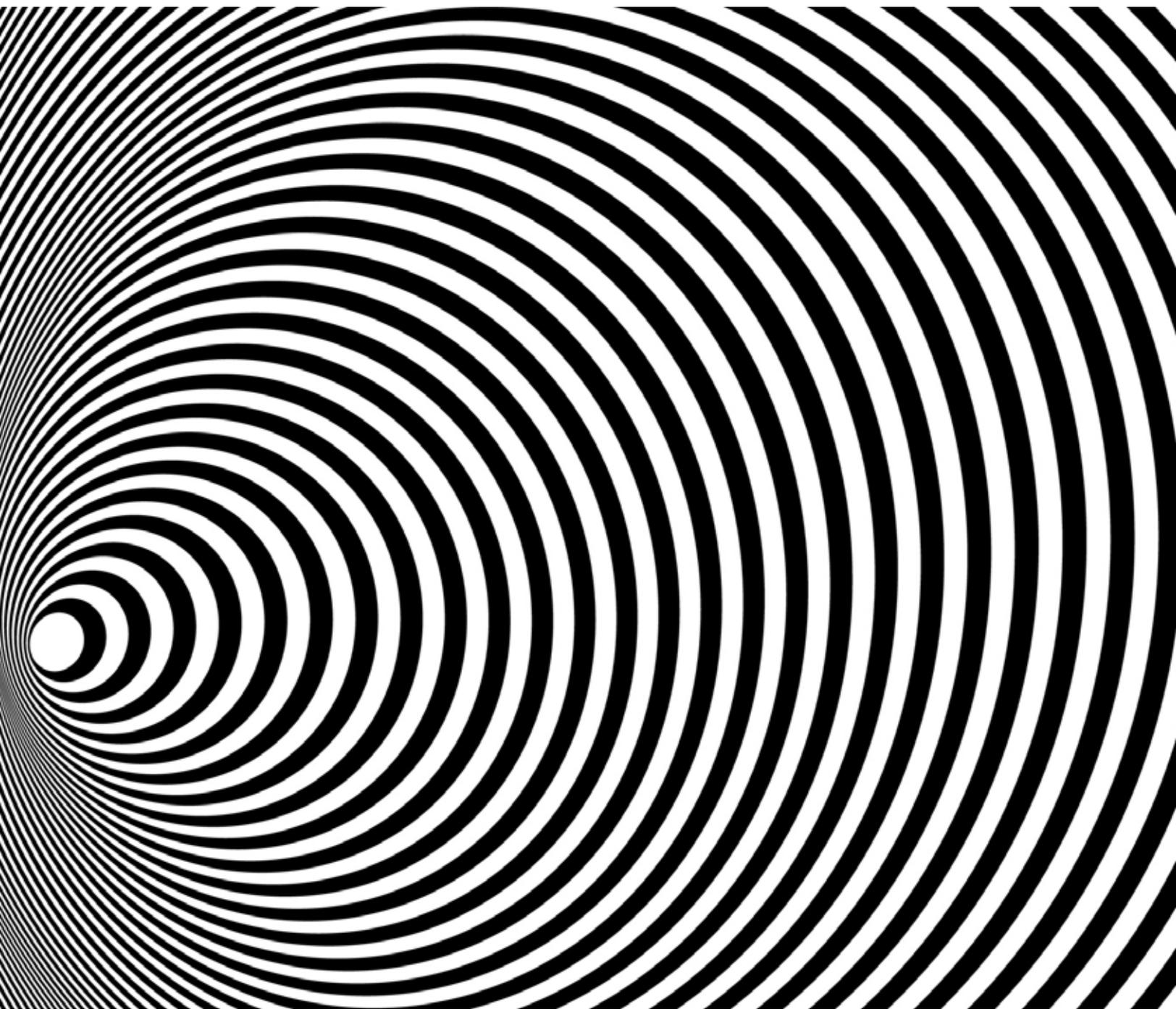


SchmerzLOS 

AKTUELL

1/2017



Hypnose-Therapie?

## Editorial



Liebe Leserin, lieber Leser,

SchmerzLOS e. V. hat seinen Namen mit einer Zusatzbezeichnung ergänzt: „Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland“ (UVSD). Jeder soll sofort im Namen erkennen können, dass die Patientenorganisation frei und unabhängig von der gewinnorientierten Medizinprodukte-Industrie arbeitet.

Lesen Sie in dieser Ausgabe in dem Artikel von Melchior Fischer, wie eine seriöse Hypnotherapie funktioniert und auf welche Kriterien Sie bei der Suche nach einem Therapeuten achten sollten.

Dr. Dirk Rasche beschreibt in seinem Artikel, wie Neurostimulation bei der schwierig zu behandelnden Schmerzkrankheit CRPS sinnvoll sein kann.

Ein gutes und anregendes Leseerlebnis wünscht  
Ihre / Eure Heike Norda



Heike Norda  
1. Vorsitzende

## Inhalt

Bandscheibenvorfall - welche Therapie sind wann nötig?	3
Wie Nüsse bei Stress helfen	5
Hypnotherapie bei chronischer Schmerzerkrankung	6
Neurostimulation bei CRPS	9
Schadenersatz bei abgesagter OP?	10
Mona, die Geschäftsstellen-Katze berichtet	11
Projekt Schreibwerkstatt	11
Was hilft gegen Schmerzen? Tipps von Betroffenen	12
Selbsthilfe hilft mir selbst Bericht einer Schmerzpatientin	14
Der Rat vom Arzt zählt am meisten	17
Ärzte können Cannabis-Präparate verordnen	18
Krankenhauskeime: Beweislast liegt beim Krankenhaus	19
Buchtipps - Für Sie gelesen	20
Impressum	22
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	23
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	24

# Bandscheibenvorfall: Welche Therapien sind wann nötig?

**R**ückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Leiden. Wenn die Schmerzen ins Bein ausstrahlen, ist meist eine lädierte Bandscheibe die Ursache. Eine Operation ist in den meisten Fällen weder nötig noch

Muskeln, Bänder und Bandscheiben eine bewegliche Stabilisation.

Abgesehen von dem ersten und zweiten Halswirbel und den miteinander verwachsenen Kreuz- und Steißbein-

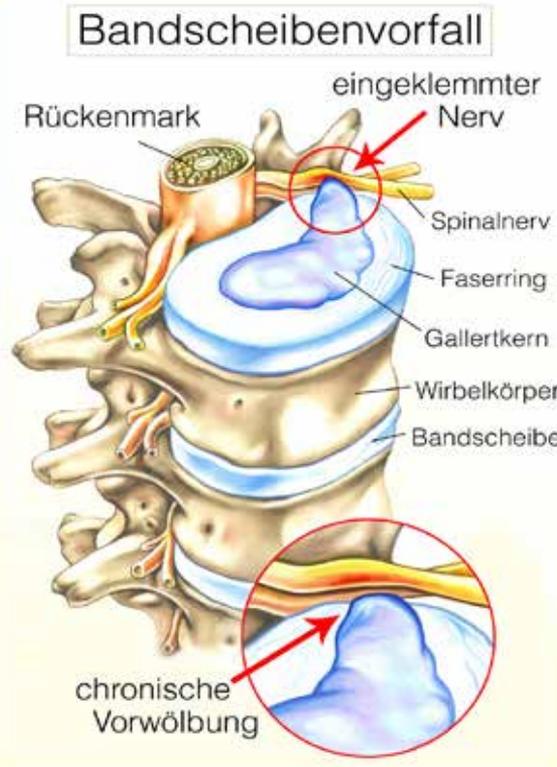
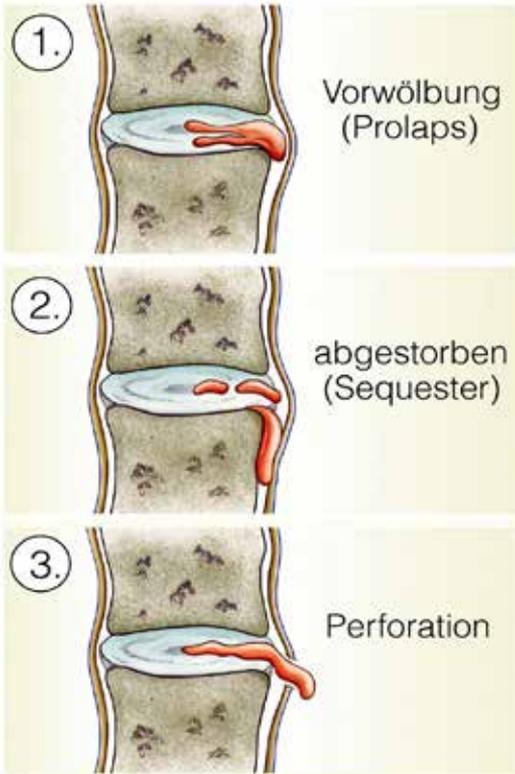
Durch das drückende Gewicht auf die Bandscheiben wird Wasser abgepresst. Aus diesem Grund werden sie im Laufe des Tages dünner, sodass der Mensch am Abend nach den Belastungen des Tages um die drei Zentimeter kleiner als morgens nach dem Aufstehen ist.

Da die Bandscheiben keine Blutgefäße besitzen, so wie andere Gewebe unseres Körpers, müssen sie auch regelmäßig wieder mit Flüssigkeit gefüllt werden, damit sie elastisch bleiben. Damit sich die Bandscheibe wieder mit Flüssigkeit füllt, muss sich der Mensch bewegen. Bei einem Mangel an Bewegung nehmen die Bandscheiben zu wenig Flüssigkeit auf und werden spröde und rissig. Wenn die Bandscheibe dauerhaft überlastet wird, d.h. dauernd zu großem Druck ausgesetzt ist,

ist das Ergebnis sehr ähnlich und die Bandscheibe sozusagen unterernährt.

Die Bandscheiben machen rund 25 % der Gesamtlänge der Wirbelsäule aus. Ihre Dicke nimmt von der Hals- zur Lendenwirbelsäule hinzu.

Jede Bandscheibe besteht aus einem Faserring aus Bindegewebe und einem wasserreichen Gallertkern im Inneren des Rings, dem eigentlichen Stoßdämpfer. Wenn der Faserring einreißt und sich der Gallertkern nach außen wölbt, kommt es zu einer Bandscheibenvorwölbung („Protusion“). Durchbricht der Gallertkern den Faserring, liegt ein Bandscheibenvorfall vor.



sinnvoll. Experten kritisieren seit Jahren, dass zu viele Bandscheibenvorfälle operiert werden, ohne vorher konservative Therapien anzuwenden.

Die Wirbelsäule setzt sich aus insgesamt 24 Wirbeln zusammen. Damit die einzelnen Wirbelkörper eine Einheit und einen tragenden Skelettabschnitt bilden, müssen die einzelnen Wirbel stabil und beweglich zugleich miteinander verbunden sein. Damit diese komplizierte Anforderung funktioniert, sind verschiedene Elemente beteiligt, um die Beweglichkeit und Stabilisation der Wirbelsäule zu gewährleisten. Während die einzelnen benachbarten Wirbel durch kleine Wirbelgelenke miteinander verbunden sind, ermöglichen auch

wirbeln, sind alle Wirbel durch eine Bandscheibe miteinander verbunden. Die Bandscheiben liegen jeweils zwischen den einzelnen Wirbelkörpern und stehen seitlich etwas über diese hinweg. Die Bandscheibe, bestehend aus Bindegewebe, befindet sich jeweils zwischen den beiden benachbarten Wirbelkörpern.

Die Bandscheiben fungieren als eine Art von Stoßdämpfern. Denn ihre Funktion besteht im Abdämpfen von Stößen und Druck auf die Wirbelsäule. Insbesondere der weiche bzw. gelartige Gallertkern fängt den Druck und die Erschütterungen auf, dämpft diese und schützt die Wirbelsäule und ihre Elemente vor Verletzungen.

Einige Faktoren können den Nährstoffaustausch stören und dazu führen, dass die Bandscheiben an Elastizität verlieren. Diese Faktoren sind Bewegungsmangel, Übergewicht, schweres Heben, einseitige Belastung (zum Beispiel bei langem Sitzen), abnehmender Flüssigkeitsgehalt des Gewebes durch natürliche Alterung und Rauchen.

Nicht immer verursacht ein Bandscheibenvorfall starke Schmerzen. In einer Studie an beschwerdefreien Menschen zwischen 24 und 42 Jahren aus unterschiedlichen Berufen fanden Forscher bei 60 Prozent der Untersuchten einen Bandscheibenvorfall, der keinerlei Probleme auslöste. Nur in wenigen Fällen entwickelt sich aus akuten Beschwerden ein chronisches Rückenleiden.

#### **Welche Diagnostik ist sinnvoll?**

Beim Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall reicht meist eine sorgfältige körperliche Untersuchung aus, um die Diagnose zu stellen. Erst wenn die Beschwerden länger als sechs bis zwölf Wochen andauern, ist eine bildgebende Diagnostik mit Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) sinnvoll. Zu frühe Bilddiagnostik birgt die Gefahr, dass Ärzte aus den Bildern falsche Schlüsse ziehen. Oft zeigen sie Veränderungen im Bereich der Bandscheiben, die gar nicht für die Beschwerden verantwortlich sind, und geben Anlass zu unnötigen Operationen.

#### **Welche Therapieformen werden angewandt?**

Die Behandlung von Bandscheibenbeschwerden hat sich in den vergangenen Jahren gewandelt. Während lange Zeit eine frühe Operation oder Ruhe und Schonung empfohlen wurden, setzen moderne Behandlungsmethoden auf eine Kombination aus klassischen Schmerzmedikamenten, Krankengymnastik, Wärmeanwendungen, Massage, Entspannungsverfahren, Muskeltraining und psychologische Unterstützungen. Ein weiterer Behandlungsansatz ist die periradikuläre Therapie (PRT): Dabei spritzt der Arzt unter Röntgenkontrolle eine Mi-

schung aus Schmerzmittel und Kortison direkt an die eingeeengte Nervenwurzel. Das führt zu einem Abklingen der Entzündung und der Schwellung. So lässt sich in vielen Fällen eine Operation vermeiden.

#### **Wann ist eine Operation notwendig?**

Wenn die lädierte Bandscheibe so stark auf die Nerven drückt, dass es zu Taubheitsgefühlen und Lähmungen im Becken und in den Beinen kommt, sodass dauerhafte Nervenschäden drohen, muss zeitnah eine Operation erfolgen. Bessern sich sehr starke und lang andauernde Schmerzen durch konservative Therapien wie Medikamente, Physiotherapie und manuelle Therapie nicht, sollte ebenfalls operiert werden. Die Operationsverfahren sind heutzutage viel schonender als früher. Treten nach einem Bandscheibenvorfall keine Lähmungen im Bein auf, ist eine Operation in der Regel nicht nötig.

Meist wird der aus der Bandscheibe ausgetretene Gallertkern in einem halbstündigen Eingriff endoskopisch entfernt. Gelingt die Operation, sind die Beschwerden danach meist schlagartig verschwunden. Es gibt auch andere Operationsverfahren. In unserem Gesundheitssystem werden Rückenoperationen im Vergleich mit anderen Therapieverfahren besonders gut vergütet. Dadurch steigt der Anreiz für Ärzte und Kliniken, ihren Patienten zu einer solchen Operation zu raten. Deswegen sollte man sich vor einer Rückenoperation immer eine zweite Meinung einholen, möglichst von einem Arzt, der diese Operationen nicht durchführt.

Um nach einer Operation einem erneuten Bandscheibenvorfall vorzubeugen, sollten Betroffene auf drei Dinge achten:

1. Rückenmuskulatur trainieren: Starke Muskeln entlasten die Bandscheiben und senken so das Risiko für weitere Schäden.
2. Nicht rauchen: Nikotin beeinträchtigt die Durchblutung.
3. Übergewicht abbauen: Jedes unnötige Kilo belastet die Bandscheiben.

#### **Hilft Weintrinken den Bandscheiben?**



Bioaktive Substanzen im Wein wirken antientzündlich und antioxidativ und verringern die Gerinnungsfähigkeit des Blutes.

Dr. Michael Schubert, Leitender Arzt der Abteilung Wirbelsäule der ATOS Klinik München, bestätigte, dass Weintrinken die Heilung nach einer Bandscheibenoperation beschleunigt. Wein verstärkt die Durchblutung und verbessert dabei besonders die stark gefährdeten Ränder der Bandscheiben und dazugehörigen Strukturen. Bestimmte Inhaltsstoffe des Weins verbessern die Fließeigenschaften des Blutes. Dadurch werden auch feinste Gefäße kräftig mit Blut und Sauerstoff versorgt. Außerdem wirken bioaktive Substanzen antientzündlich und antioxidativ und verringern die Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Mangelnde Durchblutung, z. B. als Folge des langen Sitzens im Alltag, gilt als Risikofaktor für einen Bandscheibenvorfall.

In Befragungen von Patienten einer norwegischen Studie waren Weintrinker zufriedener als andere nach einer Bandscheibenoperation. Für den Wirbelsäulen-Experten Michael Schubert in München ist dieser verblüffende Befund der norwegischen Ärzteguppe so überzeugend, dass er traditionell seinen Operationspatienten eine Flasche hervorragenden Rotwein mitgibt. Die positiven Rückmeldungen geben ihm recht. ■

# Wie Nüsse bei Stress helfen

Mit »NUTS« können Sie Stressauslöser erkennen und vermeiden

**N**UTS ist die neue Formel der Stressauslöser. Wer seine eigenen Stressauslöser erkennt, kann diese besser bekämpfen. Diese Formel heißt

**N** Novelty (Neuigkeit): Das sind „neue“ Situationen, die man nicht kennt, wie der erste Tag an einem neuen Arbeitsplatz

**U** Unpredictable (Unberechenbarkeit): Man weiß nicht, was in dieser Situation gleich passieren wird, z. B. bei einer zahnärztlichen Behandlung

**T** Threat to the Ego (Bedrohung): Jemand reagiert empfindlich, wenn seine Fähigkeiten angezweifelt werden, vor allem in Gegenwart anderer

**S** Sense of Control (Kontrollverlust): Man hat das Gefühl, die Situation nicht oder kaum kontrollieren zu können, z. B. wenn man sich in einem Stau auf der Autobahn befindet

Dr. Donia Lupien, Leiterin des Zentrums für die Untersuchung von Stress bei Menschen in Montreal Kanada, erklärte: „Um Stress entgegen zu wirken, ist es hilfreich, die Auslöser zu kennen.“ Wenn jemand mit Stress umgehen kann, sorgt dessen Gehirn dafür, dass die Produktion von Stresshormonen eingestellt wird. So beruhigt man sich automatisch. Deswegen ist auch das Gegenteil von Stress Belastbarkeit und nicht Entspannung.

Diese Techniken können bei akutem Stress ebenso helfen:

**Tief durchatmen:** Wer tief in den Bauch ein- und ausatmet, dehnt sein Zwerchfell. Diese Aktivierung bewirkt eine Reduzierung der Stress-Gefühle. Ebenso wirkt das Singen, bei dem die Bauchatmung unmerklich aktiviert wird.

**Bewegung:** Auch mäßiger Sport fordert die ganze Energie; das vertreibt den Stress. Dabei reicht es, wenn man sich trainingsmäßig im Rahmen seiner körperlichen Grenzen bewegt.

**Lachen:** Der Hippocampus, eine



**Das Gegenteil von Stress ist nicht Entspannung, sondern Belastbarkeit. Und es gibt erlernbare Techniken, die man gegen akuten Stress einsetzen kann.**

Hirnregion, die u. a. für die emotionale Widerstandsfähigkeit zuständig ist, ist sowohl für Stress als auch für das Lachen zuständig. Beim Lachen werden außerdem Endorphine freigesetzt, die zu mehr Ausgeglichenheit führen, aber auch dazu, dass die körpereigene Schmerzhemmung vermehrt aktiviert wird. Es gibt eigene Lach-Clubs bzw. Lach-Yoga-Gruppen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Volkshochschule!

**Folgen von chronischem Stress**  
Chronischer Stress führt zu einer Reduzierung von Gehirnmasse. So stärken Sie Ihren Hippocampus:

**Ernährung:** Untersuchungen an der Universität Kalifornien ergaben, dass Senioren, die jede Woche gebratenen oder gedünsteten Fisch aßen, einen um 14% größeren Hippocampus hatten als Nicht-Fischesser.

**Aktivität:** Wer sich dreimal wöchentlich 40 Minuten zu Fuß bewegte, dessen Hippocampus-Volumen nahm immerhin geringfügig zu, stellten amerikanische Forscher aus Illinois

fest.

**Meditation:** Die Dichte des Hippocampus-Gewebes konnte ebenfalls gesteigert werden durch eine etwa 30-minütige Meditation am Tag.

**Haustier:** Legen Sie sich ein Haustier zu! Als Tierbesitzer profitieren Sie physisch und psychisch. Einer Untersuchung von US-Wissenschaftlern zufolge reichen 150 Minuten Bewegung pro Woche aus, um einen positiven Effekt auf das Herz-Kreislauf-System zu haben, so der Kardiologe Ralf Jordan, Chefarzt der Klinik für Kardiologische Rehabilitation und Prävention in Duisburg. Hundebesitzer erreichen diese Zeit eher als Menschen ohne Hund. Außerdem haben Menschen, die sich jeden Tag an der frischen Luft bewegen, Studien zufolge ein stärkeres Immunsystem. Ein Hund zwingt zum regelmäßigen Rausgehen, doch auch Menschen, die ein Pferd haben oder versorgen, müssen immer wieder raus aus ihrer Wohnung. Und dadurch entstehen auch Kontakte, die vor Vereinsamung schützen. ■

# Hypnotherapie bei chronischer Schmerzkrankung



Melchior Fischer, Diplom-Psychologe arbeitet in der Rehaklinik Glotterbad, ist Therapeut am Milton Erickson Institut Rottweil/Freiburg, sowie Dozent und Ausbilder der Mil-

ton H. Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose e.V. Von 2010 bis 2015 war er zudem am Schmerzzentrum Hochrhein in Bad Säckingen tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Behandlung von chronischen Schmerzen, Ängsten (insbesondere Prüfungs-, Auftritts-, und Leistungsängsten), Burnout und Depressionen. Weiterhin ist er spezialisiert auf Mentaltraining und Coaching für Sportler und Musiker. Zurzeit befindet er sich in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. [www.melchior-fischer.de](http://www.melchior-fischer.de)

In der Ausgabe 2/2016 von SchmerzLOS Aktuell, wurde die Diplom-Psychologin Kathrin Simshäuser zum Thema „Hypnotherapie bei chronischen Schmerzen“ interviewt. Dabei hat sie kurz und prägnant die wichtigsten Aspekte der Hypnose beleuchtet. Dieser neue Artikel soll an das Interview anknüpfen und vielleicht nochmals etwas neugierig machen auf Hypnose als ein effektives Therapieverfahren, welches in der Psychotherapie sowie in der Medizin zur Behandlung chronischer Schmerzen angewendet wird.

## Was ist eigentlich Hypnose?

Hypnose bezeichnet einen veränderten Bewusstseinszustand, in welchem man einerseits sehr tief entspannt ist, gleichzeitig jedoch auch hochkonzent-

riert und mental sehr fokussiert ist. Dieser Zustand wird auch als „Trance“ bezeichnet und man kann ihn auf vielfältige Weisen therapeutisch nutzen, insbesondere bei der Therapie chronischer Schmerzen.

Eine Möglichkeit ist zum Beispiel, in diesem Trancezustand das Schmerzerleben zu verändern. Das nennt man „symptomorientiertes“ Vorgehen, da hierbei die Symptome – also die Schmerzen – verändert werden. In einer Hypnose ist der Körper noch besser in der Lage die eigene Vorstellung auch auf der körperlichen Ebene umzusetzen. Z.B. kann man in einer Trance durch entsprechende Vorstellungen (die Behandler sprechen von „Suggestionen“) erreichen, dass der Schmerz geringer wird, dass er weniger stört

Als Schmerzpatient kennen Sie sich mit chronischen Schmerzen aus und wissen vermutlich, dass diese nicht immer rein körperlichen Ursprungs sind, sondern häufig auch psychische Ursachen haben. So können chronische Schmerzen zum Beispiel für unverarbeitete Traumata stehen, sie können aber auch bedeuten, dass in der Lebensgestaltung etwas verändert werden sollte, oder dass es irgendwelche anderen Dinge gibt, die einem auf der Seele liegen, die sich über den Körper als Schmerz ausdrücken. Hypnose kann hier bei der Ursachenklärung und Lösung helfen. Zum einen verändert sich in einer hypnotischen Trance das Denken. Die ablaufenden Denkprozesse sind weniger von Logik bestimmt als von Intuition. Das bietet die Möglichkeit, auf ganz andere Art



**Hypnose ist kein Zaubermittel und verspricht keine Wunderheilung. Sie ist aber ein effektives und bewährtes psychotherapeutisches Heilverfahren, das therapeutische Prozesse unterstützen kann.**

oder dass er sich in der Qualität verändert (z.B. von "stechend" zu "dumpf").

Weiterhin bietet die Hypnose auch die Möglichkeit, genauer herauszufinden, warum der Körper diesen Schmerz empfindet bzw. "herstellt".

und Weise über Probleme, mögliche Veränderungen und Lösungen nachzudenken. Weiterhin geht man davon aus, dass man in einer Trance einen besseren Zugang zu unbewusstem Wissen hat. Auch wenn uns selbst gar nicht bewusst ist, warum der Körper

diese Schmerzen produziert, geht man in der Hypnotherapie davon aus, dass der Körper häufig weiß, warum er diesen Schmerz herstellt. Klinische (oder man könnte auch sagen therapeutische) Hypnose kann dabei helfen, die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Schmerzen aufzudecken und herauszufinden, was sich verändern soll, damit die Schmerzsymptome zurückgehen. Dieses Vorgehen wird als „problemorientiert“ bezeichnet, da man nicht direkt am Symptom etwas verändert, sondern herausfinden will, wo die Ursache für das Problem liegt und wie man dieses verändern oder sogar lösen kann.

Zudem ist die Hypnose ein hoch effektives Entspannungsverfahren. Durch die regelmäßige Anwendung von Selbsthypnose (also der Anwendung von Hypnose bei sich selbst) können allgemein Stress und Belastung deutlich reduziert werden und man kann sich damit in relativ kurzer Zeit sehr intensiv erholen. Alleine diese Entspannung hat in der Regel bei Schmerzpatienten schon einen positiven Effekt auf die wahrgenommene Lebensqualität. Weiterhin kann klinische Hypnose dabei helfen, Ängste vor Schmerzen sowie negative und katastrophisierende Gedanken bezüglich der Schmerzen abzubauen und dadurch ebenfalls die Schmerzwahrnehmung und Lebensqualität zu verändern. Da die hypnotische Trance ein ganz natürlicher Zustand ist, können die meisten Menschen Selbsthypnose erlernen und anwenden.

#### **Was klinische Hypnose nicht ist**

Klinische Hypnose hat kaum etwas mit dem Bild der Hypnose zu tun, das in den Medien vermittelt wird. Es geht nicht wie bei der „Bühnenhypnose“ um eine gute Show, Willensbeeinflussung oder Machtdemonstrationen. Diese Bilder haben wir häufig im Kopf, wenn wir an Hypnose denken. Bei manchen Menschen verursachen sie Angst oder Skepsis bezüglich einer hypnotherapeutischen Behandlung. Bei anderen wecken sie Hoffnungen darauf, dass ein Hypnotiseur die Schmerzen einfach mit einer Hypnose „wegmachen“ kann.



**Man geht in der Hypnotherapie davon aus, dass der Körper weiß, warum er diesen Schmerz herstellt. Therapeutische Hypnose kann diese Ursachen aufdecken.**

Klinische Hypnose ist jedoch eher das Gegenteil von Showhypnose, wie sie im Fernsehen präsentiert wird. Die klinische Hypnose dient der Unterstützung von therapeutischen Prozessen und geschieht selbstbestimmt. Bei einem gut ausgebildeten Hypnotherapeuten werden Sie somit immer selbst entscheiden, in welchem Rahmen Sie sich auf die Hypnose einlassen. Er wird Ihnen in den meisten Fällen auch beibringen, Hypnose auf sichere Art und Weise bei sich selbst anzuwenden. Es ist – trotz allem Irrglauben – auch nicht möglich, jemandem, den man hypnotisiert hat, seinen Willen aufzuzwingen. Eher verhält es sich andersherum, dass man im Trancezustand ein sehr feines Gespür dafür hat, was man will und was nicht. Hypnose ist übrigens kein Zaubermittel und verspricht keine Wunderheilung. Sie ist ein effektives und bewährtes psychotherapeutisches Verfahren, welches therapeutische Prozesse unterstützen und beschleunigen kann, aber nicht zwangsweise immer tut. Aktive Mitarbeit und – z.B. bei der Schmerzkontrolle durch Hypnose – regelmäßiges

Üben sind wichtige Voraussetzungen für den Therapieerfolg, so wie bei anderen Therapieverfahren im Allgemeinen auch.

#### **Wie findet man einen qualifizierten Hypnotherapeuten?**

Hypnotiseure und Hypnosepraxen wachsen in den letzten Jahren wie Pilze aus dem Boden, ebenso wie entsprechende Hypnosegesellschaften und Ausbildungsinstitute. „Hypnotherapeut“ ist keine geschützte Berufsbezeichnung. Deswegen ist es erstmal gar nicht so leicht, bei der Suche nach einem Hypnotherapeuten die Spreu vom Weizen zu trennen. Welcher Hypnotherapeut ist nun qualifiziert, und bei welchen Angeboten sollte man lieber vorsichtig sein? Aus diesem Grunde haben sich die deutschsprachigen Fachgesellschaften, die eine wissenschaftlich basierte Hypnotherapie auf der Grundlage einer akademischen ärztlichen oder psychologischen Ausbildung vertreten, zusammengetan und eine Informationsseite im Internet erstellt. Auf [www.hypnose.de](http://www.hypnose.de) werden Fragen rund um das Thema Hypnothe-

rapie beantwortet und auch Tipps für die Suche nach einem geeigneten und serösen Hypnotherapeuten gegeben. Weiterhin können Sie auf den Internetseiten der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose e.V. ([www.meg-hypnose.de](http://www.meg-hypnose.de)) und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. ([www.dgh-hypnose.de](http://www.dgh-hypnose.de)) – den beiden größten deutschsprachigen Fachgesellschaften - in Therapeutenlisten direkt nach einem gut ausgebildeten Therapeuten in Ihrer Nähe suchen.

### **Achten Sie auf die Ausbildung**

Generell ist bei der Therapeutesuche auf die Ausbildung des Therapeuten zu achten. Klinische Hypnose bei chronischen Schmerzen sollte ausschließlich von Ärzten und Psychologen ausgeübt werden. Ein Studiengang in Medizin oder Psychologie, sowie eine mehrjährige psychotherapeutische Ausbildung sind die Grundlage, um klinische Hypnose anzuwenden. Weiterhin können Sie nach Berufserfahrung im Bereich der Schmerztherapie schauen oder die Therapeuten persönlich fragen. Hier gilt in der Regel: Hat jemand keine Erfahrung in der Behandlung chronischer Schmerzen ohne Hypnose, so wird er mit einer Hypnoseausbildung sicherlich nicht sofort zum Schmerztherapeuten.

Einige Hypnotiseure werben auch mit selbsterfundene Fachtiteln und Zertifikaten („Zertifizierter Hypnosetherapeut“). Ein Studium der Medizin oder Psychologie sowie eine langjährige psychotherapeutische Ausbildung werden Sie in deren Lebenslauf jedoch nicht finden.

### **Heilungsversprechen**

Viele unseriöse Hypnotiseure versprechen Ihnen – teilweise schon auf der Homepage – dass Sie geheilt werden. Dies ist ein unethisches Vorgehen im Gesundheitswesen. Ärzten und Psychotherapeuten ist es deswegen sogar verboten, mit Heilungsversprechen zu werben.

### **Der persönliche Eindruck**

Alleine eine gute Ausbildung reicht allerdings manchmal auch nicht aus. Zu guter Letzt sind somit Ihr persönlicher Eindruck und Ihr „Bauchgefühl“ ausschlaggebend. Kann ich mit diesem Therapeuten arbeiten? Fühle ich mich dort gut aufgehoben? Das sind Fragen, die Sie sich in den ersten Sitzungen stellen sollten und die nur Sie selbst beantworten können. Wenn Sie diesbezüglich Bedenken haben, können Sie das dem Therapeuten mitteilen – damit muss er umgehen können. Möglicherweise finden Sie dann eine gemeinsame Lösung, oder aber Sie beenden die Therapie und suchen sich einen neuen Therapeuten. ■

### **Hinweis der Redaktion**

*Bei Interesse an einer Hypnotherapie, wenden Sie sich bitte an die im Text genannten Fachgesellschaften. Dort erhalten Sie Adressen von gut ausgebildeten Hypnotherapeuten und können sich dann an Therapeuten in Ihrer Nähe wenden. Diese wiederum informieren Sie über freie Therapieplätze, eventuelle Spezialisierungen, die voraussichtliche Behandlungsdauer, die Kosten der Behandlung und über die Möglichkeit der Kassenabrechnung. Es ist empfehlenswert mit mehreren Therapeuten Kontakt aufzunehmen, um die für Sie richtige Wahl zu treffen. Ortsabhängig kann es mehr Therapieplatzsuchende als freie Therapieplätze geben, planen Sie deswegen nach Möglichkeit etwas Zeit für die Suche ein.*

## **Tipp:**

### **Meine persönliche Stressübersicht**

Eine Anregung unserer Selbsthilfegruppenleiterin Andrea Freistein

Nimm ein Blatt Papier und schreibe deinen Namen mittig darauf.

Notiere um deinen Namen herum alle Personen, festen Termine und Aufgaben, die in deinem täglichen Alltag eine wichtige Rolle spielen. Die wichtigen Eintragungen sollten enger bei deinem Namen stehen als die weniger wichtigen.

Nun bewerte alle Notizen von 1 bis 6, wobei kein Stress eine 1 bekommt und starker Stress eine 6 erhält.

Dazu gib den Dingen, die dir Energie geben ein PLUS und ein MINUS denjenigen, die dir viel Energie nehmen.

Damit hast du eine bildliche Übersicht darüber, was Dich momentan am stärksten belastet. Ebenso erkennst du, wo du etwas verändern könntest oder solltest.

Die Konsequenz sollte darin bestehen, die Aufgaben zu reduzieren, die viel Kraft kosten.

So schaffst du dir Zeit für neue Aufgaben und Ziele und kannst deine Kraft in diese fließen lassen

# Neurostimulation bei CRPS (Komplexes regionales Schmerzsyndrom)

Von Dr. Dirk Rasche



*Dr. Rasche ist Oberarzt an der neurochirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck; er arbeitet seit fast 20 Jahren mit der Neurostimulation.*

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (engl.: complex regional pain syndrome = CRPS) ist eine besondere Schmerzerkrankung der Extremitäten. Prinzipiell können die Schmerzen akut spontan oder nach einem Trauma mit und ohne offensichtliche Nervenverletzung auftreten (CRPS Typ I ohne -, Typ II mit nachweisbarer Nervenverletzung). Die obere Extremität ist häufiger betroffen als die untere. Begleitet werden die Schmerzen von einer Schwellung, Gefühlsstörungen im Sinne einer Überempfindlichkeit, vermehrtem Schwitzen, Hautveränderungen oder auch gestörtem Haar- und Nagelwachstum im betroffenen Bereich. Die Ausprägung und Intensität der Schmerzen ist in Bezug auf die vermeintliche Ursache überschießend und unverhältnismäßig. Reflektorisch kommt es häufig zu einer Schonhaltung mit Ruhigstellung sowie Bewegungs- und Berührungsvermeidung. Mittel- und langfristig treten dann auch Muskelatrophien und Funktionsverluste auf. Die pathophysiologische Ursachen sowohl der Schmerzentstehung als auch der Chronifizierung und Schmerzunterhaltung sind bislang nur unzureichend erforscht und noch größtenteils unbekannt. Vermutet werden neben einer peripheren neuronalen Störung in der betroffenen Extremität darüber hinaus auch Veränderungen der zentralen Schmerzverarbeitung im Gehirn. Die initiale Behandlung umfasst neben der Ursachen-bezogenen Therapie hauptsächlich die Einnahme von Schmerzmedikamenten.

Der frühzeitige Einsatz von physiotherapeutischen Maßnahmen ist meist nur bei gleichzeitiger medikamentöser Schmerzlinderung möglich. In manchen Fällen kann eine lokale periphere Blockade des Sympathikus den entsprechenden Schmerzanteil darstellen und temporär ausschalten. Halten die Schmerzen dauerhaft an und bestehen über den Zeitraum der zu erwartenden Heilung hinaus, spricht man von einem chronischen Schmerzsyndrom. In solchen chronischen Fällen kann der Einsatz der Neurostimulation geprüft werden. Mittels implantierter Elektroden im Bereich des Rückenmarks (epidural; engl.: spinal cord stimulation = SCS) oder des Hinterwurzelganglions (engl.: dorsal root ganglion stimulation = DRGS) wird durch unterschiedliche Stimulationsparameter eine Schmerzbeeinflussung versucht. Bestehen Schmerzen der Arme oder Hände, werden die Elektroden im Bereich der Halswirbelsäule und bei Bein- oder Fußschmerzen an der unteren Brust- oder Lendenwirbelsäule eingebracht. Im Bereich der Halswirbelsäule hat sich die DRGS als vorteilhafter im Vergleich zur SCS erwiesen, da diese weniger anfällig für bewegungsabhängige Stimulationswirkungen ist. Dies erfolgt in der Regel in einer kurzen Operation mit örtlicher Betäubung und mit Hilfe eines Röntgengerätes.

Bereits bei der Platzierung der Elektroden kann durch eine Teststimulation gezeigt werden, dass in dem schmerzhaft betroffenen Bereich für den Patienten angenehme Kribbelempfindungen durch die elektrische Stimulation ausgelöst werden. Zur weiteren Auswertung der Stimulationswirkung wird häufig eine mehrtägige Testphase mit einem äußeren Impulsgeber durchgeführt. In dieser Zeit ist der Patient mit Hilfe eines Handgerätes in der Lage die Stimulation individuell zu steuern und anzupassen. Zeigt sich in den Tagen dann eine positive Schmerzbeein-

flussung, subjektiv gemessen u. a. an der visuellen Analogskala (VAS) oder numerischen Rating-Skala (NRS) und möglichem Verzicht auf Schmerzmedikamente, erfolgt in einer zweiten Operation, diesmal in Vollnarkose, die Implantation eines Impulsgebers (sog. Neurostimulator) mit Anschluss an die Elektrode.



Abb 1, Röntgenbild der Halswirbelsäule mit 2 implantierten Elektroden zur Hinterwurzelganglionstimulation

Der Neurostimulator, ungefähr so groß wie eine Streichholzschachtel, kann in das Unterhautfettgewebe am Bauch, unter dem Schlüsselbein an der Brust oder im Bereich des Gesäßes eingebracht werden und wird telemetrisch durch die Haut gesteuert. Ein Implantatausweis wird ausgehändigt und sollte vom Patienten immer mitgeführt werden. Technisch können für die SCS zwei Arten von Stimulatoren unterschieden werden: Stimulatoren mit einer nicht wiederaufladbaren Batterie und solche, deren innere Batterie mit einer Induktionsspule

von außen durch die Haut mit einem Gürtelhalter alle 2-4 Wochen (je nach Stimulationsstärke und Energieverbrauch) aufgeladen werden kann. Durch die technische Weiterentwicklung bei der SCS werden nur moderne Implantate verwandt, mit denen eine MRT-Untersuchung (MRT = Kernspintomographie), unter bestimmten Voraussetzungen, möglich ist. Die zurzeit verwandten Implantate für die DRGS sind nicht MRT-tauglich.

Im Rahmen der Nachsorge bei implantierten Neurostimulationssystemen können in der Hochschulambulanz die Stimulationsparameter optimiert und den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst werden. Ein Wechsel des Neurostimulators bei Erschöpfen der Batteriekapazität wird nach ca. 2-5 Jahren (nicht-wiederaufladbar) bzw. nach 8-10 Jahren (wiederaufladbar) notwendig.

Sollte sich im Laufe der Zeit ein Wirkungsverlust der Stimulation einstellen, ist es auch nach Jahren noch möglich, das System wieder zu entfernen, allerdings ist hiermit eine Operation in Vollnarkose verbunden.

Die Hauptprobleme der Neurostimulation sind meist technischer Ursache. Zum einen das Verrutschen der eingebrachten Elektroden, zum anderen ein Bruch oder Defekt der Elektroden- oder Verbindungskabel, beides verbunden mit einem möglichen Ausfall der Stimulation und Wirksamkeit der Methode. Durch eine Wiederholungsoperation können dann in den meisten Fällen diese technischen Probleme behoben und die Funktionsfähigkeit des Systems wieder hergestellt werden.

Die Neurostimulation mit SCS oder DRGS bei CRPS ist eine zusätzliche Schmerzbehandlung, wenn mit Medikamenten und konservativen Verfahren keine ausreichende Schmerzeinflussung erreicht wird. Der Einsatz sollte individuell entschieden, prinzipiell aber eher frühzeitig bei chronisch bestehenden Schmerzen in Betracht gezogen werden. Der Erfolg der Methode hängt u. a. von der Erfahrung des Operateurs mit der Patientenselektion und den dargestellten Verfahren ab, ggf. sollten Patienten sich hier im Vorfeld eine Zweitmeinung einholen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie hat eine Zertifizierung von Operateuren und Behand-

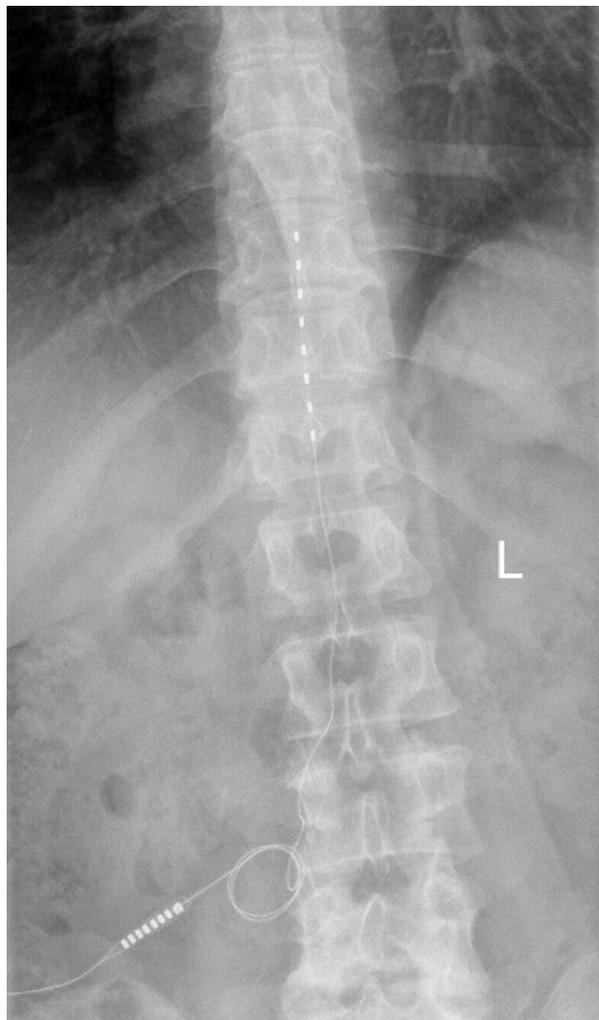


Abb. 2, Röntgenbild mit Darstellung einer acht-poligen Elektrode im Bereich der unteren Brustwirbelsäule zur epiduralen Rückenmarkstimulation

lungszentren in Bezug auf die invasive Neurochirurgische Schmerztherapie etabliert. ■

## Schadensersatz bei abgesagter OP?

Eine übergewichtige Patientin wollte sich zur Gewichtsreduktion einen Magenballon einsetzen lassen. Dazu schloss sie mit einer Klinik 2015 einen Wahlleistungsvertrag ab. Der Magenballon sollte zum Ende des Folgemonats eingesetzt werden. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Klinik sahen vor, dass bei einem abgesagten oder verschobenen OP-Termin eine Verwaltungsgebühr von 60 Euro fällig werde. Bei einer Stornierung innerhalb von weniger als 14 Tagen vor dem Termin waren zudem 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrags zu zahlen, innerhalb von sieben Tagen 60 Prozent und innerhalb 48 Stunden sogar 100 Prozent.

Die Patientin sagte den Eingriff jedoch wenige Tage vor dem Termin ab. Die Klinik verlangte 60 Prozent der Behandlungskosten, insgesamt 1494 Euro. Doch die Frau muss das nicht zahlen, entschied das Amtsgericht München. Denn die AGB der Klinik benachteiligten die Patientin unangemessen und seien deswegen unwirksam. Zum einen sei die Stornogebühr viel zu hoch. So müssten bei einer Absage innerhalb von 48 Stunden nicht nur der gesamte Rechnungsbetrag, sondern auch weitere 60 Euro Verwaltungsgebühr gezahlt werden - also mehr, als wenn die Patientin den Eingriff hätte durchführen lassen.

Das Gericht gab bekannt, dass ein derart hoher Schaden ist völlig realitätsfern und offenkundig einseitig zugunsten des Verwenders festgelegt sei. Im Hinblick auf das gesteigerte persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sei es zudem allgemein anerkannt, dass der Patient den Behandlungsvertrag jederzeit fristlos kündigen kann, ohne hierfür sachliche Gründe nennen zu müssen.

## Mona, die Geschäftsstellen-Katze berichtet:



**H**allo, liebe Leserinnen und Leser, ich berichte euch das Neueste aus der Geschäftsstelle. Und hier ist immer was los. Wenn ich zum Beispiel durch das Fenster meiner persönlichen Eingangstür (Katzenklappe) nach draußen schaue, habe ich einen guten Überblick über den Eingangsbereich bis auf die Straße. Ich kann euch sagen, das ist höchst interessant und nie langweilig. Ich sehe, wenn Besuch im Anzug ist, und ich mich vorsorglich in Sicherheit bringen muss (immer unterm Sofa). Den Briefträger erkenne ich jetzt. Wenn er sich der Tür nähert, gehe ich schon mal ein paar Schritte zurück, damit ich nicht den ganzen Segen, den er durch den Briefschlitz wirft, aufs Kreuz kriege. Neulich war ein sehr dicker und schwerer Brief dabei. Da sollen angeblich die ganzen Unterlagen für den SHG-Leiter-Workshop 2017 drin gewesen sein, der ja dieses Jahr in Göttingen stattfindet. Da werden 25 Teilnehmer erwartet, die zwei Tage lang für ihre Arbeit in der Gruppe geschult werden.

Mir entgeht hier in der Geschäftsstelle ja fast nichts, und ich bin darum sozusagen ein Geheimnisträger. Aber ich werde nicht alles, was ich weiß auch verraten. Aber etwas will ich trotzdem mal mitteilen. Vor einigen Tagen kam wohl hoher Besuch, eine Frau und ein Mann. Nachdem sie mich begrüßt hatten, setzten sie sich an den Tisch und unterhielten sich mit meinem Diener, dem Geschäftsstellenleiter. Es muss wohl um Geld gegangen sein, mir klingeln jetzt noch die Euro in den Ohren. Zum Abschluss, nach vier Stunden, haben sie einen Zettel unterschrieben, auf dem bestätigt wurde, dass die Vereinsfinanzen alle in Ordnung sind und mein Diener wohl alles richtig gemacht hat.

Nun möchte ich euch allen einen guten Start in den Frühling wünschen. Ich würde mich übrigens sehr freuen, wenn ich mal von meinen Lesern etwas hören könnte. Vielleicht berichtet Ihr mal, was Ihr im Frühling so macht, und wie Ihr eure Schmerzen lindert. Bei mir beschränkt sich der Schmerz ja noch auf Herzschmerz. Kennt Ihr den? Ich sage euch: ganz schlimm! Abends liege ich stundenlang vor der Terrassentür und warte mit Sehnsucht darauf, dass mein Freund Peterle sich mal wieder sehen lässt. Aber keine Spur von ihm. Ich leide und warte, und warte und leide. Könnt Ihr mich verstehen? Meine Mailadresse ist [mona@schmerzlos-ev.de](mailto:mona@schmerzlos-ev.de).

So, nun muss ich Schluss machen, denn mein Diener, der Geschäftsstellenleiter, kramt gerade am Kühlschrank rum, und da könnte was für mich abfallen. Tschüüüüs! ■

## Projekt Schreibwerkstatt

SchmerzLOS e. V. hat zusammen mit der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. das Projekt „Schreibwerkstatt“ ins Leben gerufen. Damit soll Schmerzpatienten Gelegenheit gegeben werden, ihre „Schmerzgeschichte“ aufzuschreiben, damit andere Betroffene daraus lernen können. Denn es hilft, wenn man erfährt, wie es anderen ergangen ist und wie sie mit Ihren Problemen fertig geworden sind. Seien auch Sie mutig und bringen Sie IHRE Schmerzgeschichte zu Papier. Es wird auch Ihnen selbst helfen, wenn Sie sich auf diesem Weg mit Ihren Schmerzen auseinandersetzen.

Die Geschichten werden bearbeitet und möglicherweise Fragen an den Schreiber gestellt. In jedem Fall bleiben die Autoren der Geschichten anonym. Reichen Sie Ihre Geschichte bei SchmerzLOS e. V. ein. Einige werden wir in unserem Mitgliedermagazin SchmerzLOS-AKTUELL veröffentlichen, auf unserer Website einstellen oder auf der Website der Deutschen Schmerzgesellschaft unter dem Menüpunkt „Patienteninformation“ veröffentlichen.

Mir geht es besser, wenn ich Tai-Chi-Übungen mache.  
*Kirsten*

Ich mache eine Fantasiereise mit einem Ballon, wobei ich nach und nach die Säckchen abwerfe, in denen meine Schmerzen sind.  
*Frank*

Das hilft bei mir fast immer: mit meinem Partner kuscheln.  
*Charlotte*

# Was hilft gegen Schmerzen?

## Tipps von Betroffenen

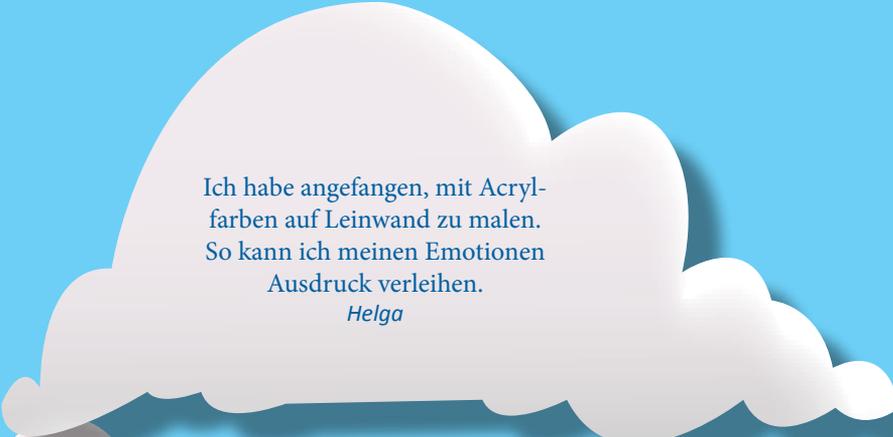
Bei meiner Kniearthrose und meinem Bandscheibenleiden hilft mir möglichst viel Radfahren.  
*Christine*

Ich rufe eine Freundin an, mit der ich alles berede.  
*Elvira*

Ich führe Tagebuch über meinen Schmerz.  
*Marlies*

Wenn ich starke Schmerzen habe, gehe ich eine Weile spazieren. Die Bewegung tut gut und die Schmerzen werden erträglicher.  
*Rita*

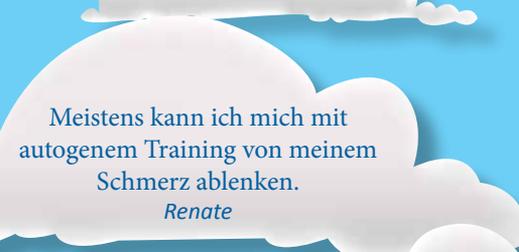
Ich singe im Chor. Da ist man auf eine Sache konzentriert, der Kopf ist beschäftigt, man atmet gut, trifft nette Leute und hat positive Emotionen.  
*Jürgen*



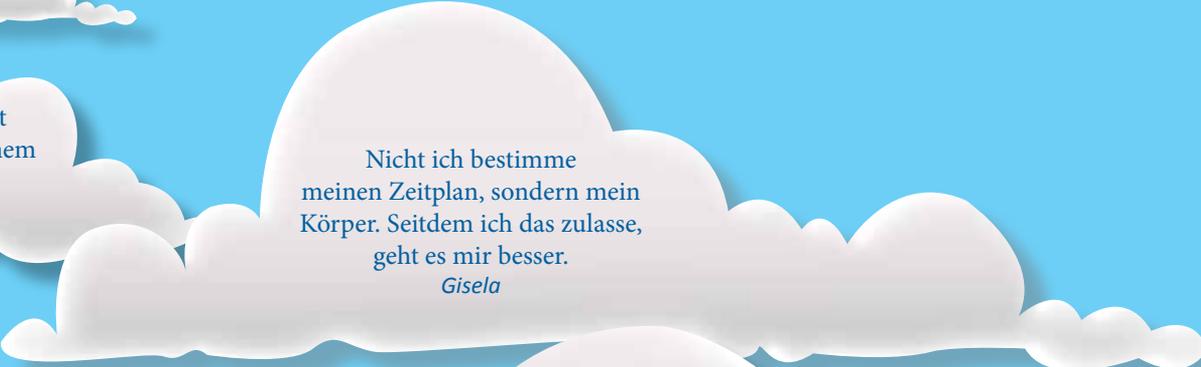
Ich habe angefangen, mit Acryl-  
farben auf Leinwand zu malen.  
So kann ich meinen Emotionen  
Ausdruck verleihen.  
*Helga*



Wer sich kleine Ziele vornimmt, hat  
häufiger ein Erfolgsgefühl. Man sollte  
auch lernen, Dinge liegen zu lassen.  
*Heidi*



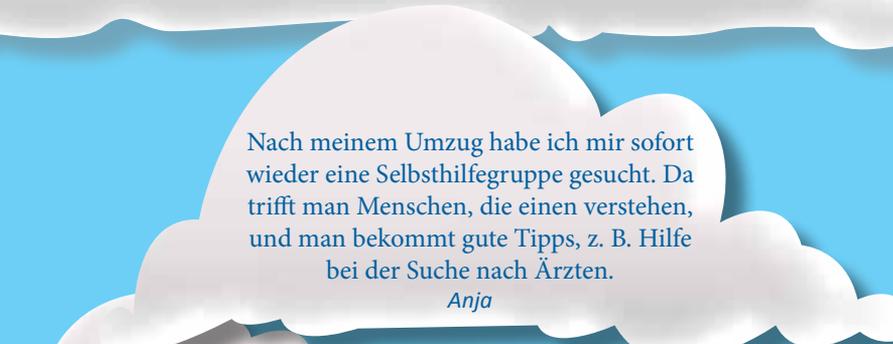
Meistens kann ich mich mit  
autogenem Training von meinem  
Schmerz ablenken.  
*Renate*



Nicht ich bestimme  
meinen Zeitplan, sondern mein  
Körper. Seitdem ich das zulasse,  
geht es mir besser.  
*Gisela*



Durch Selbsthypnose  
mit einer entsprechenden CD  
schicke ich meinen Schmerz auf Urlaub.  
*Christina*



Nach meinem Umzug habe ich mir sofort  
wieder eine Selbsthilfegruppe gesucht. Da  
trifft man Menschen, die einen verstehen,  
und man bekommt gute Tipps, z. B. Hilfe  
bei der Suche nach Ärzten.  
*Anja*



Ich habe  
begonnen, regelmäßig  
Aquajogging zu betreiben.  
Im Wasser fühle ich mich wohl, und es macht Spaß.  
*Eva*

# Selbsthilfe hilft mir selbst

## Ein Bericht einer Schmerzpatientin

Meine Geschichte beginnt mit einem Fahrradunfall, den ich als Studentin auf dem Heimweg von der Universität hatte. Auf dem Fahrradweg, den ich vorschriftsmäßig befuhr, wurde ich an einem ampegesicherten Überweg von einer Autofahrerin angefahren,

Verletzung nicht und meinte, ich solle mich einige Tage ins Bett legen, dann würde es schon wieder gehen. Es beserte sich aber nicht so, wie er es vorhergesagt hatte. So wurde ich in den nächsten Monaten mehrfach arthroskopiert, d. h. die Ärzte schauten durch einen kleinen Schnitt mit einer Optik

stellte man einen fachgerecht entfernten Meniskus fest, der aber „offiziell“ nie entfernt wurde...

Jedenfalls begann eine der OP-Wunden zu eitern, und ich bekam plötzlich hohes Fieber. Die entstandene Fistel an der Innenseite des Knies wurde herausoperiert. Großes Glück war es, dass das Kniegelenk durch die Entzündung keinen zusätzlichen Schaden genommen hatte. Nach der Fisteloperation hatte ich „seltsame Schmerzen“, nämlich an der anderen Seite des operierten Knies, also an der Außenseite. Als ich das den Ärzten im Krankenhaus sagte, taten sie meine Schmerzen ab. Sie teilten mir mit, dass das gar nicht sein kann. Ich verspürte aber ganz sicher diese Schmerzen, die sich im Lauf der nächsten Monate noch intensivierten und manchmal auch blitzartig mit einer hohen Intensität in das Bein hineinschossen, so dass ich oft zurückzuckte. In solchen Situationen konnte ich als Autofahrerin auch die schon getretene Kupplung nicht halten, so dass mein Auto manchmal an einer Ampel nach vorne schoss und dann ausging. Hinzu kamen weitere Symptome, wie z. B. das Gefühl, dass Tropfen an dem betroffenen Bein herunter laufen, eine Art „schmerzhaftes Jucken“ sowie Farbveränderungen in dem betroffenen Gebiet, die mal die Haut rot, manchmal auch blau aussehen ließen. Auch eine erhebliche Berührungsempfindlichkeit stellte sich ein. Teilweise konnte ich nicht mal den Stoff der Hose über der Stelle ertragen. Nachts wachte ich bis zu 50mal auf, wenn ich im Schlaf unabsichtlich an diese Stelle kam.

In der kommenden Zeit machte ich das, was man „Ärzte-Hopping“ nennt. Ich suchte viele Ärzte verschiedener Fachrichtungen auf. Von manchen wurde ich mit meinen Beschwerden nicht mal ernst genommen. Einer sagte mir sogar, dass ich wohl auf eine Entschädigung aus sein, entweder von der Autoversicherung oder von der Berufsgenossenschaft, die als Kostenträger auch heute noch für die-



Mit einem Fahrradunfall fing alles an; es folgten nicht erkannte Schäden, falsche Behandlungen und nicht sachgerechte Operationen, bei denen dann zu allem Überfluss noch ein Nerv verletzt wurde.

die mich zunächst überholte und dann beim Abbiegen nach rechts mich als geradeaus fahrende Radfaherin nicht sah. So kam es zu einem heftigen Anprall hauptsächlich meines linken Beins. Die Autofahrerin kurbelte das Fenster herunter – und gab Gas. Ein Mann drückte mir einen Zettel mit dem Autokennzeichen in die Hand. Plötzlich floss der Verkehr wieder. Ich fühlte mich verlassen und war geschockt. Meine größte Sorge galt meinem hart ersparten und etwa zwei Wochen vor dem Unfall gekauften Fahrrad. Dass mit meinem Bein etwas nicht in Ordnung war, merkte ich am Rande auch, aber es erschien mir zunächst nicht so wichtig zu sein. Richtige Schmerzen verspürte ich erst am nächsten Tag. Dann begab ich mich in die Behandlung eines Orthopäden. Der erkannte die Schwere der

in das Kniegelenk hinein. Es gab widersprüchliche Befunde, die von Operateur zu Operateur variierten. Dann stand es fest, dass der Innen-Meniskus abgerissen war, außerdem sollte es Schäden an den Bändern geben, die man aber nicht operieren konnte. Auch der Knorpel war beschädigt. Der Innen-Meniskus sollte in einer offenen Operation wieder angenäht werden. Jahre später erfuhr ich, dass das längere Zeit nach dem Unfallereignis gar nicht möglich ist. In der Aufklärung vor dieser Operation schloss ich eine Entfernung oder teilweise Entfernung des Meniskus aus, weil ich Sorge vor Folgeschäden hatte. Die Operation erfolgte, und angeblich wurde der Meniskus erfolgreich wieder angenäht. Etliche Jahre später allerdings wurde eine weitere Arthroskopie in einer anderen Klinik vorgenommen. Dabei

sen Wegeunfall eintritt. In dieser Zeit verschlechterte sich mein psychischer Zustand. Ich haderte mit dem Unfallereignis: „Warum gerade ich? Warum konnte ich nicht zu einer anderen Zeit diesen Weg befahren? Wieso habe ich Schmerzen, die die meisten Ärzte nicht mal behandeln?“ Auch machte es mir zu schaffen, dass sich die Autofahrerin, die durch das Autokennzeichen ermittelt werden konnte, nie bei mir entschuldigte.

Ein gewaltiges Selbstmitleid baute sich auf. Ich kapselte mich immer weiter von Freunden ab. Große Sorgen machte ich mir auch um meine berufliche Zukunft. Ich stand vor einer wichtigen Laufbahnprüfung. Wenn ich diese nicht bestehen würde, war mein Studienabschluss wertlos.

Mein Halt in dieser Zeit war mein damaliger Hausarzt, der mich mit großem Engagement auch psychisch aufbaute. Er gab zur Schmerzlinderung Spritzen mit einem örtlich betäubenden Mittel an den Nerven.

In der Folgezeit begab ich mich zu einem Schmerztherapeuten. Dieser nahm mich nicht nur ernst, sondern erklärte mir auch, dass ich unter Nervenschmerzen leide, die durch die Verletzung eines Nervs bei der Operation entstanden sind. Er schaffte es aber auch „nur“, die Schmerzen zu lindern und schickte mich zu einem Neurochirurgen in eine weiter entfernte Stadt. Dieser zerstörte den geschädigten Nerven teilweise, indem er durch eine Sonde, die er an den Nerven führte, flüssigen Stickstoff leitete, der etwa minus 100 Grad kalt ist. Diese Methode war bei mir insofern erfolgreich, dass die Schmerzen für bis zu drei Monate gelindert waren. Nach dieser kurzen Zeitspanne erholte sich der Nerv immer wieder. Er durfte aber nicht komplett zerstört werden. So wurde diese kleine Operation etwa alle drei Monate wiederholt. Insgesamt etwa 60 bis 70mal wurde sie von verschiedenen Ärzten durchgeführt.

Diese führten natürlich immer wieder zu Fehlzeiten in meinem Beruf. Die wichtige Prüfung hatte ich bestanden und wurde beruflich in eine fast unkündbare Stellung übernommen.

Nach einiger Zeit las ich eine Anzeige von einer Schmerzlinik. Dort stellte ich mich ambulant vor. Während dieser Konsultation fühlte ich mich sehr gut aufgehoben und ließ mich dort stationär behandeln. Zu meiner großen Überraschung half mir dieser Aufenthalt, bei dem ich eine multimodale Schmerztherapie erhielt, entscheidend. Die Behandlung umfasste medizinische Behandlung mit Schmerzmitteln aber auch Kältetherapie, psychologische Einzeltherapiestunden, Physiotherapie und Bewegungseinheiten nach genauer



Anleitung. Dort bekam ich so viele Anregungen, anders mit meinem Schmerz umzugehen, nämlich beispielsweise ihn zu akzeptieren, was ja eine Linderung keineswegs ausschließt. Wichtig war es für mich, dass mir von allen Berufsgruppen der Schmerz „geglaubt“ wurde, was ich vorher so bei vielen Behandlern nicht erlebt hatte. Der Chefarzt hatte ein großes Schild in seinem Zimmer, auf dem stand: „Schmerz ist immer das, was der Patient sagt.“ Dieser Spruch hing so, dass sowohl der Patient als auch der Arzt das immer sehen konnten. Auch lernte ich durch die Gespräche mit einigen Patienten, dass ich nicht auf der Suche nach Zuwendung bin, denn mich stießen die Verhaltensweisen von einigen Patienten ab, die mich beispielsweise fragten: „Geht es Ihnen auch so schlecht wie mir?“

Ich wollte, dass sich meine Schmerzen bessern, und ich verstand, dass ich selbst den größten Anteil daran trage, indem auch ich meine Schmerzen ernst nehme und so mich auch nicht überfordere, sondern mir auch zugestehen darf, dass ich an einem Tag, wenn die Beschwerden schlimm sind, mal nicht funktioniere. Bisher dachte ich, ich müsse immer alles gut machen. Dies bestand für mich darin, dass ich „funktioniere“.

Ein Arzt sagte mir in der Schmerzlinik einmal, dass ich wohl immer Schmerzen haben werde. Ich sollte aber versuchen, mich nicht vom Schmerz beherrschen zu lassen, sondern meine eigene Schmerzmanagerin zu werden. Das war mein erstes großes „Aha-Erlebnis“. In der folgenden Zeit begann ich zu lernen, dass ich mich nicht von meinen Schmerzen regieren lasse, sondern auch eine Verantwortung für meine Befindlichkeit trage. Heute bin ich darin ein großes Stück weitergekommen, aber ich arbeite immer noch daran. Mir wurde auch nahe gebracht, dass ich das tun solle, was mir Spaß macht. Erst viel später habe ich verstanden, dass sich dadurch auch meine Einstellung zu den Schmerzen verbessert, indem ich meine Aufmerksamkeit auf etwas Positives richte und so aus den negativen Gedanken hinauskomme. In der Schmerzlinik erfuhr ich auch, dass es hilft, sich zu bewegen. Bisher wurde mir immer geraten, mich zu schonen, wenn es weh tut. Nun lernte ich, dass jeder Mensch Bewegung braucht und dass eine dosierte Bewegung sich sogar positiv auf meine Schmerzen auswirkte. Bei der Wassergymnastik während der stationären Therapie lachten wir sogar viel. Diese „positive“ Bewegung (wenn ich es so nennen darf) tat mir so gut, dass ich heute immer noch begeistert Wassergymnastik mache.

Wenn die Schmerzen stark sind, kann ich auch heute noch nicht richtig das Bein belasten und auch nicht komplett bewegen. Wenn mir der Schmerz

mal wieder heftig blitzartig ins Bein schießt, bin ich auch schon gestürzt. Vor einigen Jahren habe ich mir deswegen mal den Fuß gebrochen. Teilweise habe ich auch das Gefühl, dass ich mit meinen Mitmenschen während der Schmerzattacken ungeduldiger bin. Dieses Problem konnte ich aber ausführlich mit meinen Freunden besprechen, so dass dies nun für mich keine so große Belastung mehr darstellt. Und ich habe ja auch erfahren, dass ich nicht immer funktionieren muss.

In der Zeit nach dem ersten Schmerzklinikaufenthalt wurde ich als Patientin immer selbständiger. Dazu gehörte auch, dass ich es lernte, mir diese betäubenden Spritzen selbst in den Oberschenkel zu setzen. Das erforderte am Anfang zwar viel Überwindung, aber ich wurde dadurch unabhängiger von dem Hausarzt und von seinen Sprechzeiten. So konnte ich mir nun bis zu 6mal am Tag diese Spritze selbst geben, wenn nötig sogar nachts. Die Schmerzstärke war immer noch hoch, aber ich konnte ja selbst spritzen, und somit wurden die Auswirkungen der Schmerzen auf meine Lebensqualität geringer.

Bei einem zweiten Aufenthalt in dieser Klinik nach etwa einem Jahr nahm ich an Treffen einer Schmerz-Selbsthilfegruppe teil, die sich in dieser Klinik traf. Dort hatte ich ein weiteres „Aha-Erlebnis“, denn es entstand ein Austausch mit einer Frau, die dasselbe Problem hatte wie ich: Wenn sie sich an ihrer Arbeitsstelle wegen der Schmerzen krank meldete, befürchtete sie, dass ihre Kollegen hinter ih-

rem Rücken schlecht über sie redeten. Dies hatte ich auch schon erlebt, denn meine und auch ihre Schmerzen sieht man nicht. Bisher konnte ich so etwas nur mit den Ärzten besprechen, die mir zwar professionellen Rat geben konnten. Aber ein Austausch mit einer anderen Betroffenen war für mich viel wertvoller, denn wir sprachen gemeinsam darüber, dass wir unsere Mitmenschen viel mehr über unsere Einschränkungen aufklären sollten, damit sie ein Mindestmaß an Verständnis entwickeln. Als ich nach Hause kam, schloss ich mich einer Selbsthilfegrup-



In der Selbsthilfegruppe habe ich gelernt, was meine Situation als Schmerzpatientin verbessert. Wir werden dort zu Experten unserer eigenen Krankheit und kommen auf Augenhöhe im Gespräch mit den Ärzten.

pe in einer etwa 40 Kilometer entfernten Stadt an. Die Fahrten in die andere Stadt wurden mir bald zu viel. Deswegen beschloss ich, in meiner Stadt eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Dazu nahm ich Kontakt mit der örtlichen Selbsthilfeberatungsstelle auf. Daraus entwickelte sich eine bis heute sehr gute Zusammenarbeit. Die geschulten Mitarbeiterinnen konnten der neuen Gruppe einen Raum kostenfrei zur Verfügung stellen, beim Formulieren einer Pressemitteilung wurde geholfen, auf Wunsch hätten wir für die ersten Sitzungen Hilfe bei der Moderation erhalten können. Wenn es Probleme in der Selbsthilfegruppe gibt, können wir uns auch heute noch jederzeit an die Beratungsstelle wenden. In den bis jetzt zwölf Jahren, die unsere Selbst-

hilfegruppe besteht, habe ich gelernt, was meine Situation als Schmerzpatientin verbessert. Einerseits werden wir immer mehr zu „Experten unserer eigenen Erkrankung“ und können dadurch mehr auf Augenhöhe mit unseren Behandlern sprechen. Mit am wichtigsten ist mir jedoch, dass wir durch unsere Gespräche, die absolut vertraulich sind, ein größeres Selbstbewusstsein als Schmerzpatienten aufbauen. Mir passiert es nicht mehr, dass ich von einem Arzt nicht ernst genommen werde! Das hat auch damit zu tun, dass ich meine Beschwerden nun ganz anders, mit mehr Selbstsicherheit, vortragen kann. Sollte es ein Arzt sein, der so etwas nicht ernst nehmen sollte, würde ich auch diesen nicht weiter aufsuchen. Es freut mich auch, wenn ich Teilnehmer unserer Selbsthilfegruppe dabei beobachten kann, wie diese andere Menschen aufklären

und ihr inzwischen großes Patientenwissen weitergeben, beispielsweise wenn unsere Selbsthilfegruppe einen Informationsstand hat, wie beim Tag der Offenen Tür in unserem Krankenhaus oder beim Aktionstag gegen den Schmerz.

Ich merke, dass sich meine Sichtweise auf mein Leben, so wie es mit den Schmerzen ist, positiv verändert hat. Ich kämpfe nicht länger gegen die Tatsache an, dass ich Schmerzpatientin bin, sondern kann das akzeptieren. Dadurch sind viele Energien bei mir frei geworden, die ich in die Selbsthilfearbeit stecken kann und oft als Freude zurückbekomme. Dadurch ist mein Glas Wasser nicht mehr halb leer sondern halb voll. ■

# Der Rat vom Arzt zählt am meisten

Landauf, landab diskutieren Politiker, Forscher, Krankenversicherer und Soziologen darüber, wie man die Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil und mehr Prävention motivieren kann. Eine repräsentative Studie der Asklepios-Kliniken unter 1200 Bundesbürgern zeigt nun, wie wichtig die Rolle der Ärzte bei diesem Ansinnen ist. Wenn Bürger Tipps zur Gesundheitsvorsorge annehmen, stammen diese zu fast 90 Prozent von ihrem Arzt. Weitere Anstöße geben auch schwere Erkrankungen im Familien- und Freundeskreis, aber auch der Rat vom Lebenspartner.

Über die Hälfte der Befragten, vor allem Jüngere, fühlten sich von Ärzten, Krankenkassen und der Politik nur mittelmäßig unterstützt. Weniger als die Hälfte der befragten Deutschen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand als gut ein. Fast genauso viele empfinden diesen als mittelmäßig, jeder Zehnte sogar als "schlecht". Auf ausreichend körperliche Aktivität achten nach den Studienergebnissen eher die Jüngeren: Während sich von den unter 30-Jährigen 45 Prozent zu den "Aktiven" zählen, ist es bei den über 60-Jährigen nur noch jeder Vierte. Ältere Menschen unterziehen sich nach dieser Studie eher einem Fitnessstest beim Arzt als Jüngere.

Ganz vorne bei den Vorsorgeuntersuchungen liegen Checks durch den Zahnarzt und Laboruntersuchungen des Blutes, die von über zwei Drittel der Befragten regelmäßig wahrgenommen werden. Es folgen Krebsvorsorge und Herz-Kreislaufuntersuchungen mit jeweils etwa 50 Prozent. Schlusslicht seien Magen- und Darmspiegelungen, die von 46 Prozent abgelehnt werden, heißt es. Zwischen 40 und 50 Jahren ließen sich nur 14 Prozent endoskopisch untersuchen, zwischen 50 und 60 Jahren jeder Vierte. Erst ab 60 Jahren seien es immerhin 44 Prozent. Einmal mehr belegt die Studie zudem, dass Männer eher Präventionsmuffel sind: Denn während 72 Prozent der Frauen regelmäßig zur gynäkologischen Vorsorge gingen, suchten ge-

rade einmal 29 Prozent der Männer regelmäßig einen Urologen auf.

Gesundheits-Apps und Fitnesstracker spielen nach der Studie bei der Gesundheitsvorsorge der Deutschen bislang eine untergeordnete Rolle: Acht bzw. sechs Prozent nutzen diese. Unter den Befragten unter 30 Jahren sind es immerhin 24 Prozent. Dabei sind allerdings 62 Prozent der Nutzer bereit, ihre Daten zu teilen: etwas weniger als die Hälfte mit ihrem Arzt, 27 Prozent mit der Familie und 17 Prozent auch mit ihrer Krankenkasse. ■

## Gesetzentwurf zur Korruption im Gesundheitswesen

Im April 2016 wurde im Bundestag der Gesetzentwurf zur Korruption im Gesundheitswesen abschließend beraten, um Bestechung und Bestechlichkeit in dem neuen § 299 a für alle Heilberufe im Strafgesetzbuch zu verankern. Gemeinsam mit MEZIS, der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte, begrüßt SchmerzLOS e. V. den Gesetzesvorschlag als Fortschritt gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage, jedoch sind noch einige Änderungen notwendig.

### Was und wer bestraft werden soll

Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen soll mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe bedroht werden. Bestraft werden sollen nicht nur die Bestochenen, sondern auch diejenigen, die bestechen. Und zwar für das Anbieten, Versprechen wie auch für das Gewährleisten der Bestechung. Dr. Niklas Schurig, Vorstandsmittglied von MEZIS, sagte: „Das Gesetz ist überfällig, auch wenn wir mehr erwartet haben. Der Gesetzesvorschlag hat noch viele Haken und Ösen“.

### Vorteilsnahme soll nicht bestraft werden

Die größte Schwachstelle des neuen Gesetzes ist die Beschränkung auf Bestechung und Bestechlichkeit,

während die ebenfalls korrumpierend wirkende und häufiger vorkommende Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung außen vor bleibt. Bei der Bestechung gibt es direkt Geld oder eine andere Vergünstigung gegen eine vereinbarte Gegenleistung, beispielsweise für jede Überweisung in ein spezielles Krankenhaus, sogenannte Zuweisungsprämie.

Die Vorteilsnahme und -gewährung, die im Öffentlichen Dienst - also auch für KrankenhausärztInnen strafbar ist, enthält dagegen keine juristische „Unrechtsvereinbarung“. Bei der Vorteilsnahme und -gewährung geht es um eine allgemeine „Landschaftspflege“ ohne direkte Gegenleistung, die sich für den Spender in der Zukunft günstig auswirken soll. Dies wird dazu führen, dass manche korruptiven Verhaltensweisen im Gesundheitswesen quasi als „legalisierte Korruption“ straffrei bleiben. Solche sind zum Beispiel pharmagesponserte Kongresse, die Übernahme der Fahrtkosten und Teilnahmegebühren für TagungsteilnehmerInnen, Essenseinladungen an Praxen oder unwissenschaftliche von Pharmaunternehmen in Auftrag gegebene Anwendungsbeobachtungen, die nur Marketingzwecken dienen.

### Nicht alle sind klageberechtigt

Nur Ärztekammern, Berufsverbände und Krankenkassen sind klageberechtigt, nicht aber einzelne Personen. Daher droht das Gesetz zahnlos zu bleiben.

### Kein Unternehmensstrafrecht

Belangt werden können nur die PharmavertreterInnen, nicht aber die Unternehmen selbst, da es in Deutschland kein Unternehmensstrafrecht gibt. Für Unternehmen ist Bestechung daher nur eine Ordnungswidrigkeit. „Das Gesetz ist überfällig, auch wenn wir mehr erwartet haben. Der Gesetzesvorschlag hat noch viele Haken und Ösen“, so Dr. Niklas Schurig, Vorstandsmittglied von MEZIS, der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte. ■

# Ärzte können Cannabis-Präparate verordnen



Die Deutsche Schmerzgesellschaft begrüßt grundsätzlich das neue Gesetz, weist aber darauf hin, dass die Anwendung von Cannabinoiden immer im Kontext einer multimodalen Schmerztherapie erfolgen soll, nicht aber als isoliertes Therapieverfahren.

Im Januar entschied der Gesundheitsausschuss des Bundestags, dass Medizinalhanf ein verschreibungsfähiges Medikament wird, das die Krankenkassen bezahlen müssen. Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben künftig Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität oder mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabillon. Dies gilt dann, wenn entweder eine allgemein anerkannte Therapie nicht zur Verfügung steht oder nach der „begründeten Einschätzung“ des behandelnden Arztes Medizinalhanf vorzuziehen ist. Gestrichen worden ist zudem die Vorgabe im Regierungsentwurf, dass Patienten zuvor „erfolglos austherapiert“ sein müssen, bevor Cannabis verordnet werden kann. Damit wurde nach langen Beratungen der Weg frei für eine Therapie mit Cannabis-Präparaten. Bei Patienten im Rahmen der speziellen ambulanten Palliativbehandlung (SAPV)

müssen die Kassen sogar binnen drei Tagen über den Verordnungsantrag entscheiden.

Das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ drohte über Monate an Vorbehalten in der Union zu scheitern. Rückenwind gab den Beratungen das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom April 2016: Es hatte erstmals einem MS-Patienten die Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis gewährt. Eine wachsende Eigenanbau-Szene aber wollten CDU und CSU vermeiden.

Cannabis-Patienten werden aber verpflichtet, an einer Begleiterhebung teilzunehmen. Vertragsärzte müssen anonymisierte Daten ihrer Patienten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) melden. Dies wird damit begründet, dass bisher nur Einzelfälle dokumentiert wurden und aussagekräftige Studien fehlen. Ungeklärt bleiben verkehrsrechtliche

Fragen, beispielsweise ob Schmerzpatienten, die unter einer Cannabistherapie Auto fahren, mit dem Vorwurf rechnen müssen, berauscht am Steuer zu sitzen.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes entfällt für Patienten der Zwang, bei der Bundesopiumstelle des BfArM eine Ausnahmegenehmigung beantragen

zu müssen. In rund 1000 Fällen ist dies bis Ende vergangenen Jahres genehmigt worden. Die Kosten mussten die Patienten bisher aus der eigenen Tasche zahlen. Im Schnitt waren dies bisher monatlich 540 Euro, in einzelnen Fällen bis zu 1800 Euro. Nach Angaben der Bundesregierung kann die Zahl der Versicherten nicht geschätzt werden, die künftig Anspruch auf die Versorgung mit Cannabinoiden haben. Der Eigenanbau bleibt aber weiterhin verboten. Das Produkt sei qualitativ schlechter als das aus der Apotheke, begründet das BfArM seine Ablehnung. So sei zum Beispiel nicht kontrollierbar, wie viel vom Wirkstoff in einem Joint steckt und wie viel im nächsten.

„Das ist ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Palliativversorgung“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Auch Marlene Mortler (CSU), Drogenbeauftragte der Bundesregierung, begrüßte den

# Krankenhauskeime: Beweislast liegt beim Krankenhaus

Schritt: „Wem Cannabis wirklich hilft, der soll Cannabis nun auch bekommen können, in qualitätsgesicherter Form und mit einer Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen.“

Die Deutsche Schmerzgesellschaft begrüßte bereits den Entwurf des Gesetzes in der Kabinettsfassung, mahnte aber hochwertige Studien über die Anwendung von Cannabinoiden in der Schmerzmedizin an. Leider sei die Studienlage bisher „oftmals schwach“. Angezeigt sei es – wie bei anderen schmerztherapeutischen Verfahren auch – Cannabis immer im Kontext einer multimodalen Schmerztherapie anzuwenden, nicht aber als isoliertes Therapieverfahren, erklärte die Schmerzgesellschaft.

## Bei akuten Schmerzen nach Operationen keine überzeugende Wirkung

Bei manchen Indikationen gibt es für den Einsatz von Cannabis-Präparaten schon relativ gesicherte Daten. Die US-amerikanische Neurologen-Gesellschaft AAN sieht eine brauchbare Evidenz für die Wirksamkeit gegen zentrale und spastikbedingte Schmerzen. Bei vielen anderen Indikationen ist der Nutzen jedoch umstritten, so auch bei akuten Schmerzen. Australische Ärzte überprüften Studien, um die Wirksamkeit von Cannabis vor oder nach orthopädischen, gynäkologischen, urologischen und zahnmedizinischen Eingriffen zur Analgesie (Schmerzausschaltung) festzustellen. Bei fünf von über 300 untersuchten Studien gab es bei der Schmerzlinderung keine signifikanten Vorteile gegenüber Placebo (Scheinmedikamenten).

Sowohl bei der Schmerzwahrnehmung, beim Opioidbedarf als auch bei der Zeit bis zum Wechsel auf stärker wirksame Schmerzmittel unterschieden sich Cannabis-Präparate nicht signifikant gegenüber Placebo. Jedoch traten unter dem Cannabinoid häufiger Nebenwirkungen wie Sedierung, Agitation (Unruhe) und auch Halluzinationen auf. Nach Auffassung der australischen Forscher legt die bisherige Studienlage damit nahe, dass Cannabinoide bei akuten Schmerzen wenig nützen. ■

**E**in damals 36-jähriger Patient wurde wegen eines Tennisellenbogens im Krankenhaus operiert. Die Wunde entzündete sich mehrfach, was zu drei Nachoperationen führte. Dies brachte nur einen teilweisen Erfolg, denn der Patient leidet bis heute unter Bewegungseinschränkungen und Schmerzen. Hierfür macht er einen Hygienefehler des Krankenhauses verantwortlich. Er habe mit einem weiteren Patienten im Zimmer gelegen, der eine infizierte Wunde im Kniebereich gehabt habe. Die Wunde sei nicht ausgeheilt, weil die Ärzte den Keim offenbar "nicht in den Griff bekommen" hätten. Der Patient achte in seiner Klage geltend, das Krankenhaus müsse beweisen, dass es keinen Hygienefehler gegeben habe. Normalerweise muss der Patient beweisen, dass das Krankenhaus fehlerhaft gehandelt hat.

Nach ständiger BGH-Rechtsprechung gibt es "voll beherrschbare Risiken", bei denen immer die Klinik oder auch die Arztpraxis darlegen muss, dass keine Fehler gemacht wurden. Umgekehrt gibt es aber auch Risiken, die mit den "Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus" verbunden sind. Weil deswegen auch eine fehlerfreie Behandlung im Einzelfall ohne den gewünschten medizinischen Erfolg bleiben kann, liegt in solchen Fällen die Beweislast für fehlerhaftes Handeln beim Patienten.

Verweisen sie jedoch auf besondere Risiken, denen sie unterliegen, muss nun das Krankenhaus darlegen, dass es die durch diese Risiken begründeten Hygienestandards auch eingehalten hat. So entschied jetzt der Bundesgerichtshof in diesem Fall. Damit stellte der Bundesgerichtshof nun klar, dass die Krankenhaushygiene nur teilweise zu den "voll beherrschbaren Risiken" gehört. Das gelte beispielsweise für die Reinheit der benutzten Desinfektionsmittel, die Sterilität von Infusionsflüssigkeiten oder auch für die Übertragung von Keimen durch das Klinikpersonal. "All diesen Fällen ist gemeinsam, dass objektiv eine Gefahr besteht, deren Quelle jeweils festgestellt und die deshalb mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann", heißt es in dem Beschluss.

Bei "ungeklärter Infektionsquelle" liege die Beweislast dagegen zunächst auf Seiten des Patienten. Im konkreten Fall habe es sich um einen Keim gehandelt, der bei jedem Menschen vorzufinden sei. Er könne daher also auch vom Patienten selbst oder von einem Besucher stammen. Allerdings habe hier der Patient ausdrücklich auf seinen Zimmernachbarn mit nicht ausheilender Wunde hingewiesen. Ein vom Gericht hinzugezogener Sachverständiger hatte erklärt, dass er zu einem solchen Patienten keinen weiteren Patienten mit offener Wunde legen würde, dass dies aber nach den geltenden Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zulässig sei, wenn erhöhte Hygienestandards eingehalten werden.

Laut dem Karlsruher Beschluss drehen diese Feststellungen des Sachverständigen die "Darlegungslast" nun wieder um. Demnach sei es nun Sache der Klinik darzulegen, dass sie diese erhöhten Hygienestandards beachtet hat. Der konkrete Fall wurde dafür an das OLG Celle zurückverwiesen.

Bundesgerichtshof Az.: VI ZR 634/15  
Gemeinsame Therapieentscheidungen von Patienten und Arzt ■

## Gemeinsame Therapieentscheidungen von Patienten und Arzt

SchmerzLOS e. V. macht eine kleine Befragung dazu, wie Patienten und Ärzte gemeinsame Therapieentscheidungen treffen. Dazu bitten wir Sie, Ihre Erfahrungen an SchmerzLOS zu senden. Uns interessiert vor allem, wie Sie Therapieentscheidungen mit Ihrem Hausarzt und mit Ihrem Facharzt treffen. Informieren die Ärzte neutral oder drängen sie Sie zu einer Entscheidung? Wie reagierten Ihre Ärzte, wenn Sie Ihnen über Ihre medizinischen Kenntnisse bezüglich Ihrer Erkrankung informierten. Senden Sie gern eine Mail an SchmerzLOS e. V. Wir werden Ihren Namen nicht veröffentlichen. ■



# Buchtipps

## Für Sie gelesen

### Ruhestand war gestern - anders altern

Ingrid Zundel

Hier haben Sie ein Mutmachbuch nicht nur für alleinstehende Frauen reiferen Alters der Mittelschicht. Auch wenn Frau im Alter von 50 noch nicht „trauerumflort“ auf ihr Altern blickt, ist es doch wichtig, sich rechtzeitig Gedanken darüber zu machen, wie man sein Alter leben will.

Ingrid Zundel möchte dazu Anregungen aus ihrem Leben geben – ohne den erhobenen Zeigefinger. Beispielsweise kann man sich bürgerschaftlich engagieren („Ehrenamt“) und dadurch neuen Lebensmut gewinnen und andere Menschen kennenlernen.

Re Di Roma-Verlag,  
ISBN 978-3868709971, 7,95 €

### „Und dann? 101 Ideen für den Ruhestand

Dagmar Giesberg

Dagmar Giesberg gibt Anregungen für jedes Interessensgebiet, denn für viele Menschen erweist sich der lang ersehnte Ruhestand schwieriger als erwartet. Lange hat man sich darauf gefreut, endlich die Dinge tun zu können, die man sich schon lange vorgenommen hatte und für die im Alltag keine Zeit war. Aber zu schnell stellt es sich Langeweile ein, die lange geplanten Aufgaben sind abgearbeitet. Um diesem „Rentenloch“ vorzubeugen, hat die Publizistin Dagmar Giesberg diesen Ratgeber geschrieben. Sie macht Vorschläge, wie die freie Zeit mit ehrenamtlicher Tätigkeit bzw. Teilzeitjob sinnvoll gefüllt werden kann. Zwei, drei feste Termine pro Woche geben Orientierung für ein neuen Tagesablauf. Es gibt auch ausgefallene Vorschläge, wie z. B. Leih-Oma-Au-Pair, Tierbetreuung und mehr. Vereine und Interessenverbände werden vorgestellt. Ebenso gibt sie Tipps über steuerrechtliche und finanzielle Fragen zu Rente und Einkommen.

Bertelsmann 2015,  
ISBN 978-3763934942, 14,90 €

### Das Leben annehmen

Matthias Wengenroth

Kennen Sie das Gefühl - „Sie haben eine Karre Mist vor ihrer Haustür zu stehen, die sie gar nicht bestellt haben.“? Jeder, der ein chronischen Schmerz verspürt, kennt die „Karre Mist“ nur allzu gut. Aber wie gestalte ich nun den Umgang damit? Begebe ich mich nie wieder aus dem Haus, weil mir der Weg versperrt ist, oder gibt es Perspektiven mit dem „Mist“ zu leben? Das Buch „Das Leben annehmen“ von Matthias Wengenroth behauptet „ja“ und gibt dazu zahlreiche sinnvolle und ganz praktische Ansätze für den alltäglichen Umgang. Diese Ansätze stellen eine aus den USA stammende Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie dar - die Acceptance and Commitment Therapy kurz ACT. Aus dem Titel könnte zunächst missverständlich interpretiert werden, dass es darum ginge, Schmerz „einfach anzunehmen oder zu akzeptieren“. So simpel kommt die Therapieform nicht daher – im Gegenteil. Das Buch stellt das wissenschaftlich fundierte Vorgehen dieser Therapie in einfachen und verständlichen Worten mit amüsanten Bebilderungen dar. Seite für Seite leitet der Autor Interessierte durch die Ansätze der ACT und motiviert, sich dem eigenen Thema „Schmerz“ behutsam zu nähern. Jedem theoretischen Kapitel folgen praktische Übungen, die direkt im Alltag angewendet werden können. Aber auch Erfahrenen dient das Buch zur Vertiefung und als gehaltvolles Nachschlagewerk. Das Buch ist ein guter Begleiter zu jeder Psychotherapie, kann aber auch eigenständig durchgearbeitet werden. Ein wertvoller Überblick über die ACT - für Laien verständlich, für Experten unverzichtbar – sehr zu empfehlen.

Rezension von Dr. Britta Lambers

Hogrefe Verlag  
ISBN 978-3456845128, 24,95 €

### *Die Schmerz-APP der Deutschen Schmerzgesellschaft (aktualisiert)*

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. hat die erste deutschsprachige App zu allen relevanten Schnell-Informationen und Kurzaufgaben rund um das Thema Schmerz veröffentlicht. Bisher gab es keine App, die dem Laien die Möglichkeit bot, sich über das Medium Smartphone zu vielen unterschiedlichen Aspekten von Schmerz, Schmerzerkrankungen und Schmerztherapien einen Überblick zu verschaffen. Grundlage dieser SchmerzApp sind über 50 Beiträge, an deren Erstellung rund 40 Schmerzexperten beteiligt waren. Die jetzt überarbeitete Version im Download unter [www.dgss.org/schmerzapp/](http://www.dgss.org/schmerzapp/) oder „schmerzApp“ in Ihrem Apple- oder Play-Store.





## 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: barsukov/fotolia

S. 3: Henrie/fotolia

S. 4: Igor Normann/fotolia

S. 5: pathdoc/fotolia

S. 6: Hetizia/fotolia

S. 7: Robin/fotolia

S. 14: ehrenberg-bilder/fotolia

S. 15: Markus Mainka/fotolia

S. 16: Privat

S. 18: Africa Studio/fotolia

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

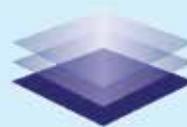
### Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

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/](http://www.schmerzlos-ev.de/über-uns/selbstverpflichtungs-erklärung/)



**Initiative  
Transparente  
Zivilgesellschaft**

### Unsere Förderer:



**Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe (BUND)**



**BARMER**

# Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

Nr.	Kontakt	Information	Straße	PLZ	Ort
1	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de	Berlin Jd. 1. Mi. 17 Uhr Jd. 3. Di. 12 Uhr	Gem.-KH Havelhöhe Kladower Damm 221, Hs 23, Raum 5.0,	14089	Berlin
2	SchmerzLOS SHG Bochum fon 04509 - 879 308 info@schmerzlos-ev.de	Bochum Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Knappschaftskrankenhaus in der Schornau 23-25 Seminarraum 1	44892	Bochum
3	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 04509 – 879 308 info@schmerzlos-ev.de	Freiburg Nächstes Treffen: Montag, 13.02.17 17 Uhr	Selbsthilfebüro Schwabentorring 2	79098	Freiburg
4	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de	Göttingen Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	UMG Robert-Koch-Str. 40 Roter Salon, Bettenhaus 1	37075	Göttingen
5	Esther Mohr fon 0176 – 5707 5811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de	Hamburg I Jd. 4. Mittwoch 18 Uhr	Asklepios Klinik Tangstedter Landstr. 400 Hs. 3, 2.OG	22417	Hamburg
6	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 04509 - 879 308 info@schmerzlos-ev.de	Hamburg II Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Hamburger Senioren Domizile Reichsbahnstraße 20	22525	Hamburg
7	Carola Sigleithmaier fon 0170 - 494 7350 sigleithmaier@email.de	Hannover Jd. 2. Freitag 18 Uhr	DIAKOVERE Friederikenstift Humboldtstraße 5 Konferenzraum im EG	30169	Hannover
8	Sabine Linngrön fon 04166 - 848 348 linnagroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de	Harsefeld Jd. 4. Donnerstag 18:30 Uhr	Fam.-Info-Zentrum (FIZ) der Samtgemeinde Harsefeld, Herrenstraße 25 a	21698	Harsefeld
9	SchmerzLOS SHG Jena fon 04509 – 879 308 info@schmerzlos-ev.de	Jena Nä. Treffen am Mo. 06.02.2017 18 Uhr	AWO Soz. Zentrum, (IKOS) Lobeda-Ost, 1. Etage Kastanienstraße 11	07747	Jena
10	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de	Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Städtisches Klinikum Moltkestraße 90 Raum F2, Hs. F, 1. OG	76133	Karlsruhe
11	Christine B. fon 0431 – 545 8505 info@kiel.schmerzlos-ev.de	Kiel Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Schmerzlinik Kiel Heikendorfer Weg 9 Seminarraum II, UG	24149	Kiel
12	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de	Köln Jd. 4. Donnerstag 18 Uhr	Klinikum Merheim Ostmerheimer Str. 200 Reha-Nova, Raum 1032	51109	Köln
13	Sabine Pump fon 0451 – 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de	Lübeck I Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	Neue Laurentius-Apotheke Schönböckener Str. 35 Seminarraum	23556	Lübeck
14	Andrea Freistein fon 01577 – 1960 417 freistein@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de	Lübeck II Jd. 2. Dienstag 18 Uhr	Neue Laurentius-Apotheke Schönböckener Str. 35 Seminarraum	23556	Lübeck
15	Christina Schubert CRPS-Gruppe fon 0175 - 9160 451 christina@crps-miteinander-bayern.de	Mühldorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Haus der Begegnung Auf der Wies 18	84453	Mühldorf
16	Nils Güthlein CRPS-Gruppe fon 0160 - 6827 617 nils@crps-miteinander-bayern.de	München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. T. bitte anfr.	Selbsthilfezentrum Westendstraße 68	80339	München
17	Heike Norda fon 04321 – 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de	Neumünster I Jd. 1. Montag 18 Uhr	DRK-Haus Schützenstraße 14	24534	Neumünster
18	Oliver Höhne fon 04321 – 419 119 hoehne.o@web.de	Neumünster II Jd. 1. Mittwoch 18 Uhr	DRK-Haus Schützenstraße 14	24534	Neumünster
19	Claudia Doormann-Erken fon 04621 – 33 469 c.doormann-erken@gmx.de	Schleswig Jd. 2. Donnerstag 16:30 Uhr	Gemeindehaus von St. Ansgar Lollfuß 61	24837	Schleswig

## 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 