

SCHMERZLOS 

AKTUELL

1/2016

Jenseits der Schmerzgrenze

Ärztinnen hören besser zu

Placebo - Nocebo: Nichts dran?

Schmerz-Psychotherapie  
ist nicht gleich Psychotherapie

Versorgung mit Heilmitteln  
Wie lange darf eine  
Psychotherapie dauern?

## Editorial

Die Kirchturmuhre auf der Titelseite zeigt es an: Es ist kurz vor 12. Angesichts der drängenden Nachwuchsprobleme, die die ärztliche Versorgung der Schmerzpatienten aufwirft, ist es notwendig, dass die Verantwortlichen sofort handeln. SchmerzLOS e.V. bittet alle Schmerzpatienten, sich daran zu beteiligen, indem sie unsere Initiative unterstützen. Was Sie tun können, lesen Sie in dem Beitrag „Jenseits der Schmerzgrenze“.



Welche erstaunlichen Wirkungen Placebos gerade in der Schmerztherapie haben, erfahren Sie in unserem Beitrag „Placebo - Nocebo: Nichts dran?“

In unseren Interview mit Frau Dr. Regine Klinger lesen Sie, wie wichtig Schmerz-Psychotherapie für Schmerzpatienten ist. Die Psychotherapeuten, die eine spezielle Schmerz-Psychotherapie-Ausbildung haben, sind in der Lage, gezielt Menschen mit chronischen Schmerzen zu behandeln und ihnen zu helfen, mit ihren Schmerzen besser zu leben und ihre eigenen Lebensziele zu verfolgen.

Eine anregende Lektüre wünscht  
Ihre / Eure



Heike Norda  
1. Vorsitzende

## Inhalt

Jenseits der Schmerzgrenze	3
Heute schon gelacht?	4
Ärztinnen hören besser zu	5
Besser leben mit Schmerzen	6
Knie-Prothese	6
Placebo - Nocebo: Nichts dran?	7
Schmerzpsychotherapie ist nicht gleich Psychotherapie	10
Versorgung mit Heilmitteln	13
Mona, die Geschäftsstellen-Katze berichtet	13
Rückblick: Selbsthilfegruppenleiter-Workshop	14
Arthroskopie bald keine Kassenleistung mehr	15
Chronische Rückenschmerzen sind schwer vorherzusagen	15
Buchtipp	16
Wechselwirkung von Arzneimitteln	16
Impressum	18
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	19

# Jenseits der Schmerzgrenze

**A**uf Einladung der Piratenfraktion im Schleswig-Holsteinischen Landtag nahmen im November 2015 der Vorstand und mehrere SHG-Mitglieder von SchmerzLOS e. V. an der Fachtagung „Jenseits der Schmerzgrenze“ teil. Dabei ging es um die Situation von chronisch erkrankten Schmerzpatienten in Schleswig-Holstein. Die Probleme, die dort beschrieben wurden, gelten aber für das ganze Bundesgebiet.

Erschreckend sind vor allem die Zahlen der ärztlichen Versorgung: In den nächsten 9 Jahren gehen etwa 60 % der Schmerztherapeuten Schleswig-Holsteins in den Ruhestand, obwohl schon jetzt die Zahl der Behandler viel zu niedrig ist. Im nördlichsten Bundesland gibt es gegenwärtig Wartezeiten auf eine Schmerzthera-

Ärzte deutlich, dass diese ein vergleichbar schlechteres Einkommen – gemessen an dem Durchschnitt der Mediziner aller Berufsgruppen – haben. Weil aber gerade in der Schmerztherapie viele Qualitätsvorgaben bestehen, sind junge Mediziner nur sehr gering motiviert, sich in der Schmerzmedizin ausbilden zu lassen. Auch gewisse „bürokratische Auswüchse“, die Schmerzmediziner beachten müssen, schränken sowohl Praxisinhaber als auch an Krankenhäusern ambulant tätige Schmerztherapeuten (sog. „Ermächtigte“) in ihren Behandlungsmöglichkeiten zu sehr ein.

Deswegen unser Aufruf an alle Mitglieder von SchmerzLOS e. V., aber auch an alle anderen Betroffenen: Schreiben Sie an die Abgeordneten in Ihrem Wahlkreis! Weisen Sie auf die problematische Situation



pie von 6 bis 24 Monaten. Die dramatische Abnahme der Schmerzspezialisten betrifft alle Bundesländer. Nach Angaben des Berufsverbandes der Schmerztherapeuten (BVSD) werden in den nächsten knapp 10 Jahren etwa zwei Drittel der heute ambulant tätigen Schmerzmediziner in den Ruhestand gehen. Nachwuchs ist nur sehr spärlich in Sicht. Deswegen müssen dringend nicht nur Gespräche geführt, sondern auch zeitnah praktikable Lösungen gefunden werden. Es wurde durch die an der Diskussion teilnehmenden

der Schmerzpatienten hin. Denn nur wenn der Druck von der Basis, von uns Schmerzpatienten kommt, wird sich etwas ändern. Informationen zu diesem Thema finden Sie auf unserer Website [www.schmerzlos-ev.de](http://www.schmerzlos-ev.de). Dort können Sie auch einen Musterbrief downloaden, mit Ihren eigenen Daten versehen und an Ihre Land- oder Bundestagsabgeordneten absenden.

In Deutschland leiden zwischen 15 und 17 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen. Davon haben

etwa 1,5 bis 2 Millionen Patienten schwere und hochproblematische Schmerzen. Und besonders für diese Gruppe müssen Verbesserungen in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden. Darum fordert SchmerzLOS e. V., dass sich alle Beteiligten an einen „Runden Tisch“ setzen, und möglichst zeitnah und unbürokratisch ein Konzept entwickeln, um dem Nachwuchsmangel in der Schmerztherapie wirksam zu begegnen. An diesen Gesprächen sollten unbedingt auch Vertreter der Schmerzpatienten beteiligt werden. Diese repräsentieren die Beitragszahler und dürfen in diesem Zusammenhang nicht übergangen werden.

Hier die politischen Forderungen von SchmerzLOS e. V. im Einzelnen:

### **1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten**

- Sofortiger Start eines wirksamen Programms zur Sicherstellung der schmerzärztlichen Versorgung in den kommenden Jahren, wenn mind. 40% der Schmerztherapeuten in den Ruhestand gehen werden. An einem solchen „Runden Tisch“ sollten unbedingt auch Patienten (= Beitragszahler) beteiligt werden. Die „bürokratischen“ Hindernisse bei den Behandlungen bzw. Abrechnungen sollten schnell beseitigt werden, z. B. Fallzahlbegrenzungen könnten aufgestockt werden; Ermächtigte Ärzte sollten Überweisungen ausstellen dürfen usw.
- Kürzere Wartezeiten von max. 4 Wochen für einen ambulanten, tagesklinischen und stationären Therapieplatz (wie es auch im neuen Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene ist)
- Kürzere Wartezeiten von max. 4 Wochen auf einen Therapieplatz für ambulante Psychotherapie
- Pflichtfortbildungen für alle Ärzte bezüglich der Probleme von chronisch Schmerzkranken
- Ausweitung der Angebote für Studierende: Mehr Angebote in der Lehre, Famulaturen; mehr finanzielle Anreize
- Budgetfreiheit für Schmerztherapie
- Kein Austausch von Medikamenten in der Schmerztherapie, auf die ein Patient eingestellt wurde

### **2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht**

Bei den zu vergebenden Geldern der gesetzlichen Krankenkassen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich um Beiträge der gesetzlich Versicherten, nicht um Gelder der Kassen, Ärzte usw.

### **3. Aufnahme der Krankheit „Chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“**

Viele Schmerzkranken könnten mind. teilweise arbeiten und damit die Volkswirtschaft entlasten, wenn sie unter dem Schutz der Schwerbehindertengesetzgebung stehen würden. Verglichen mit anderen Erkrankungen ist es ungerecht, dass bei Schmerzpatienten die Einschränkungen in der Teilhabe am Leben nicht mit berücksichtigt werden.

Gern nehmen wir zu diesen Forderungen Ihre Anregungen entgegen und diskutieren mit Ihnen. Sprechen Sie uns darauf an! ■

## Heute schon gelacht?

Er hat ihr ein Handy zu Weihnachten geschenkt und versucht nun, sie beim Einkaufen zu erreichen. Es klappt. „Heinz“, ruft sie erstaunt ins Handy, „woher weißt du, dass ich gerade im Supermarkt bin?“

Der Lehrer fragt die Schüler: „Wer kann mir die Weinsorte nennen, die am Fuße des Vesuv wächst?“ Meldet sich Peter: „Das müsste der Glühwein sein!“

„Ich bin sehr besorgt um meine Frau. Sie ist nämlich bei diesem schlimmen Schneetreiben in die Stadt gegangen.“ - „Na, sie wird schon in irgendeinem Geschäft Unterschlupf gefunden haben!“ - „Eben deshalb bin ich ja so besorgt!“

„Ach, Omi, die Trommel von dir war wirklich mein schönstes Weihnachtsgeschenk.“

„Tatsächlich?“, freut sich Omi.

„Ja, Mami gibt mir jeden Tag zwei Euro, wenn ich nicht darauf spiele!“

Fragt die eine Gans eine andere: „Glaubst du an ein Leben nach Weihnachten?“

# Ärztinnen hören besser zu

**F**rauen können besser zuhören als Männer - das ist nicht nur ein Klischee, zumindest, was Ärztinnen angeht: Eine Studie belegte jetzt, dass Medizinerinnen im Patientengespräch mehr punkten als ihre männlichen Kollegen. Dies bestätigt auch Dr. Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes: „Ärztinnen lassen sich mehr Zeit für ihre Patienten und sehen sie ganzheitlicher als ihre männlichen Kollegen. Auch scheinen sie sich besser einfühlen zu können.“

Aber Frauen würden sich auch häufig andere, ärztliche Fächer aussuchen, als Männer, so Groß. Obwohl gerade auch bei den vermeintlich „männlichen Fächern“ wie der Chirurgie das Gespräch mit dem Patienten vor dem Eingriff enorm wichtig ist. Auch in der ärztlichen Weiterbildung müsse das Thema Kommunikation mehr Berücksichtigung finden. Hier müsse mehr mit dem Patienten geredet und erklärt werden und dies auch in der Weiterbildung stärker Berücksichtigung finden, sagt Groß.

Eine Studie der Universität Leipzig bestätigte, dass Ärztinnen anders mit ihren Patienten sprechen als Ärzte. In der Studie wurde die Zufriedenheit von onkologischen Patienten untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass Patienten zufriedener sind, wenn die Kommunikation gut ist. In dieser Studie war die Zufriedenheit der Patienten mit Ärztinnen höher. Diese berücksichtigen, laut Studie, mehr die Lebenssituation der Patienten. „Sie fragen nach, wie sich die Krankheit auf das Leben auswirkt“, sagt Dr. Gregor Weißflog, Autor der Studie. Außerdem gaben Patienten an, mit Ärztinnen vertrauensvoller kommunizieren zu können. Und es zeigte sich, dass das Geschlecht bei der Kommunikation nicht nur auf Arzzebene, sondern auch auf Patientenebene eine Rolle spielt.

Diese Unterschiede in der Patientenzufriedenheit seien am ehesten auf verschiedene Kommunikationsstile von Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen, so der Studienautor. Männer kommunizieren oft sachlich und faktenorientiert. „Das machen Frauen auch, hinzu kommt bei ihnen aber noch ein verstärktes Nachfragen im emotionalen Bereich“, erklärte Weißflog. Ärztinnen kommunizierten mit ihren Patienten partnerschaftlicher und schauten sich die Patienten in ihrem Alltag an. Wenn das Arzt-Patienten-Gespräch gut ist, steigt



nicht nur die Zufriedenheit, sondern der Patient hält sich auch eher an die Therapieempfehlungen, so dass gute Kommunikation potenziell Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Eine große Bedeutung kommt einer partnerschaftlichen Kommunikationsweise und Empathie zu. Gesprächsleistungen werden aber nicht gut vergütet. Dabei seien das Gespräch und die Zeit, die sich ein Arzt für Patienten nimmt, ein wichtiger Faktor, der die Heilung beeinflusst, sagte auch Groß.

Die wichtigsten Probleme bei der Arzt-Patienten-Kommunikation lägen darin, dass manche Ärzte sich nicht so gut in die Patienten hineinendenken können oder dass sie Begriffe verwenden, die Patienten nicht verstehen. Auch gehen viele Ärzte von einem zu hohen Vorwissen der Patienten aus, was häufig aber nicht zutrifft. Besonders schwierig sei es, schwere Fälle zu kommunizieren. Groß: „Das muss man als Arzt üben, denn das kann auch für Mediziner anfangs selbst sehr beängstigend sein.“

Das größte Problem ist der Faktor Zeit: Denn selbst wenn sich Ärzte Zeit nehmen möchten, fehle diese häufig im ärztlichen Alltag und werde nicht vergütet. „Als ich als Ärztin anfang, nahm man sich für seine Patienten noch Zeit, und das wurde auch bezahlt. Heute gibt es feste Pauschalen in der Praxis und im Krankenhaus. Da arbeiten Ärzte am Ende in der Freizeit“, erläuterte Groß.

„Eine solche Bezahlung lässt gerade einmal Zeit für die Untersuchung, für ein ausführliches Gespräch fehlt diese dann aber häufig. Es ist allen bewusst, dass dies eine Fehlentwicklung ist, die behoben werden müsste“, sagt Groß. „Der Mensch muss im Mittelpunkt bleiben“, forderte auch Weißflog. ■

# Besser leben mit Schmerzen

Unter diesem Titel luden das Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) und die Selbsthilfegruppe Chronischer Schmerz aus Neumünster zu einem Vortrag ein. Die Referentin Birte Alexander, Diplom-Psychologin aus dem FEK, gab den etwa 50 Zuhörern verschiedene Instrumente an die Hand, um Chronische Schmerzen besser bewältigen zu können. Dazu gehört zunächst einmal die Selbstbeobachtung, um herauszufinden, wie der Schmerz beeinträchtigt, welche Faktoren ihn verschlimmern, aber vor allem auch verbessern können. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf mögliche Stressfaktoren gelegt werden, denn Schmerz wird unter Stress stärker wahrgenommen. Birte Alexander stellte die sog. „Wunderfrage“ vor: Angenommen, die Schmerzen würden über Nacht für immer verschwinden. Was würde sich dann in Ihrem Leben ändern? Woran würden andere Menschen das Wunder bemerken? Sie fragte provokativ, ob sich Schmerzkranken wie ein Radio fühlen würden, bei dem die Pausentaste gedrückt ist, und die erst wieder anfangen wollten zu leben, wenn die Symptome verschwunden wären. Schmerzbewältigungsstrategien bestünden darin, eigene Ressourcen für eine zufriedenstellende Lebensgestaltung und Alltagsbewältigung trotz der chronischen Belastungen zu stärken. Jeder sollte die Verantwortung dafür tragen, wie er selbst leben will. Bei chronischen Schmerzen gebe es einen sozusagen „festgerosteten“ Scheinwerfer, der auf den Schmerz fokussiert ist. Dieser innere Scheinwerfer sollte auf angenehme Dinge eingestellt werden. Die Entspannung ist in der Schmerztherapie wichtig, beispielsweise die Progressive Muskelentspannung (PME) oder das Autogene Training. Zur PME führte Birte Alexander direkt eine 15-minütige Übung mit den Zuhörern durch und empfahl, sich entsprechende CDs oder Bücher im Buchhandel zu besorgen. Gezielte körperliche Bewegung müsse in jedem Fall sein und tue jedem Menschen gut. Solche Aktivitäten sollten auch nicht durch einsetzenden Schmerz unterbrochen werden. Es gebe eine Botschaft des Schmerzes. Diese könne z. B. darin bestehen, sich selbst Pausen und Erholung zu erlauben. Man solle Freundschaft mit seinem Körper schließen und lernen, den Schmerz zu akzeptieren. Dies könne man auch in einer Selbsthilfegruppe lernen. ■

## Knie-Prothese

### Gelenkersatz - oder doch lieber Krankengymnastik?

Nach einer neuen Vergleichsstudie führt die Kniegelenkersatz-Operation (Knie-TEP) zu besseren Ergebnissen als ein rein konservatives Therapieprogramm allein. Aber auch diejenigen, die sich nicht operativ behandeln ließen, profitierten deutlich.

In Deutschland werden im Jahr etwa 158.000 künstliche Kniegelenke implantiert. Die neue Vergleichsstudie beurteilte die Ergebnisse von Patienten, die alle an Arthrose des Kniegelenks litten, mit Knie-TEP, der ein Maßnahmenpaket aus konservativen Maßnahmen folgte. Die andere Patientengruppe erhielt nur die konservativen Maßnahmen. Diese konservativen Behandlungen waren für alle Teilnehmer gleich: ein professionell angeleitetes Training zweimal wöchentlich über zwölf Wochen, Patientenberatung, ein zwölfwöchiges Programm zur Gewichtsreduktion, individuell angepasste Einlagen sowie Schmerzmedikamente (Paracetamol und Ibuprofen) nach ärztlichem Ermessen. Im Vergleich zur Ausgangssituation lag nach 12 Monaten die Gruppe mit Kniegelenkersatz klar vorn. Dies bezog sich auf alle ausgewerteten Parameter wie Schmerzen, allgemeine Symptomatik, Alltagsaktivitäten und Lebensqualität. Auf den entscheidenden Nachteil des chirurgischen Eingriffs weisen die Autoren besonders hin: die deutlich höhere Rate schwerer Nebenwirkungen. Nach der Knie-TEP entwickelten drei Patienten eine tiefe Beinvenenthrombose, bei weiteren drei war das Knie steif geworden, so dass weitere Maßnahmen angewendet werden mussten. Ein Patient brach sich nach der Operation den Oberschenkel, und einer erlitt eine tiefe Wundinfektion. Abgesehen davon kam es in 16 Fällen zu Beschwerden in anderen Körperregionen. Einer Gesamtzahl von 24 unerwünschten Ereignissen in der OP-Gruppe standen sechs in der konservativen Gruppe gegenüber. Deswegen sei es entscheidend, das Für und Wider des Eingriffs sorgfältig abzuwägen und sich als Patient nach entsprechender Aufklärung in die Entscheidung einzubringen. Die Studie habe gezeigt, dass beide Strategien, das kombinierte wie auch das rein konservative Vorgehen, zu klinisch relevanten Verbesserungen führen und die Mehrzahl der konservativ behandelten Teilnehmer zumindest mittelfristig ohne Knie-TEP auskommen würden. ■



**E**in glaubwürdig verabreichtes Mittel kann auch dann wirksam gegen Schmerzen sein, wenn es gar keinen Wirkstoff enthält. Ein solches wirkstofffreies Präparat nennt man Placebo, wenn es eine positive Veränderung im Körper erzeugt. Der analgetische Effekt entsteht hier allein durch die Erwartung der Schmerzreduktion. Der zugrundeliegende Mechanismus war lange Zeit unbekannt, und der Placeboeffekt wurde gerne als „mystisches, eingebildetes Phänomen“ abgetan. Mittlerweile hat die Forschung gezeigt, dass der Placeboeffekt ein komplexer psychobiologischer und neurobiologischer Vorgang ist, bei dem es zu einer über gedankliche Vorgänge getriggerten Freisetzung endogener Substrate – in diesem Fall von endogenen Opiaten – kommt. Die Placeboanalgesie involviert das absteigende schmerzlindernde System. Durch moderne bildgebende Verfahren konnte man zeigen, dass ein

bedeutet, dass ein Schmerzmittel-Placebo die eigentliche Schmerzerfahrung verändert.

Eine Placebo-Gabe hat beispielsweise als Injektion eine nahezu gleichen Effekt wie die Gabe des „richtigen“ Medikamentes, also mit einem Wirkstoff. Im Körper entstehen positive Veränderungen, wenn dieses „Scheinmedikament“ im Zusammenhang mit einer heilenden Umgebung gegeben wird. Dazu zählen die Zuwendung des medizinischen Personals, die aufgewendete Zeit, aber auch die „richtige“ Erklärung zu der geplanten Prozedur. Am wichtigsten ist es aber, dass die Prozedur für den Patienten so wahrnehmbar wie möglich ist. Die Erwartung einer Schmerzlinderung führt zu einer positiven Wirksamkeit. Inzwischen haben die Wissenschaftler 12 verschiedene Placebo-Effekte nachgewiesen, z. B. Schmerz, Parkinson u. a. Bei der Parkinsonerkrankung konnte das für die Krankheit typische Zittern mit Placebos sogar deutlich verbessert werden.

Ähnlich ist es beim Nocebo-Effekt. Hier steht eine negative Erwartung am Anfang. Dadurch kommt es auch zu einem negativen Effekt. Selbst bei der Gabe von wirkstofffreien Präparaten werden bei manchen Patienten erwartete negative Nebenwirkungen ausgelöst.

Wie kommt es zu einem Placeboeffekt?

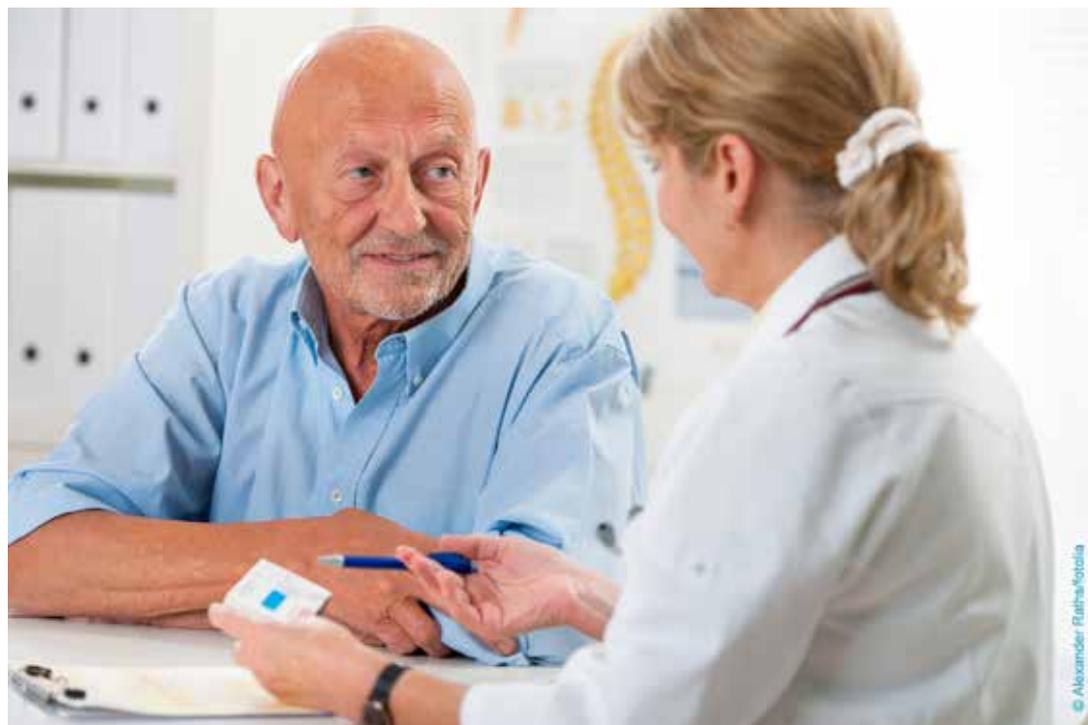
Es gibt verschiedene mögliche Erklärungen für den analgetischen, schmerzlindernden Placeboeffekt. Bei der klassischen Konditionierung geht es um die Koppelung zwischen dem Anblick einer Schmerztablette und deren Wirksamkeit. Bei der Einnahme einer Schmerztablette ist deren Anblick zwangsläufig mit ihrer pharmakologischen Wirkung gekoppelt. Die Assoziation beider Komponenten in einem Schmerzmedikament führt im Ergebnis dazu, dass alleine der Anblick und die Einnahme der Medikamentenhülle (eine pharmakologisch wirkstofffreie Substanz) zum sogenannten konditionierten Stimulus wird, der eine vergleichbare Reaktion, im Falle positiver Effekte, die Placeboresponse, im

analgetischer Placebo in der Lage ist, die Schmerzsignale bereits an der ersten Schaltstelle des Schmerzleitenden Systems im Rückenmark zu unterdrücken. Das



Fälle negativer Effekte, die Noceboresponse, auslösen kann. Diese Wirksamkeit muss bereits einmal erlebt worden sein. Das lässt sich leicht mit einem Tier-Experiment erklären: Wenn man einem Hund immer nach einem akustischen Signal (z. B. dem Läuten einer Glocke) ein Leckerli gibt, erwartet er bei jedem Läuten dieser Glocke sein Leckerli. Deswegen kann man beobachten, dass eine vermehrte Speichelbildung, also die Erwartung des Hundes auf sein Fressen, bereits nach diesem akustischen Signal einsetzt, ohne dass der Hund sein Leckerli bereits zu Gesicht bekommen hat. Patienten, die erlebt haben, dass nach Einnahme eines Medikaments die Schmerzen nachlassen, erwarten diese Wirkung nach jeder Einnahme dieses Wirkstoffs.

Eine weitere Erklärung ist das sogenannte Beobachtungslernen. Schmerz wird stark von sozialen Interaktionen beeinflusst und kann durch die Beobachtung anderer Menschen und deren Miteinander sehr effektiv beeinflusst werden. Wer im Wartezimmer von anderen Patienten hört, dass dieser Arzt fast „Wunder“ vollbringt, wird diesen positiven Effekt dieser „beobachteten Behandlung“ auch bei sich erwarten. Diese so induzierte Erwartung führt dann zu einer Schmerzlinderung. Auch positive Berichte anderer Betroffener in einer Selbsthilfegruppe können anderen Patienten helfen, eine positive Erwartungshaltung aufzubauen.



Ein drittes Erklärungsmodell ist die Beeinflussung der Erwartung durch Instruktionen. Wenn man einen Schmerzgeplagten über ein schmerzlinderndes Verfahren informiert und so die Erwartung weckt, dass diese Behandlung zu einer wirksamen Reduzierung seiner Schmerzen führt, dann stellt sich aufgrund dieser Erwartungshaltung auch eine Schmerzreduktion ein.

Diese drei Wege führen also zu einer bestimmten Erwartung, die im Falle eines analgetischen Placebos auf neurobiologischer Ebene, also im Gehirn, eine Kaskade an schmerzlindernden Prozessen in Gang setzt. Nach der Gabe eines Placebos werden dieselben Hirnregionen erreicht wie bei einer „echten“ Medikamentengabe. Das körpereigene Opioidsystem ist dabei aktiviert und schüttet Endorphine, körpereigene schmerzhemmende Stoffe, aus.

Für die Aufrechterhaltung eines Placeboeffektes spielt die Konditionierung eine entscheidende Rolle, mehr für Patienten als für Gesunde. In einer Untersuchung von Klinger et al. zeigte sich, dass wenn der Erwartung auf Analgesie langfristig keine positive Erfahrung folgte, dann reduzierte sich der erwartungsbedingte Placeboeffekt wieder. Das heißt, dass für Betroffene eine Lernerfahrung offensichtlich erforderlich ist, will man den Placeboeffekt aufrechterhalten.

Wichtig ist, dass es nicht das eigentliche Ziel der Placeboforschung ist, Medikamente durch Placebos zu ersetzen. Angestrebt wird vielmehr, durch diese Forschung eine Steigerung der Medikamentenwirksamkeit zu erlangen. Die Forscher fanden heraus, dass jedes Medikament einen pharmakologischen und einen psychologischen Wirkanteil hat. Beide zusammen erzeugen additiv die volle Wirkkraft des Medikaments. Der psychologische Wirkanteil eines Schmerzmittels sollte Patienten nicht vorenthalten werden, und die Patienten können selbst etwas dafür tun, diesen aufzubauen.

erzeugen additiv die volle Wirkkraft des Medikaments. Der psychologische Wirkanteil eines Schmerzmittels sollte Patienten nicht vorenthalten werden, und die Patienten können selbst etwas dafür tun, diesen aufzubauen.

PD Dr. Regine Klinger vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf stellte fest, dass eine offene Gabe eines Medikaments, wenn also der Patient mit all seinen Sinnen das Medikament wahrnehmen kann, dessen

Wirksamkeit um bis zu 30% höher ist. Die positiven Erwartungen an ein Medikament können durch die ärztlichen Anweisungen, die Konditionierung und das Beobachtungslernen erzeugt werden, die die Erwartung eines Patienten positiv aufbauen.

Deswegen rät sie Ärzten, mit ihren Patienten so offen und so positiv wie möglich über das verschriebene Prä-

parat zu sprechen. Dabei sollte aber nicht übertrieben werden, die Prognose sollte trotz der positiven Tönung realistisch sein. Die Patienten müssen dabei verstehen, wann und wie das Medikament wirkt.

Patienten rät die Psychologin Klinger, ihr Schmerzmittel so aufmerksam wie möglich einzunehmen. Sie sollten das angebotene Arzneimittel genau ansehen und sich vorstellen, wie es im Körper eine positive Wirkung entfaltet. Besonders gut wirkten Medikamente in Verbindung mit anderen schmerzreduzierenden Techniken z.B. Entspannungstraining.

Ein eher schädlicher Effekt (Nocebo-Effekt) wird durch ein intensives Studium des Beipackzettels ausgelöst. Patienten, die sich eher mit den möglichen negativen Nebenwirkungen beschäftigen, erwarten eher diese Nebenwirkungen und nehmen dadurch eine negative Haltung gegenüber diesem Medikament ein. Die eigentlichen positiven Effekte können dadurch überdeckt werden. Leider gibt es aus juristischen Gründen zu über der Hälfte negative Informationen in den Beipackzetteln. Ärzte sollten nicht nur über Nebenwirkungen und Risiken aufklären, sondern genauso viel Zeit für die positive Aufklärung aufwenden. Hinderlich in diesem Sinne ist auch der Austausch eines gewohnten Medikamentes aufgrund von Rabattverträgen der gesetzlichen Krankenkassen. Wer „seine“ schmerzlinde Tablette als rot und rund kennt, wird bei einer anderen Form und Farbe möglicherweise keine positive Erwartungshaltung aufbauen können.

Problematisch ist die Gabe von Schmerzmedikamenten in Pflegeheimen, da nicht gesichert ist, dass das Personal so viel Zeit aufwenden kann, um bei den oft schwer chronifizierten älteren Schmerzpatienten negative Vorerfahrungen positiv zu verändern.

Die Erfahrung der Selbstwirksamkeit ist wichtig. Selbst die Beweglichkeit konnte durch Placebogaben nachweislich gesteigert werden. Deswegen forderte Regine Klinger, dass den Patienten über die psychologischen Wirkanteile in ihren Schmerzmitteln gut aufgeklärt werden. Diese additive Placeboreaktion, die in jedem Schmerzmittel enthalten ist, darf nicht vorenthalten werden. Er ist gezielt herstellbar und bedeutet, dass jeder Mensch auch selbstwirksam einen schmerzlinde Effekt herstellen kann, indem er oder sie eine bestimmte Erwartung oder Haltung der Krankheit und Behandlung gegenüber aufbaut.

### **Zusammenfassung:**

- Placebos haben eine vergleichbare Wirkung wie Präparate mit einem Wirkstoff.

- Jedes potente Schmerzmittel hat zwei Komponenten: die pharmakologische Komponente und die psychologische Komponente. Die psychologische Komponente der Medikation, der Placebo Effekt, darf den Patienten nicht vorenthalten werden.

- Patienten sollten versuchen, sich bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten auf deren schmerzlinde Wirkung zu konzentrieren.

- Sie sollten sich Zeit nehmen für die Einnahme der Schmerzmittel, diese ganz bewusst und in positiver Atmosphäre nehmen.

- Sie sollten ggf. Bedenken den Medikamenten gegenüber mit ihrem Arzt besprechen und ausräumen.

- Betroffene sollten sich nicht zu ausführlich mit den möglichen Nebenwirkungen beschäftigen, um eine negative Erwartung nicht entstehen zu lassen.

- In Selbsthilfegruppen können Schmerzpatienten von anderen Betroffenen durch Beobachtung positiv lernen. Sie sollten sich aber nicht von negativen „Geschichten“ einnehmen lassen. Eine negative Erfahrung mit Medikamenten bei anderen muss nicht bedeuten, dass man sie selber auch erlebt.

Autoren:

PD Dr. Regine Klinger <sup>1)</sup>

Heike Norda <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> PD Dr. Regine Klinger ist Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) und Vizepräsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS). Zudem ist sie Leitende Psychologin des Bereiches Schmerzmedizin und Schmerzpsychologie der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

<sup>2)</sup> Heike Norda ist Vorsitzende der Patientenorganisation SchmerzLOS e.V. ■

# Schmerz-Psychotherapie ist nicht gleich Psychotherapie

**Interview mit PD Dr. Regine Klinger**

**PD Dr. Regine Klinger ist Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) und Vizepräsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS). Sie ist Leitende Psychologin des Bereiches Schmerzmedizin und Schmerzpsychologie der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).**

## **SchmerzLOS-AKTUELL:**

Schmerzen kennt fast jeder Mensch seit frühester Kindheit. Wann spricht man von chronischen Schmerzen?

### **PD Dr. Regine Klinger:**

Schmerzen gehören zum Leben – genau wie alle anderen Sinnesempfindungen. Und sie sind überlebensnotwendig: Denn akute Schmerzen warnen uns vor Einwirkungen die für den Körper schädlich sind, auch dann, wenn es noch nicht zu einer Schädigung gekommen ist. Schmerzen sind also zunächst ein Symptom und akuter Schmerz geht in den meisten Fällen nach kurzer Zeit zurück.

Es kann jedoch passieren, dass sich der Schmerz selbstständig und von der eigentlichen Ursache ablöst und diese überdauert. Wenn die Schmerzen anhalten, chronisch werden, verlieren sie ihre lebensnotwendige Warnfunktion. Ohne dass eine lebensnotwendige Funktion entfällt, kann dann in der Therapie der Schmerz direkt reduziert werden.

Man spricht von chronischen Schmerzen, wenn diese etwa ein halbes Jahr bestehen, dauerhaft oder wiederkehrend. Dieses Kriterium wurde allerdings zum Beispiel für chronische Rückenschmerzen deutlich heruntersetzt. Bei diesen spricht man ab einem Zeitraum von mindestens drei Monaten von einem chronifizierten Schmerz. Wenn bis dahin alle für akute Rückenschmerzen sinnvollen diagnostischen Verfahren und kausalen Therapieansätze ausgeschöpft sind, sollte man mit den Therapieverfahren für chronische Schmerzpatienten beginnen.

Leider sind chronische Schmerzen in der Bevölkerung sehr verbreitet und damit durchaus eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem: Schätzungen zufolge leiden in Deutschland über 10 Millionen Menschen unter dauerhaft behandlungsbedürftigen Schmerzen. Hauptproblembereiche sind dabei chronische Rücken- und Kopfschmerzen.

## **SchmerzLOS-AKTUELL:**

Inwiefern hängt die Psyche mit körperlichen Schmerzen zusammen?

### **PD Dr. Regine Klinger:**

Jeder Schmerz ist immer körperlich und psychisch, beide Seiten sind unweigerlich und sehr eng miteinander verbunden. Jeder Schmerzreiz wird letztendlich zentral, d.h. im Gehirn enkodiert und verarbeitet. Und so haben sowohl Aufmerksamkeitsprozesse als auch gedankliche und gefühlsmäßige Vorgänge einen entscheidenden Einfluss auf die Schmerzverarbeitung.

Jeder kennt sicher die Auswirkungen von Aufmerksamkeitsprozessen auf die Wahrnehmung akuter Schmerzen: Wenn Sie sich beispielsweise gerade auf eine sehr spannende Fernsehsendung konzentrieren und sich dabei das Knie stoßen, werden Sie dies wahrscheinlich als weniger schmerzhaft empfinden, als wenn Ihnen jemand vorher ankündigt, dass er Ihnen gleich mit einem Hammer auf das Knie hauen wird. Zudem hat der Kontext, in dem ein Schmerz entsteht, Einfluss darauf, wie stark dieser wahrgenommen wird. Wichtig ist zum Beispiel auch die Kontrollierbarkeit von Schmerzen. Wenn der Zahnarzt beispielsweise sagt „Melden Sie sich, wenn Sie es nicht mehr aushalten“, dann bekommen Sie Kontrolle über den Schmerz. Und Sie werden ihn als geringer wahrnehmen. Des Weiteren spielen Stimmungen eine wichtige Rolle: In einer negativen Stimmung werden Schmerzen als stärker wahrgenommen.

Wie bedeutsam und auch nutzbringend psychische Prozesse bei der Schmerzwahrnehmung sind, zeigt sich nicht zuletzt in der Placeboforschung: Die Wirkung von Schmerzmitteln setzt sich aus einer pharmakologischen und einer psychologischen Komponente – dem sogenannten Placeboanteil – zusammen (vgl. Artikel auf S. 7 in diesem Heft). Wird der psychologische Anteil nicht voll ausgeschöpft, zeigt das Medikament eine deutliche geringere Wirksamkeit. Das heißt, je mehr die Patienten überzeugt sind, dass ein Schmerzmittel wirkt, desto besser wirkt es.

Diese beschriebenen Prozesse gelten für akute Schmerzen und in besonderem Maße auch für chronische Schmerzen. Aus diesen Gründen sprechen wir beim Schmerz – basierend auf dem biopsychosozialen Krankheitsmodell – von einem biopsychosozial-

len Schmerzgeschehen. Das heißt, es gibt immer eine biologische, somatische Grundlage des Schmerzes, die eng mit psychischen und sozialen Faktoren zusammenspielt. Wichtig sind bei den psychischen Faktoren zum Beispiel Aufmerksamkeit, Kontrollierbarkeit und Stimmungen, aber auch Depressivität und Ängste. Ein ganz wesentlicher psychologischer Risikofaktor ist zudem die Katastrophisierungsneigung: Patienten, die zu Katastrophisierungen neigen, haben ein erhöhtes Risiko, chronische Schmerzen zu entwickeln. Eine soziale Funktion hat der Schmerz schließlich deshalb, weil der Schmerzpatient immer in einer Kommunikation mit seiner Umwelt steht: Auch andere wissen davon, wenn jemand Schmerzen erlebt – sei es wegen eines schmerz erfüllten Gesichtsausdrucks, Leistungseinbußen in der Arbeit, aufgrund von Krankschreibungen oder wegen der Einschränkungen im Privatleben. All das wirkt zurück auf das Schmerzproblem. Hier sind die Ansatzpunkte der psychologischen Schmerztherapie zu finden.

#### **SchmerzLOS-AKTUELL:**

Mit welchen Therapieansätzen kann Schmerzpatienten geholfen werden?

#### **PD Dr. Regine Klinger:**

Eine effektive Behandlung von Schmerzen umfasst immer eine sogenannte multimodale Behandlung, d.h. somatische, psychologische und körperbezogene Ansätze werden aufeinander abgestimmt und individuell auf den Patienten mit Schmerzen zugeschnitten. Innerhalb dieses Rahmens spielt die spezielle Schmerzpsychotherapie eine sehr wichtige Rolle. In der Regel ist das eine verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung, die spezielle Kenntnisse in psychologischer Schmerztherapie voraussetzt.

Zunächst wird zusammen mit dem Patienten ein Erklärungsmodell erarbeitet, wie der Schmerz entsteht und aufrechterhalten wird. Die Betroffenen sollen verstehen, wie eng die somatischen und psychischen Faktoren beim Schmerz zusammenspielen. Anschließend kommen verschiedene Methoden zum Einsatz – je nachdem, was im spezifischen Fall angebracht ist. Ist der Patient insgesamt sehr angespannt, können verschiedene Entspannungsverfahren angewendet werden. Fällt ihm das zu schwer, können Biofeedback-Verfahren als Entspannungsunterstützung genutzt werden. Sehr wichtige Elemente der Schmerzpsychotherapie sind zudem Bewegung und Aktivierung. Zum Thema Rückenschmerzen gab es bereits Ende der 1980er-Jahre einen Aufruf der internationalen Schmerzgesellschaft, Krankschreibungen möglichst zu vermeiden, da sie das Problem eher verstärken. Und tatsächlich ändern Krankschreibungen meist nichts an der Symptomatik. Und die Betroffenen fühlen sich kränker, wenn sie in Ruhe sind.

Gerade Rückenschmerzpatienten sind allerdings zu Beginn der Therapie oft der Meinung, Bewegung schade ihnen und sie könnten gar nichts mehr. Daher gehen wir bei ihnen nach dem Prinzip der kleinsten Schritte vor: Wenn der Patient zum Beispiel angibt, zu Hause in der Wohnung gerade einmal drei Schritte hintereinander zu schaffen, dann ist das der Ausgangspunkt, die Grundlinie. Und das Ziel wäre es, zunächst vier Schritte zu schaffen. Und dann im Rahmen der Therapie täglich einen Schritt mehr zu machen. Das klingt banal, aber es funktioniert.

Das alles allerdings immer vor dem Hintergrund, dass es einen angemessenen Wechsel zwischen Anspannungs- und Entspannungsphasen geben muss. Aktivierung muss immer im individuellen Leistungsspektrum erfolgen. Schmerzverhalten ist nicht nur ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten sondern auch extremes Durchhalteverhalten, bei dem über eigene Grenzen hinweg gegangen wird und der Betroffene nicht in der Lage ist, zu entspannen.

#### **SchmerzLOS-AKTUELL**

Wie offen sind Schmerzpatienten gegenüber psychotherapeutischen Therapieansätzen?

#### **PD Dr. Regine Klinger:**

Leider ist in der Bevölkerung das Wissen darum, wie wichtig psychische Faktoren bei körperlichen Schmerzen sind und wie viel psychologische Schmerztherapie erreichen kann, noch sehr gering – und damit auch die Motivation für eine psychologische Schmerztherapie. Zunächst sind die Patienten, die unter Schmerzen leiden, oft eher schockiert, wenn sie hören, dass sie eine Psychotherapie machen sollen. Gerade dann kommt es sehr auf die Erstbegegnung mit dem Psychologen an. Spezialisierte Schmerzpsychotherapeuten sind dafür ausgebildet, mit den besonderen Problemen und auch mit den Anfangsschwierigkeiten der Patienten umgehen zu können.

#### **SchmerzLOS-AKTUELL:**

Das heißt, dass eine „normale“ Psychotherapie bei Patienten mit Schmerzen nicht ausreicht? Warum ist das so?

#### **PD Dr. Regine Klinger:**

Ein Psychotherapeut, der sich nicht auf Schmerztherapie spezialisiert hat, wird einen neuen Patienten wahrscheinlich mit der Frage empfangen: „Was kann ich für Sie tun?“ Und der Schmerzpatient wird entgegnen: „Ja, eigentlich können Sie nichts für mich tun. Ich habe ja Schmerzen.“ Und damit wird das Gespräch mehr oder weniger beendet sein, denn der Psychotherapeut wird den Patienten mit Schmerzen als nicht therapiemotiviert einstufen und auch davon ausgehen, dass der Schmerz psychogen ist, d.h. eine psychische Ursache hat. Ein Schmerzpsychotherapeut hingegen wird – und das ist zentral – direkt am Problem ansetzen und beispielsweise sagen: „Sie sind wegen Ihrer Schmerzen

hier. Berichten Sie mir doch bitte, wie und wann diese auftreten!“ Diese Frage setzt natürlich voraus, dass er weiß, wie er dieses Problem explorieren kann, welche Aspekte dabei wichtig sind. Er betrachtet neben den psychischen Einflussfaktoren dabei immer auch die körperliche Seite des Schmerzes, nämlich in einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell.

Ganz wichtig ist es, den Patienten mit seiner Schmerzproblematik ernst zu nehmen und ihn dort abzuholen, wo er steht. Das gelingt nur, wenn der Psychologe auch Kenntnisse über Schmerzen hat und sich mit den Ärzten, die die somatische Seite des Schmerzes behandeln, verständigen kann. Er muss dem Patienten klar machen: In der Schmerztherapie gibt es keine schnellen Lösungen; die Behandlung chronischer Schmerzen bedarf einer komplexen multidisziplinären Behandlung.

#### **SchmerzLOS-AKTUELL:**

Wer kann denn so eine spezialisierte psychologische Schmerzpsychotherapie durchführen?

#### **PD Dr. Regine Klinger:**

Eine solche Behandlung können diejenigen durchführen, die eine spezielle Schmerzpsychotherapie-Ausbildung absolviert haben. Diese Spezialisierung kann durch das Curriculum „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ erworben werden. Die vier führenden Schmerz-Fachgesellschaften haben sich auf gemeinsame Richtlinien für die Fort- und Weiterbildung in spezieller Schmerzpsychotherapie geeinigt:

- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und das
- Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS)

Diese Richtlinien finden sich z.B. auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung DGPSF ([www.dgpsf.de](http://www.dgpsf.de)). Hier finden Sie auch eine Liste mit nach diesem Curriculum ausgebildeten Schmerzpsychotherapeuten, bundesweit.

Die Schmerzpsychotherapie ist eine junge, innovative und hoch spezialisierte Disziplin. Sie arbeitet partnerschaftlich mit Ärzten und anderen beteiligten Professionen wie Physiotherapeuten und Pflegekräften im Sinne einer patientenorientierten, integrierten Versorgung zusammen zum Wohl der Schmerzpatienten.

An mehreren Orten in Deutschland wird dieses Ausbildungscurriculum durchgeführt; in Rheinland-Pfalz ist es bereits als Weiterbildung anerkannt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung setzt sich sehr dafür ein, dass wir eine bundesweite Weiterbildungsanerkennung für dieses Curriculum erhalten. Dies würde die schmerzpsychotherapeutische Versorgung von Schmerzpatienten um

einen deutlichen Schritt nach vorne bringen.

#### **SchmerzLOS-AKTUELL:**

Wie gut sind die Erfolgsaussichten der psychologischen Schmerzpsychotherapie?

#### **PD Dr. Regine Klinger:**

Gerade im Bereich der chronischen Kopf- und Rückenschmerzen können wir heute viel mehr erreichen, als man der psychologischen Schmerztherapie vor zehn bis 20 Jahren zugetraut hätte. Zum Beispiel ist es möglich, Patienten mit stressbedingten chronischen Kopfschmerzen fast wieder zu einer Schmerzfreiheit zu begleiten – dadurch, dass sie eine gute Analyse ihres eigenen Verhaltens lernen: Wann treten die Schmerzen auf? Wie habe ich meine Lebensumstände gestaltet, dass ich immer wieder Schmerzen habe? Was sind Stress-, Belastungs- und Überlastungsfaktoren? Und wie kann ich diesen begegnen?

Etwas anders verhält es sich bei Migräne, die nur bedingt durch Stressfaktoren ausgelöst wird. Migräne wird durch die Schmerzpsychotherapie nicht ganz verschwinden. Aber immerhin kann die Häufigkeit des Auftretens durch psychologische Strategien beeinflusst werden. Und dann kann es durchaus sein, dass der Migränekopfschmerz, der früher viermal im Monat auftrat, nach der Psychotherapie nur noch einmal in zwei Monaten vorkommt. Das ist für die Betroffenen ein entscheidender Unterschied und ein großer Zugewinn an Lebensqualität.

Zentrales Ziel der Schmerzpsychotherapie ist auch nicht unbedingt Schmerzfreiheit – so schwierig dieser Gedanke für die Patienten auch ist. Ziel ist es vielmehr aufzuzeigen, wie er den Schmerz wieder aus dem Mittelpunkt des Lebens heraus bekommt. Und ihm helfen, den Blick auf andere Dinge zu richten, auf Ziele, die er in seinem Leben verfolgen und erreichen möchte – trotz der Schmerzen. Wenn der Patient sich schließlich auf etwas anderes konzentriert als auf seine Schmerzen, hat das wiederum direkten Einfluss auf die Psyche: Es führt zu einer geringeren Schmerzwahrnehmung und zu einer besseren Stimmung. Und das führt wieder zu weniger Schmerz erleben. So werden in der psychologischen Schmerztherapie die Teufelskreise durchbrochen, in denen der Patient sich bewegt. Dieser Ansatz ist auch dann sinnvoll und gewinnbringend bei der Behandlung von Schmerzphänomenen, bei denen man davon ausgehen muss, dass sie bleiben werden – wie beispielsweise rheumatische Beschwerden.

Schmerzen gehören zum Leben. Ein wichtiger Schritt in der psychologischen Schmerzpsychotherapie ist es, das zu akzeptieren und dennoch nicht zu resignieren, sondern weiterhin die eigenen Lebensziele zu verfolgen.

**Frau Dr. Klinger, wir danken Ihnen für dieses Gespräch. ■**

# Versorgung mit Heilmitteln

## Wie lange darf eine Physiotherapie dauern?

Viele Ärzte stellen nur kurzfristige Verordnungen für Physiotherapie aus. Doch Heilmittel wie z. B. Krankengymnastik können bei einem aktuellen Befund ohne Angst vor einem möglichen Regress verordnet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben sich schon im Jahr 2013 auf eine Liste von Diagnosen verständigt, die bundesweit als sog. Praxisbesonderheit gelten. Dazu zählen viele Erkrankungen, wie beispielsweise Bandscheibenschäden, Verletzungen von Nerven und Rückenmark, Erkrankungen der Wirbelsäule und des Skelettsystems, Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems sowie endoprothetische Versorgung, also ein operativer Gelenkersatz. Für diese Praxisbesonderheiten gemäß der veröffentlichten Liste gilt die Genehmigung der Krankenkasse als erteilt (vorbehaltlich krankenkassenspezifischer Einzelfallregelungen). Patienten müssen hierfür keinen Antrag stellen. Vielen Ärzten ist diese Möglichkeit nicht bekannt. Diese Liste kann hier abgerufen werden:

<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/Heilmittel/KVB-121219-HMP-Praxisbesonderheiten-und-langfristiger-Behandlungsbedarf-Vereinbarung.pdf>

Stellt der Arzt fest, dass bei dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf aufgrund einer nicht in der Tabelle gelisteten Diagnose vorliegt, kann der Patient bei der Krankenkasse eine Genehmigung einer notwendigen langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen. Eine Genehmigung kommt in Betracht, wenn Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen mit den in der Tabelle aufgeführten Diagnosen vergleichbar ist.

**Für Schmerzpatienten bleibt also festzuhalten, dass man sich nicht mit der Aussage des Arztes abspeisen lassen muss, dass aufgrund der Budgetregelung nur kurzzeitig beispielsweise eine Physiotherapie verordnet werden darf. ■**

## Mona, die Geschäftsstellen-Katze berichtet:



Als erstes muss ich euch sagen, dass ich schon ganz schön groß geworden bin. Wenn ich mich ganz doll strecke, komme ich schon an den Griff vom Kühlschrank, nur öffnen kann ich ihn noch nicht. Aber ich werde weiter üben, denn Unabhängigkeit ist eine erstrebenswerte Eigenschaft. Nachts träume ich davon, mich endlich selbst versorgen zu können und nicht immer um irgendwelche Menschenbeine streichen zu müssen, damit endlich mein Futternapf gefüllt wird.

Neulich war Besuch in der Geschäftsstelle, zwei Vorstandsdamen sollen das gewesen sein; das habe ich so aus den Gesprächen entnommen. Eine von ihnen hat so wunderbar nach einer anderen Katze gerochen, dass ich ihr unbedingt ganz nah sein wollte. Aber meine Annäherungsversuche sind wohl nicht so gut angekommen, denn immer, wenn ich auf ihren Schoß sprang, und meine Krallen durch die Kleidung in ihre Haut drangen, wollte sie nichts mehr von mir wissen. Ich konnte das gar nicht verstehen, denn ich habe sie doch so gern gemocht. Und dann kam das Schlimmste: Schon nach meinem dritten „Ansprung“ wurde ich aus dem Zimmer verwiesen und in den Flur gesperrt. Da half auch mein Rufen nichts mehr, ich musste draußen bleiben. Angeblich, weil die Menschen in dem Zimmer arbeiten und nicht gestört werden wollten.

An einem Sonntag im November habe ich etwas ganz Verrücktes erlebt. Ich sprang auf die Fensterbank und wollte Vögel beobachten, und was sah ich? Draußen schwirrte es nur so von ganz vielen weißen Fliegen, die vom Himmel fielen. Das heißt, ich dachte es wären Fliegen, es muss aber etwas anderes gewesen sein, denn es blieb bewegungslos auf dem Boden liegen. Nach einiger Zeit war der ganze Garten weiß, und auch die Büsche waren mit diesem weißen Zeug bedeckt. Ich muss unbedingt noch herausfinden, was es mit diesem merkwürdigen Zeug auf sich hat. Aber jetzt lege ich mich erst mal wieder schlafen. ■



# Rückblick: Selbsthilfegruppenleiter-Workshop

**A**m 19. September trafen sich 10 Teilnehmer/innen aus 7 SchmerzLOS-SHG in Hamburg. Am Vormittag erfolgte ein intensiver Austausch. Einige der angesprochenen Probleme waren

- Störenfriede (Gruppen- und Gesprächsregeln werden nicht immer eingehalten)
- Mangelnde Verbindlichkeit
- Die Mitglieder des SHG-Leitungsteams werden als „Servicekräfte“ angesehen, und deren eigenen Bedürfnisse übersehen
- Wenig Bereitschaft, Aufgaben zu übernehmen
- Probleme, wenn die SHG-Ansprechperson nicht anwesend sein kann
- SHG-Teilnehmer bleiben plötzlich weg
- Der Aufbau der neuen SHG ist schwierig

Positiv wurde hervorgehoben, dass durch die SHG eine neue Solidarität entsteht, manche Ärzte und Therapeuten empfehlen ihren Patienten die Teilnahme, viele SHG (die schon länger bestehen) haben sich gefestigt.

Nach dem Mittagessen erfolgte eine Schulung bzw. Supervision mit Frau Maddalena Rossi, Diplom-Psychologin im Asklepios-Klinikum in Hamburg-Heidelberg. Schwierige Gesprächssituationen können auftreten, wenn es beispielsweise fordernde Teilnehmer in der Gruppe gibt. Ebenso gibt es Strategien, um ausufernde Gesprächsbeiträge einzugrenzen. Teilweise entstehen Probleme auch durch zu hohe Erwartungen bei den Teilnehmern. Frau Rossi zeigte mit Hilfe von Rollenspielen, wie man durch konkrete Fragen (z. B. zur Eigenreflektion) die Gespräche auf eine andere Ebene führen kann. Solche Fragen können z. B. sein: „Was erwartest du von der Selbsthilfegruppe?“ „Wie geht es dir damit?“

Ein wirksames Mittel ist auch, „schwierigen“ Gesprächspartnern Aufgaben zu geben, z. B. der Zeitwächter zu sein. Solchen Menschen kann man auch durch andere Aufgaben Raum zum „Gestalten“ geben. Besondere Situationen kann man in der SHG auch demokratisch lösen: „Welche Aufgaben haben wir und wie verteilen wir diese?“ Dadurch wird es mehr zur „Veranstaltung aller Teilnehmer“, die besondere Bedeutung des Zusammenhalts wird betont, und es kann mehr Verantwortung an die Gemeinschaft abgegeben werden.

Frau Rossi nannte eine besondere Herausforderung, dass die Moderatoren einer SHG in „Blickexposition“ stehen, d. h., dass diese immer von allen angesehen wird. Wenn man den Blick mehr auf andere lenken kann (auch im übertragenen Sinn), wird ein „Ausbrennen“

erschwert. In einer SHG kann man z. B. auch Themenwünsche sammeln und kleine „Referate“ an verschiedene SHG-Teilnehmer verteilen, so dass jeder sich mal zum „Experten“ für ein Thema macht.

Wenn Teilnehmer trotzdem Grenzen überschreiten, kann der Moderator das Problem an die SHG zurückgeben, indem er beispielsweise fragt: „Wie kommen wir da weiter?“ „Wer hat eine Idee dazu?“ Auch „Ich-Botschaften“ können hilfreich sein: „Was macht das mit mir?“

Wenn das Gespräch in der SHG ins Stocken gerät, können W-Fragen helfen: Wer? Wann? Warum? ...

Man sollte sich klar machen, dass man es nicht mit schwierigen Menschen sondern mit schwierigen Situationen zu tun hat. Misserfolge sollte man nicht auf sich selbst projizieren.

Eine Alsterrundfahrt mit dem historischen Dampfschiff „ST. Georg“ und das anschließende Beisammensein im Café rundeten die Veranstaltung ab. Wir werden auch im Jahr 2016 wieder eine Schulung für unsere Selbsthilfegruppen-Leitungsteams organisieren.

Heike Norda



Teilnehmer am Selbsthilfegruppenleiter-Workshop in Hamburg

# Arthroskopie bald keine Kassenleistung mehr

**A**b dem Frühjahr 2016 sollen bei der Verordnung für Versicherte mit Kniegelenksarthrose deutliche Einschränkungen gelten. Arthroscopien sollen dann nur noch erbracht werden dürfen bei Patienten mit akuter Verletzung, akuten Gelenkblockaden und bei meniskusbezogenen Indikationen. Für alle anderen Fälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) den Eingriff aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.

Diese Entscheidung basiert auf einer Auswertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG). Dieses hatte im Auftrag des GBA wissenschaftliche Studien zu verschiedenen arthroscopischen Verfahren bei Kniegelenksarthrose untersucht und dabei festgestellt, dass in vielen Fällen bei dem Eingriff das Risiko den Nutzen überwiegt. Dazu gehören laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung die Gelenkspülung, die Abtragung der Gelenkschleimhaut sowie die Knorpelglättung.

Die Änderungen werden voraussichtlich am 1. April 2016 in Kraft treten, so die KBV. Bis dahin sei die Prüfung des Beschlusses durch das Bundesgesundheitsministerium höchstwahrscheinlich abgeschlossen und der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht. ■

## Chronische Rückenschmerzen sind schwer vorherzusagen

**C**hronische Rückenschmerzen zählen mit zu den größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen. Von daher wäre es sinnvoll, möglichst früh herauszufinden, bei welchen Patienten akute Rückenschmerzen chronisch werden zu drohen. Wenn klar wäre, ob die Schmerzen chronisch werden, könnte eine spezielle Therapie eingeleitet werden. Um diese Patienten könnten sich Ärzte dann besonders kümmern. Aber offenbar ist das nicht so einfach, berichten Forscher um Dr. Wolf Mehling von der Universität in San Francisco. In der Studie "Prognosis of Pain" (POP) wurde über zwei Jahre hinweg das Schicksal von Patienten mit Rückenschmerzen untersucht. Hauptziel der Studie war, biologische und psychologische Risikofaktoren für eine Chronifizierung herauszufinden. Mit einem speziellen Fragebogen konnten die Forscher einigermaßen gut diejenigen herausgefiltert werden, die später chronische Schmerzen hatten. Allerdings waren in einer früheren Studie auch viele Patienten, die bereits zu Beginn an chronische Schmerzen litten. Mehling und sein Team wollten nun herausfinden, ob der Test auch klappt, wenn nur Patienten mit akuten Schmerzen betrachtet werden.

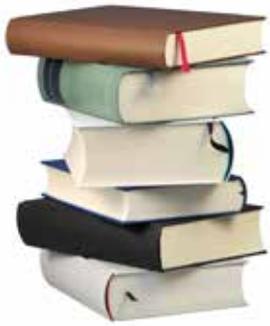
Die Forscher teilten die Patienten in drei Risikokategorien: ein hohes, moderates und niedriges Chronifizierungsrisiko. Diese Unterteilung wurde anhand psy-

chosozialer Fragebogen vorgenommen. Dabei mussten Fragen beantwortet werden wie: Sind die Schmerzen besonders lästig? Strahlen sie unters Knie aus? Treten zusätzliche Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich auf? Kleiden sich die Patienten aufgrund der Schmerzen langsamer an? Gehen sie wegen ihrer Schmerzen nur noch kurze Strecken? Ist der Schmerz furchtbar und geht nicht mehr zurück? Hinzu kamen weitere drei Fragen. Hier sollten die Patienten angeben, ob sie Handlungen aus Furcht vor den Schmerzen vermeiden, ob sie sich gedanklich stark damit beschäftigen und ob die Schmerzen ihre Stimmung beeinträchtigen.

Nach sechs Monaten und nach zwei Jahren schauten die Wissenschaftler, wie häufig tatsächlich eine Chronifizierung auftrat. Allerdings hatten nur 32 Prozent der Patienten aus der Hochrisikogruppe nach sechs Monaten und 36 Prozent nach zwei Jahren chronische Schmerzen entwickelt - die Sensitivität war also äußerst gering. Die Wissenschaftler um Mehling schließen aus den Ergebnissen, dass sich bisher verwendete Fragebögen nur wenig zum Risikoscreening bei akutem Rückenschmerz eignen. ■

# Buchtipp

Für Sie gelesen



## Sytze van der Zee Schmerz - eine Biografie

Es ist weder ein reines Fachbuch, also Wissenschaft pur. Es ist auch nicht einfach ein Schmerztherapie-Ratgeber. Das Buch, um das es geht, hat den Vorteil, beide Aspekte, Wissenschaft und Rat, anzusprechen.

Durch eigene Schmerzerfahrung zur Buchidee. Kopf, Rücken, Nerven, das sind Schmerzen, die die meisten Menschen zum Arzt treiben. Wenn die Schmerzen nicht aufhören, können sie das Leben zerstören. Die Medizin verspricht Schmerzfreiheit, doch dafür leiden viel zu viele. Allein Deutschland zählt fünfzehn Millionen Schmerzpatienten. "Schmerz - eine Biografie" ist ein Buch, das das Phänomen Schmerz von allen Seiten in den Blick nimmt. Sytze van der Zee beschreibt Schmerzpatienten, die schon so lange leiden, dass der Schmerz jeden Winkel ihres Bewusstseins durchdringt.

Er spricht mit Radrennfahrern und Tänzern über ihre Versuche, die eigene Schmerzgrenze zu verschieben. Und er schildert Menschen, die keine Schmerzen kennen oder sich aus Lust Schmerz zufügen. Mit den neuesten Erkenntnissen der Schmerzforschung, die immer mehr darüber herausfindet, wie Geschlecht, Alter, Veranlagung, Stress oder Wohlbefinden unsere Schmerzwahrnehmung beeinflussen.

### Über den Autor

Sytze van der Zee ist ein niederländischer Publizist. Er war lange Deutschlandkorrespondent des NRC Handelsblad, stellvertretender Chefredakteur beim Elseviers Magazine sowie Chefredakteur bei Het Parool. Zudem ist er Autor mehrerer historischer Sachbücher. Als er vor einigen Jahren schwer erkrankte, begann van der Zee, sich mit dem Thema Schmerz zu beschäftigen. ISBN 3813505693, 10,99 € ■

# Wechselwirkungen von Arzneimitteln -

## Besonders bei älteren Patienten

Gerade im fortgeschrittenen Lebensalter sind Arzneimittelinteraktionen schon lange ein Thema. 35% aller unerwünschten Arzneimittelwirkungen treten bei über 65-Jährigen auf. Bei jedem Siebten führen sie zu einem Leben im Pflegeheim. Verantwortlich seien altersphysiologische Veränderungen und die oft hohe Zahl an parallel verordneten Medikamenten, gab PD. Dr. Tim Patrick Jürgens, Klinik für Neurologie, Sana Regio Kliniken, Klinikum Pinneberg, beim Schmerzkongress im Oktober in Mannheim an. Prinzipiell sei es wichtig, jede Indikation kritisch zu hinterfragen, eine möglichst niedrige Dosis zu wählen, die Dosis langsam zu steigern und die Priscus-Liste zu potentiell ungeeigneten Medikationen im Alter zu konsultieren ([www.priscus.net](http://www.priscus.net)), betonte Jürgens.

Bei den Triptanen, die zur Behandlung von Migräne verordnet werden, sollten laut Jürgens ältere Triptane bevorzugt werden. Neuere Triptane würden im Stoffwechsel Arzneimittelinteraktionen begünstigen. Bei älteren Patienten, die wegen Clusterkopfschmerzen Lithium erhalten, ist eine Komedikation mit NSAR, also Medikamenten wie z. B. Ibuprofen, zu vermeiden. Außerdem sollten Kombinationen mit Diuretika (harntreibende Medikamente) oder ACE-Hemmern (=bestimmte Mittel gegen Bluthochdruck) vermieden werden. Es müsse für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr gesorgt werden. Regelmäßige Messungen der Lithium-Spiegel seien erforderlich.

Noch fünf Jahre nach einem Herzinfarkt weisen ältere Patienten ein um zwei Drittel erhöhtes Sterberisiko nach NSAR-Gabe und ein um 41% erhöhtes Re-Infarkttrisiko auf, so Jürgens. Um diese Gefahren zu minimieren, riet er dazu, Patienten mit kardiovaskulärem Risiko mit nur maximal täglich 1200 mg Ibuprofen zu behandeln. Alternativ könnten andere Medikamente gegeben werden.

Jürgens riet generell dazu, bei älteren Patienten darauf hinzuweisen, dass bei einer Polymedikation kein Grapefruitsaft getrunken werden sollte. Auch eine Selbstmedikation mit Johanniskraut sollte immer mit dem Arzt und Apotheker besprochen werden, um unerwünschte Nebenwirkungen auszuschließen. ■



## Impressum

### SchmerzLOS AKTUELL

Zeitschrift vom SchmerzLOS e.V.

Erscheint vierteljährlich

Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten

Herausgeber: SchmerzLOS e.V. Vereinigung aktiver Schmerzpatienten

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

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 Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit. Es wird bestätigt, dass die Zuwendung nur zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege verwendet wird.

Zuwendungen (Spenden und Mitgliedsbeiträge) an 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.

## 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 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.

**SchmerzLOS e. V.**   
Vereinigung aktiver Schmerzpatienten

