichergestellt,

dass weder die Teilnehmenden noch die Ärzte noch die Auswertenden wussten, wer in welcher Gruppe war (Verblindung)?

Sind alle Teilnehmenden während des Studienzeitraums in der Studiengruppe geblieben, der sie anfangs zugeteilt wurden? Das ist wichtig, damit die Gruppen auch bei der Auswertung am Ende der Studie noch vergleichbar sind.

Überraschung: Kochsalzinjektion bessert Kniearthrose

In Studien zur Therapie bei Kniearthrose werden oft Kochsalz-Spritzen in das Gelenk als Placebo eingesetzt. Bisher ging man davon aus, dass diese Behandlung keinen Nutzen hat und nur zum Schein gemacht wird, um mehrere Gruppen von Patienten vergleichen zu können. Eine Gruppe bekommt in einer solchen Studie ein wirksames Medikament gespritzt, die andere ein „wirkungsloses Medikament“, wie hier Kochsalz.

Die Ärzte vom Rush Medical Center in Chicago haben randomisierte Studien der letzten zehn Jahre herangezogen, um den Effekt dieser zu Elektrolytlösung zu untersuchen. Randomisiert bedeutet, dass Patienten zufällig auf eine Experimental- und Kontrollgruppe verteilt werden.

13 Studien mit isotonischer Kochsalzlösung als Placebokontrolle wurden iden-

tifiziert. Drei Monate nach der Injektion von isotonischer Kochsalzlösung war der VAS-Schmerzwert (210 Patienten) signifikant niedriger als vor der Thera-



Ein möglicher Wirkmechanismus ist die Verdünnung von Entzündungsmediatoren im Kniegelenk.

Nach sechs Monaten zeigte sich bei 180 Patienten eine signifikante Verbesserung gegenüber dem Ausgangswert.

Die Veränderungen nach sechs Monaten übertreffen nach Angaben der Studienautoren jeweils die minimale klinisch bedeutsame Differenz.

Die interessante Schlussfolgerung besteht nun darin, dass die Injektion von isotonischer Kochsalzlösung bei Kniearthrose nach sechs Monaten zu einer

statistisch und klinisch relevanten Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte führt. Die Effekte seien „beeindruckend“ und mit den für Hyaluronsäure berichteten Wirkungen vergleichbar. Neben dem Placeboeffekt vermuten die Ärzte einen „echten biologischen Effekt“ der Kochsalzlösung. Ein möglicher Wirkmechanismus sei

die Verdünnung von Entzündungsmediatoren im Kniegelenk. In jedem Fall verdiene die beobachtete „drastische“ Verbesserung von Schmerz und Funktion weitere Untersuchungen, um das therapeutische Potenzial von isotonischer Kochsalzlösung zu überprüfen.

Lange Wartezeiten



Jeder fünfte Versicherte wartet länger als einen Monat auf einen Termin beim Facharzt

Auf einen Termin bei einem Facharzt müssen Kassenpatienten nach wie vor lange warten. Nach Angaben der pronova BKK muss jeder fünfte Versicherte sogar einen Monat oder länger warten. Daran konnten auch die Terminservicestellen, die im Jahr 2016 bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet wurden, wenig ändern. Dadurch sollten eigentlich Kassenpatienten nicht länger als vier Wochen auf

einen Termin beim Facharzt warten. Die aktuelle Studie "Gesundheitsversorgung 2016" der pronova BKK zeigt kaum Verbesserungen. Grundlage ist eine deutschlandweite, repräsentative Befragung von insgesamt 1.639 Bundesbürgern ab 18 Jahren. 22 Prozent der Versicherten warteten dennoch einen Monat oder länger auf einen Facharzt-Termin. Dieser Anteil ist gegenüber den letzten fünf Jahren nicht zurückgegangen.



Für Sie gelesen

Achtsamkeit und Schmerz
von Claus Derra und Corinna
Schilling

Wussten Sie, dass Achtsamkeitsübungen längerfristig wirksam sind als Schmerzmittel? Darüber hinaus lindern sie Symptome wie Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Erschöpfungszustände und Unkonzentriertheit. Die in diesem Buch vorgestellten Achtsamkeitsübungen sind einfach anzuwenden und in den persönlichen Alltag zu integrieren. Es werden Fallbeispiele vorgestellt, in denen sich viele Schmerzpatienten wiederfinden werden. Durch den gezielten Einsatz des eigenen „Kopfkinos“ und mit Hilfe der Beispiele auf der beiliegenden Hör-CD ist es ohne großen Aufwand möglich, positive Änderungen des eigenen Lebensstils einzuleiten.

ISBN 978-3608960990,

Verlag: Klett-Cotta, 2017, 25,00 €

Zuwendungs- bestätigung (Spendenquittung)

Die an einen gemeinnützigen Verein geleisteten Mitgliedsbeiträge sind von der Steuer absetzbar. Auch die an SchmerzLOS e.V. gezahlten Beiträge gehören dazu; sie fallen unter die sogenannte Kleinspendenregelung. Diese besagt, dass für Spenden bis 200 € an eine gemeinnützige Einrichtung keine besondere Zuwendungsbestätigung erforderlich ist, sondern der vereinfachte Spendennachweis gilt. Es genügt hier ein Bareinzahlungsbeleg oder eine Buchungsbestätigung der Bank. Es reicht auch ein selbst erstellter Online-Banking-Ausdruck als Nachweis. Aus der Buchungsbestätigung müssen Name und Kontonummer des Auftraggebers und Empfängers, der Betrag und der Buchungstag ersichtlich sein. SchmerzLOS e.V. bittet seine Mitglieder und Spender, die trotz dieser vereinfachten Regelung eine Zuwendungsbestätigung wünschen, sich schriftlich an die Geschäftsstelle zu wenden.

Diskussionen mit unseren Lesern

Immer wieder wurde unsere Redaktion gefragt, ob es Möglichkeit gibt, dass sich Leser an der inhaltlichen Gestaltung von SchmerzLOS-AKTUELL beteiligen. Diesem Wunsch kommen wir gerne nach und bitten Sie um Ihre Beiträge. Dazu teilen Sie uns zunächst zu folgenden drei Fragen Ihre Meinung mit.

- **Welchen Vorteil bringt die Beteiligung an einer Selbsthilfegruppe?**
- **Wie haben Sie die Weichen in Ihrem persönlichen Leben für einen besseren Umgang mit Ihren Schmerzen umgestellt?**
- **Haben Sie Tipps für andere Betroffene?**

Schreiben Sie per Mail an info@schmerzlos-ev.de oder per Briefpost an

SchmerzLOS e.V.

Am Waldrand 9a

23627 Groß Grönau

Unsere Leser schreiben

Leserbrief zum Artikel „Neurostimulation bei CRPS (Komplexes regionales Schmerzsyndrom)“
von Dr. Dirk Rasche

In seinem Artikel beschreibt Herr Dr. Dirk Rasche sehr eindrücklich den Weg des Schmerzleidens bis hin zum Einsatz einer Neurostimulation. Genau diesen Weg kann ich so bestätigen. Alle konventionellen Methoden waren bei mir erfolglos. So musste eine neue Lösung zur Bewältigung der Schmerzen gefunden werden. Hier war es mein behandelnder Schmerztherapeut, der mir im Jahr 2012 den Weg zu Dr. Rasche bereitet hat. In vielen Gesprächen hat Dr. Rasche mich über den Einsatz eines Neurostimulators aufgeklärt und auch die damit bevorstehende Operation erklärt. Im Januar 2013 wurde dann der Neurostimulator implantiert, der sofort seine Wirkung ge-

zeigt hat. Man muss natürlich auch sagen, dass dieser Einsatz keine sofortige Schmerzfremheit herstellen kann, doch es war bei mir ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Wichtig ist aus meiner Sicht die Betreuung durch den behandelnden Schmerztherapeuten und den Operateur. Auch der Patient muss sich mit diesem Thema beschäftigen, damit dieser Einsatz zum Erfolg führen kann. So ist auch die Nachsorge ein ganz wichtiger Bestandteil dieser Behandlung. Alle Beteiligten müssen ganz genau über die weitere Behandlung nach der Operation informiert werden, damit der Verlauf und auch die Einstellungen des Neurostimulators immer aktualisiert werden. Nur so kann der Neurostimulator erfolgreich arbeiten.

Mein persönliches Fazit hierzu ist folgendes: Sprechen Sie mit ihrem Schmerztherapeuten!

Ich selbst würde nach den Erfahrungen mit der Vorbereitung, der Operation und der Nachsorge, diesen Weg immer wieder gehen. Ich mache kein Geheimnis daraus, dass ich noch nicht schmerzfrei bin, doch wir sind auf einem guten Weg.

Ich halte Herrn Dr. Dirk Rasche für einen absoluten Fachmann auf diesem Gebiet und würde immer wieder zu ihm gehen. Kurz gesagt ist er ein Arzt dem man Vertrauen schenken darf, was in dieser Angelegenheit sehr wichtig ist.

Mit freundlichen Grüßen
ein begeisterter Patient,
Jürgen Maack, Hollenstedt

Impressum

SchmerzLOS AKTUELL

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

Erscheint vierteljährlich

Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten

Herausgeber: UVSD SchmerzLOS e.V.

Am Waldrand 9a 23627 Groß Grönau

fon 04509 - 879 308 fax 04509 - 879 309

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

Vereinsregister: Lübeck, V 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

Titelbild: Heike Norda

S. 3: Heike Norda

S. 5: Bernd Kasper/pixelio

S. 14: DDRockstar/fotolia

S. 18: WavebreakMediaMicro/fotolia

S. 19: mrslevite/fotolia

S. 19: berwis/pixelio

S. 20: burnhead/fotolia

Bitte senden Sie mir das Heft „SchmerzLOS AKTUELL“ regelmäßig (erscheint 4 x im Jahr und wird durch Spenden finanziert) an meine Adresse:

Vor- und Zuname: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen): _____

Datum/Unterschrift: _____

Coupon im Fensterbriefumschlag absenden an:

SchmerzLOS e.V.

Am Waldrand 9a

23627 Groß Grönau

Für meine Spende bitte ich außerdem um Zusendung von:

Broschüre „Tipps bei Schmerzen“

Broschüre „Sport als Therapie“

Faltblatt „Schwerbehindertenausweis“

Ernährungs-Ratgeber für Fibromyalgiepatienten

Schmerzskala zur Bestimmung der Schmerzstärke

Aktivitätentagebuch – Schmerz aktiv bewältigen

Das Buch „Schmerz – eine Herausforderung“

___ Exempl. „SchmerzLOS AKTUELL“ zum Weiterverteilen:

regelmäßig einmalig

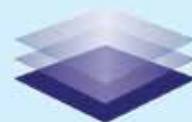
Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

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

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

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

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



Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft

Unsere Förderer:



Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe (BUND)



BARMER

Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

Ort / Termin	Kontakt
14089 Berlin Jd. 1. Mittwoch 17 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin Jd. 3. Dienstag 12:15 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
44892 Bochum Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Inge Donwald fon 0234 - 262 609 donwald@live.de
85435 Erding nächstes Treffen: 23.09.2017 11 Uhr	SchmerzLOS SHG Erding fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
79098 Freiburg Termine bitte anfragen	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
37075 Göttingen Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
22417 Hamburg I Jd. 4. Mittwoch 18 Uhr	Esther Mohr fon 0176-5707 5811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de
22525 Hamburg II Jd. 2. Mittwoch 17 Uhr	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg III Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
30169 Hannover Jd. 2. Freitag 18 Uhr	Carola Sigleithmaier fon 0170 - 494 7350 schmerzlos-shg-hannover@email.de
21698 Harsefeld Jd. 4. Donnerstag 18:30 Uhr	Sabine Linngroen fon 04166 - 848 348 linngroen@harsefeld.schmerzlos- ev.de
45699 Herten Jd. ltzt. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Herten fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
07747 Jena Jd. 1. Montag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Jena fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de

Ort / Termin	Kontakt
76133 Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
24149 Kiel Termin bitte anfragen	Christine B. fon 0431 - 545 8505 info@kiel.schmerzlos-ev.de
51109 Köln Jd. 4. Donnerstag 18 Uhr	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
23560 Lübeck I Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck II Jd. 2. Dienstag 18 Uhr	Andrea Freistein fon 01577 - 1960 417 freistein@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
84453 Mühldorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Stephanie Breiteneicher CRPS-Gruppe fon 01579 - 2317200 muehldorf@crps-miteinander-bayern.de
80339 München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Nils Stefan Güthlein CRPS-Gruppe fon 01579 - 2330100 muenchen@crps-miteinander-bayern.de
24534 Neumünster Jd. 1. Montag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24837 Schleswig Jd. 2. Donnerstag 16:30 Uhr	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 c.doormann-erken@gmx.de
58239 Schwerte I Jd. letzt. Montag 17:30 Uhr	Jürgen Pape fon 02304 - 237 30 27 j.pape-do@t-online.de
58239 Schwerte II Jd. 1. Dienstag 17:30 Uhr	Martin Münsterteicher fon 02301 - 48 63 martin@schwerte.schmerzlos-ev.de
58239 Schwerte III Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de

Ort / Termin	Kontakt
14089 Berlin Jd. 1. Mittwoch 17 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin Jd. 3. Dienstag 12:15 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
44892 Bochum Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Inge Donwald fon 0234 - 262 609 donwald@live.de
85435 Erding nächstes Treffen:	SchmerzLOS SHG Erding fon 0451 - 5854 4625

Ort / Termin	Kontakt
76133 Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
24149 Kiel Termin bitte anfragen	Christine B. fon 0431 - 545 8505 info@kiel.schmerzlos-ev.de
51109 Köln Jd. 4. Donnerstag 18 Uhr	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
23560 Lübeck I Jd. 1. Dienstag	Sabine Pump fon 0451 - 281 798

Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?

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

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

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

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

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

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

Wir haben etwas gegen Schmerzen
SchmerzLOS e.V.
Vereinigung aktiver Schmerzpatienten

