

# SchmerzLOS

AKTUELL



3/2014



**Politik und Schmerzpatienten**  
Es gibt noch großen Verbesserungsbedarf

**Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion**  
(MBSR) nach Jon Kabat-Zinn

**Medikamentenpause**  
bei Schmerzmittel-induziertem Kopfschmerz

## Editorial



Liebe Leserin, lieber Leser,

ein Schwerpunkt in dieser neuen Ausgabe ist die Politik, die auch für Schmerzpatienten immer wichtiger wird. In der Zeit seit der letzten Ausgabe hat sich eine Menge getan: SchmerzLOS e. V. wird öffentlich stärker wahrgenommen und nachgefragt. So vertraten wir die Interessen der Schmerzpatienten beim 1. Nationalen Schmerzforum in Berlin.

Lesen Sie auch unsere politischen Forderungen und diskutieren Sie diese mit uns.

Ein weiteres Thema ist MBSR, eine Möglichkeit zur Bewältigung chronischer Schmerzen. Dadurch kann die Lebensqualität von an chronischem Schmerz Leidenden verbessert werden. Dieser Artikel stammt von Dr. Harald Lucius, Oberarzt am HELIOS-Klinikum in Schleswig, der auch MBSR-Lehrer ist.

Eine anregende Lektüre wünscht



Heike Norda

### Impressum

Herausgeber: SchmerzLOS e. V. Lübeck  
Vereinigung aktiver Schmerzpatienten  
Am Waldrand 9a 23627 Groß Grönau  
fon 04509 – 879 308 fax 04509 – 879 309  
M@il: info@schmerzlos-ev.de  
www.schmerzlos-ev.de  
Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL  
Redaktion: Heike Norda  
Layout: Hartmut Wahl

# Politik und Schmerzpatienten

Andrea Damm/pixelio.de



SchmerzLOS e. V. hat im August 2014 seine politischen Forderungen veröffentlicht. Dazu zählt die Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten:

- Kürzere Wartezeiten für einen ambulanten, tagesklinischen und stationären Therapieplatz
- Pflichtfortbildungen für Hausärzte
- Ausweitung der Angebote für Studierende: Mehr Angebote in der Lehre, Famulaturen
- Schaffung des Facharztes für Schmerzmedizin
- Budgetfreiheit für Schmerztherapie
- Keine Pflicht zum Austausch von stark wirksamen Schmerzmedikamenten (BTM)

Nach Schätzungen des Berufsverbands der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD) gibt es in Deutschland ca. 2 Mio. Patienten mit hochgradig chronifizierten Schmerzen. Laut Auskunft der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr

2012 gibt es gut 1000 schmerztherapeutische Einrichtungen in Deutschland. Dies bedeutet, dass 2000 dieser stark betroffenen Schmerzpatienten auf jede dieser Einrichtungen entfallen. Da aber die Zahl der Behandlungsfälle auf 300 – 400 Patienten pro Quartal begrenzt ist, müssen schon heute Schmerzpatienten selbst mit stark chronifizierten Schmerzen lange Wartezeiten in Kauf nehmen (bis zu einem Jahr und länger). Wenn Hausärzte die Patienten, bei denen eine Prävention der weiteren Chronifizierung ihrer Schmerzen möglich ist, an Schmerzexperten überweisen und diese mit einer mehrmonatigen Wartezeit rechnen müssen, wird die Forderung nach einer Vermeidung der Chronifizierung konterkariert.

Jeder (angehende) Arzt sollte in Deutschland die Grundlagen der Schmerzmedizin erlernen. Damit wird er in die Lage versetzt, bei unkomplizierten Patienten Leiden durch neuropathische, akute posttraumatische bzw. postoperative Schmerzen und Tumorschmerzen zu lindern, chronisch Schmerzranke zu erkennen, einer Schmerzchronifizierung durch Prävention vorzubeugen und ggf. eine adäquate Weiterbehandlung zu veranlassen.

Studierende sind erfahrungsgemäß besonders durch Famulaturen (Praktika) zu motivieren. Wenn diese dadurch in schmerzmedizinisch arbeitenden Einrichtungen an die Arbeits- und Denkweisen von und durch Schmerzexperten herangeführt werden, ist damit zu rechnen, dass im weiteren Verlauf des Studiums nach diesen persönlichen Erfahrungen ein besonderer Augenmerk auf schmerzmedizinische Aspekte gelegt wird. In günstigen Fällen wäre zu erwarten, dass mehr Studierende eine Tätigkeit als Schmerzmediziner anstreben.

Der Deutsche Ärztetag 2014 rückte die Probleme der Schmerzpatienten in den Fokus: Es gibt immer mehr Menschen mit chronischen Schmerzen, aber die Versorgung ist unzureichend. Weil die Bedarfsplanung sich an Facharztgebieten orientiert, gehen die Patienten mit chronischen Schmerzen leer aus. Schmerzmedizin ist eine Zusatzbezeichnung. Einen Facharzt für Schmerzmedizin gibt es noch nicht. Nach der Einführung des Facharztes für Schmerzmedizin, gäbe es für diese auch eine Bedarfsplanung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Angesichts der Tatsache, dass die Deutschen immer älter werden, wird dieses Problem in Zukunft noch drängender auf uns alle zukommen.

Es darf nicht weiter hingenommen werden, dass Schmerzpatienten sich mit einer mangelhaften Versorgung begnügen müssen. Linderung bzw. Vermeidung von Schmerzen ist ein Grundrecht. Deswegen dürfen schmerzmedizinisch geeignete

medikamentöse wie auch nichtmedikamentöse Maßnahmen nicht durch Budgetierung begrenzt sein.

Die Bioverfügbarkeit von gleichen Wirkstoffen schwankt. Deswegen kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein unkomplizierter Austausch von retardierten Opioiden (je nach den aktuellen Rabattverträgen der jeweiligen gesetzlichen KK) erfolgt. Da Opioiden stark wirksame Medikamente sind, darf ein Austausch nicht ohne medizinische Notwendigkeit erfolgen und nicht ohne Zustimmung des behandelnden Arztes möglich sein.

Es dürfen weiterhin keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht getroffen werden. Die heutige Situation ist in der Praxis so, dass viele wichtige Entscheidungen immer noch ohne Patientenbeteiligung bzw. ohne deren Stimmrecht getroffen werden, z. B. die Beteiligung von Patienten im Zulassungsausschuss für Ärzte ohne Stimmrecht. Bei Leitlinien-Erarbeitungen (LL) werden erfreulicherweise Patientenvertreter mit Stimmrecht beteiligt (z. B. Überarbeitung der LL „LONTS“).

Gerade weil viele der zu treffenden Entscheidungen für Patienten richtungsweisend sind und vielfach über Mitgliedsbeiträge der Bevölkerung entschieden wird, fordert SchmerzLOS e. V. eine bindende Beteiligung von Patientenvertretern mit Stimmrecht.

Eine weitere Forderung ist die Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“ (VersMedV). Diese Verordnung bildet den Rahmen für die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) bzw. Grades der Schädigung (GdS). Von diesem Rahmen darf nicht abgewichen werden. Chronischer Schmerz ist dort nur mit einer „Kann-Formulierung“ erfasst. In der Praxis bedeutet dies, dass bei Chronischen Schmerzen eine Erhöhung des GdB bzw. GdS um 10 in **Betracht kommen kann**. Manche Richter bzw. Gutachter verlangen als Nachweis dafür, dass der Betroffene in schmerztherapeutischer Behandlung ist bzw. BTM-Medikamente einnimmt.

Fotolia.com

Daran kritisiert die Patientenvereinigung SchmerzLOS e. V., dass es sich um eine „Kann-Formulierung“ handelt. Somit ist keine Rechtssicherheit gegeben. Außerdem wird der GdB in der Praxis max. um 10 erhöht. Dies schließt nicht die bio-psycho-sozialen Folgen des eigenständigen Krankheitsbildes Chronischer Schmerz ein. Manche Betroffene erhalten keine schmerztherapeutische Behandlung, weil diese in Flächenbundesländern wie z. B. Schleswig-Holstein nicht überall angeboten werden und die Wartezeiten auf einen Termin bei Schmerztherapeuten bis zu einem Jahr betragen.

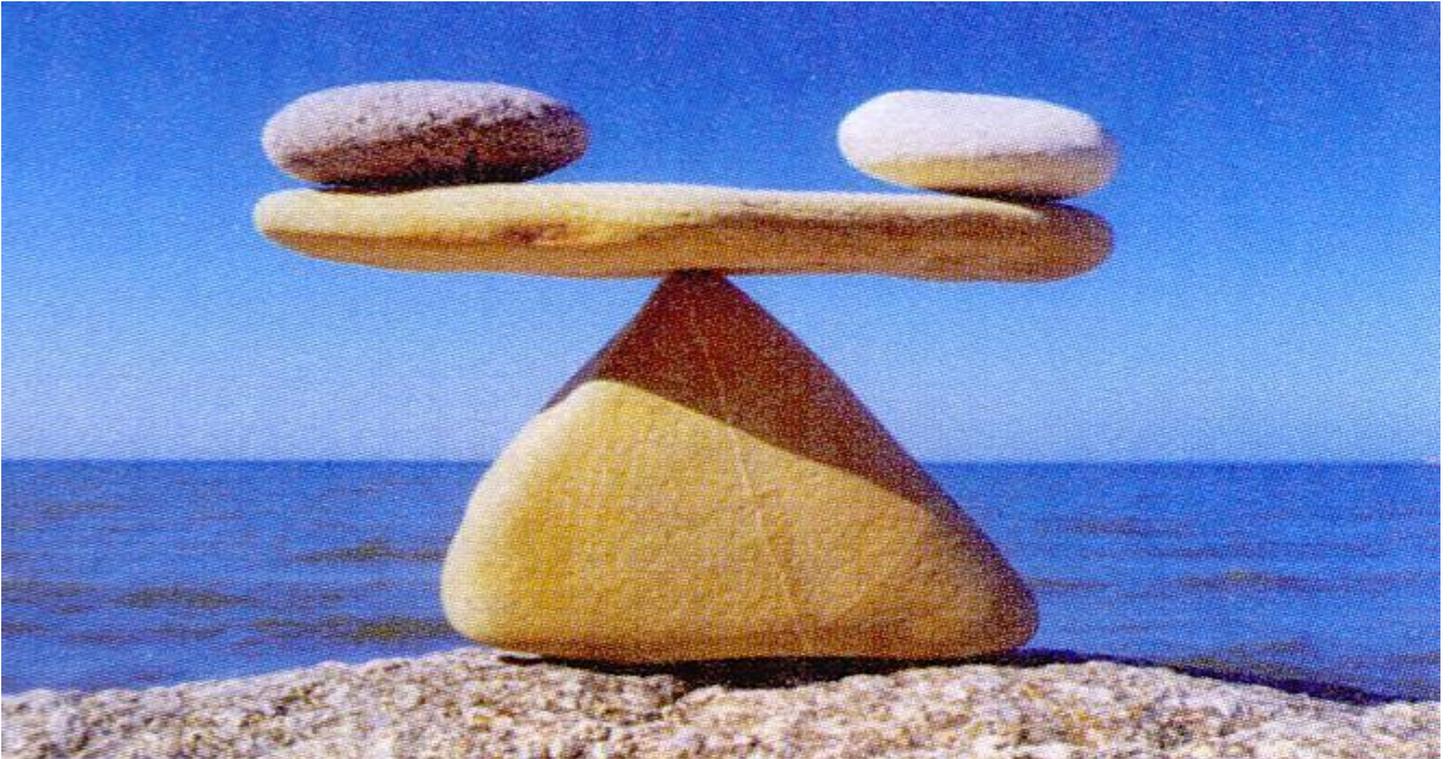
Betroffene Schmerzpatienten benötigen vielfach einen „Schwerbehindertenausweis“, der ab GdB 50 erteilt wird. Hierdurch werden Nachteilsausgleiche, vor allem am Arbeitsplatz, möglich. Dabei muss bedacht werden, dass man fast immer das Ausmaß der Schmerzen bzw. die damit verbundenen Beeinträchtigungen nicht „sehen“ kann und Schmerzpatienten oft mobbingähnlichen Anfeindungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Oft stehen diese durch höhere Fehlzeiten auch eher auf der „Kündigungsliste“ als gesunde Arbeitnehmer. Mit der Schwerbehinderten-Eigenschaft ist ein erhöhter Kündigungsschutz verbunden, der oft hilft, soziale Nachteile, zumindest teilweise, zu vermeiden.

Die bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen bei dem Krankheitsbild Chronischer Schmerz werden nicht berücksichtigt und damit auch nicht korrekt bewertet. Dies bedarf einer Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Wir fordern, die VersMedV den elementaren Bedürfnissen der Schmerzpatienten entsprechend anzupassen.

Weil Leib und Seel gehör'n zusammen, muss auch manch Körperleiden stammen.  
In magischem Zusammenwirken aus unsern seelischen Bezirken.  
Doch nicht nur, dass die eigne Seel' wir unbewusst oft halten fehl:  
Schuld trägt auch häufig die Familie, die manche hoffnungsvolle Lilie.  
Noch eh sie recht erblüht ist knickt: Die Freude wird im Keim erstickt.  
Aus gegenseitgem' sich erbozen entwickeln sich die Herzneurosen.  
Nachts kommt besoffen heim der Vater, die Mutter schwärmt nur fürs Theater,  
die Schwiegermutter ist recht zänkisch, die Tante eingebildet kränklich,  
am Marke der Familie saugen auch noch zwei Brüder, die nichts taugen.  
Da spricht der Seelenkundler weise: Kein Wunder, wenn in solchem Kreise,  
bei dergestalten' Lebensläufen sich, seelenleiblich, Schäden häufen.  
So war das freilich immer zwar, doch Wissenschaft macht's nun erst klar:  
Und bringt auf neue, stolze Höh' die alte Lehre vom Milieu.  
Eugen Roth

# Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Jon Kabat-Zinn  
eine gute Möglichkeit zur Bewältigung (chronischer) Schmerzen



1979 gründete Dr. Jon Kabat-Zinn an der Massachusetts Medical School in Worcester/USA die Stress Reduction Clinic. Dort entwickelte er in den folgenden Jahren das Programm der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) und begann dieses an seine Schüler und zunehmend auch an Patienten weiterzugeben.

Im Laufe der Entwicklung des MBSR (zu deutsch: Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion) - „Konzepts“ wurde die Methode in den USA an tausenden von Schülern, Klienten, Patienten, Ärzten und andere in der Verantwortung für Menschen Tätige erprobt. Es entstanden zahlreiche Einrichtungen an verschiedenen Kliniken sowie Zentren und Schwerpunktinstitute zu Forschungszwecken.

Nach Europa gelangte MBSR vor etwa 15 Jahren. In Deutschland gibt es inzwischen ein „Institut für Achtsamkeit“ in der Nähe von Köln und einen Forschungsschwerpunkt an der Universitätsklinik Freiburg. Weitere Zentren, medizinische Einrichtungen und wissenschaftliche Arbeitsbereiche bestehen in Köln, Gießen, Erfurt und München sowie im Klinikum Essen Mitte in der Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin und anderen Kliniken.

**Was Achtsamkeit nicht ist:** Achtsamkeitsübungen nach MBSR sind nicht etwa ein „neues Konzept“. Es handelt sich nicht um eine Therapie im eigentlichen Sinne, spirituuell-religiöse Ausrichtungen sind für das Training nicht erforderlich und MBSR hat nicht primär mit buddhistischen Praktiken zu tun. Andererseits wurzeln

wesentliche Bestandteile im Zen und in der Vipassana-Meditation. Achtsamkeit hat nicht vor allem mit Konzentration zu tun - es handelt sich eben nicht nur um eine Fokussierung von Aufmerksamkeit und damit eine Begrenzung, Beschränkung oder Zuspitzung. Es geht auch nicht darum, die Übungen richtig oder falsch zu machen.



Fotolia.com

**Was Achtsamkeit ist:** Achtsamkeit ist eine (geistige) Einstellung und Haltung, in der man sich um ein breites und gleichmütig annehmendes Achten auf alle Phänomene bemüht. Dies bedeutet, alle aufkommenden Empfindungen und Wahrnehmungen mit einer gelassenen Akzeptanz zu „betrachten“, ohne sie verändern, beeinflussen oder auch loslassen zu wollen. Es geht um Wahrnehmung, um das Registrieren von Aspekten, die „im Bewusstsein“ auftauchen und wieder verschwinden. Hierzu zählen Gedanken aller Art, Emotionen, Erinnerungen, Bilder, auch direkte Sinneswahrnehmungen aus der Umgebung oder dem Körperinneren, emotionale Vorgänge und die Grundsinne Hören, Riechen, Tasten/Fühlen, Sehen und Schmecken. Regelmäßiges Üben ermöglicht ein offenes Wahrnehmen von Phänomenen und letztlich im Optimalfall ein beständiges Gewahrbleiben nach dem Grundsatz: Ein Buddha ist ein Mensch, der 24 Stunden am Tag in Achtsamkeit lebt (Thich Nhat Hanh). Der tibetische Lama Chögyam Trungpa hat diese Geisteshaltung als Panoramabewusstsein bezeichnet. In der buddhistischen Praxis ist Achtsamkeit das siebte Glied des achtfachen Pfades, die dritte der fünf Fähigkeiten und der erste Aspekt der sieben Faktoren des Erwachens.

Achtsamkeitsbasierte Verfahren haben inzwischen eine gewisse Tradition z.B. als Bestandteile psycho-therapeutischer Verfahren und sind wissenschaftlich gut untersucht. Aspekte der Mind-Body-Medicine, die dialektisch-behaviorale Therapie und die im Zuge der Etablierung des MBSR/Achtsamkeitstrainings durch das „Institut für Achtsamkeit“ in Rommerskirchen geförderte Entwicklung der aus den USA stammenden Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) sind ebenfalls Teil psychotherapeutischer Therapiekonzepte.

**Achtsamkeit in der Schmerztherapie:** In der Schmerztherapie konnte sich MBSR vor allem im schulmedizinischen Umfeld hierzulande leider noch nicht recht durchsetzen. Nach Kabat-Zinn besteht Schmerz aus physischen, seelisch/geistigen und kognitiven Anteilen, von denen der physische Anteil am schlechtesten zu beeinflussen sei, wir hingegen mit Hilfe des Achtsamkeitstrainings lernen können, seelische und kognitive Faktoren zu erfassen und mit ihnen umzugehen, um dadurch den eigenen Leidensdruck des „körperlichen Schmerzes“ zu vermindern. Es gibt inzwischen eine Reihe von interessanten Studien zur Wirksamkeit des Achtsamkeitstrainings vor allem bei funktionellen Schmerzsyndromen wie chronischen Rückenschmerzen, dem Fibromyalgiesyndrom und Kopfschmerzen vom Spannungstyp, aber auch zu Krebserkrankungen und zur Polyneuropathie liegen Daten vor. Dabei kommt es neben dem „Training“ vor allem auf den achtsamen Umgang mit Phänomenen des Alltag an. Weitere Informationen können einschlägigen Weblinks unter dem Kürzel „MBSR“ entnommen werden.

**„Die Schönheit der meditativen Arbeit liegt darin, dass wir auf die Praxis selbst vertrauen können, um uns aus dem Schlamassel zu führen. Sie hält uns auf dem Pfad, selbst in den dunkelsten Momenten; sie stellt sich selbst unseren fürchterlichsten Geisteszuständen und äußerlichen Bedingungen. Sie erinnert uns an unsere Möglichkeiten“ (Jon Kabat-Zinn)**

**Achtsamkeit als Praxis:** Ein Achtsamkeitstraining besteht aus einem Acht-Wochen-Kurs, der in Form von abendlichen Zwei- bis Drei-Stunden-Übungen einmal wöchentlich sowie einem ganztägigen Achtsamkeitstag abgehalten wird. Angeboten werden darüber hinaus Jahrestrainings und Kompaktkurse. In Schleswig-Holstein und Hamburg finden Kurse an verschiedenen Orten statt (siehe unter [www.mbsr-deutschland.de](http://www.mbsr-deutschland.de)).

**Ein Achtsamkeitskurs hat drei inhaltliche Schwerpunkte:**

1. Den sogenannten Bodyscan, eine angeleitete Körpermeditation
2. Verschiedene Übungen zur achtsamen Körperarbeit, die der Tradition des Hatha-Yoga entlehnt sind. Auch QiGong oder TaiQi eignen sich gut.
3. Die dritte Praxis, welche sich an Zen-Übungen und der hinduistisch-buddhistischen Vipassana-Tradition orientiert. Hierbei handelt es sich um eine Sitzmeditation, die bei Bedarf im Wechsel mit Geh- und Stehmeditationen durchgeführt werden kann.

„Die Schönheit der meditativen Arbeit liegt darin, dass wir auf die Praxis selbst vertrauen können, um uns aus dem Schlamassel zu führen. Sie hält uns auf dem Pfad, selbst in den dunkelsten Momenten; sie stellt sich selbst unseren fürchterlichsten Geisteszuständen und äußerlichen Bedingungen. Sie erinnert uns an unsere Möglichkeiten“ (Jon Kabat-Zinn)

**Buchtipps zum Einlesen:**

1. **Gesund durch Meditation**, Jon Kabat-Zinn, Fischer Verlag, Frankfurt/Main 2006
2. **Im Alltag Ruhe finden**, Jon Kabat-Zinn, Herder Verlag, Freiburg 1998
3. **Zerbrochen und doch ganz – die heilende Kraft der Achtsamkeit**, Saki Santorelli,
4. **Arbor Verlag Freiamt/Schwarzwald** 2006
5. **Gut leben trotz Schmerz und Krankheit**, Vidyamala Burch, Goldmann/Arkana 2009
6. **Meditation für Skeptiker**, Ulrich Ott, O.W.Barth Verlag, Hamburg/München 2010
7. **Flourishing – welches Glück hätten Sie gern**, Peter Malinowski, Irisiana Verlag 2010

**Weblinks:**

[www.mbsr-deutschland.de](http://www.mbsr-deutschland.de)  
[www.institut-fuer-achtsamkeit.de](http://www.institut-fuer-achtsamkeit.de)  
[www.umassmed.edu/cfm/mbsr/](http://www.umassmed.edu/cfm/mbsr/)  
[www.mbsr-freiburg.de](http://www.mbsr-freiburg.de)  
[www.mbsr-schleswig.de](http://www.mbsr-schleswig.de)  
[www.mbsr-nord.de](http://www.mbsr-nord.de)

Dr. med. Harald Lucius

Arzt für Neurologie und Psychiatrie, spez. Schmerztherapie, Chirotherapie, Akupunktur, MBSR-Lehrer

Schmerzambulanz an der Helios Fachklinik Schleswig

Am Damm 1, 24837 Schleswig

[www.schmerztherapie-schleswig.de](http://www.schmerztherapie-schleswig.de)

# Wichtiges Urteil aus der aktuellen Rechtsprechung



Das Bundessozialgericht in Kassel hat bezüglich der von vielen Klägern als zu lang empfundenen Verfahrensdauer ein Urteil mit Grundsatzcharakter gefällt.

Den Richtern, beispielsweise vor den Sozialgerichten, steht eine Vorbereitungs- und Bedenkzeit von zwölf Monaten zu. Danach kann ein Verfahren leicht zwei Jahre dauern. Seit Ende 2011 können Bundesbürger bei unangemessenem Stillstand ihres Verfahrens zunächst eine

Verzögerungsrüge erheben. Frühestens sechs Monate später kann eine Entschädigungsklage erhoben werden. Für jeden unangemessenen Verzögerungsmonat beträgt die Entschädigung 100 EURO. Das BSG verwies nun auf das Haushaltsinteresse des Staates und der Steuerzahler, nicht zu viele Richter einzustellen. Angesichts schwankenden Prozessaufkommens sei es daher nicht möglich, jede Klage sofort zu entscheiden. Den Richtern stehe ein Spielraum zu, in welcher Reihenfolge sie die Fälle bearbeiten.

Hinzu kommen in jedem Verfahren der Vorlauf mit Klagebegründung und -erwiderung sowie die tatsächliche Gerichtsverhandlung. Nur wenn es darüber hinaus noch unnötige Verzögerungen gibt, kommt eine Entschädigung in Betracht, so das BSG.

*BSG Kassel, Az.: B 10 ÜG 2/13*

## Stören Antidepressiva das Gehirn?

Studien zeigen, dass Depressive im prozeduralen Lernen beeinträchtigt sind und ein erhöhtes Risiko haben, an kognitiven Störungen oder Demenz zu erkranken. Ein Team der Charité Berlin ging jetzt der Frage nach, ob diese Symptome Ausdruck der Erkrankung sind oder erst durch Antidepressiva hervorgerufen werden.

Vor dem Zubettgehen sollten sich 25 gesunde Teilnehmer visuelle Muster merken. Anschließend bekamen sie das Antidepressivum Amitriptylin oder ein Placebo verabreicht. Am nächsten Abend wurde der Lernerfolg getestet. Probanden mit

Placebo konnten die Muster deutlich schneller erkennen als diejenigen, die das Antidepressivum erhalten hatten.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass kognitive Störungen bei Depressiven durch Amitriptylin zumindest mit verursacht werden. Das Eindringen von psychoaktiven Substanzen in die komplizierten Schlafabläufe kann eine Vielzahl der bekannten Nebenwirkungen wie kognitive Defizite, Gewichtszunahme und morgendliche Apathie erklären. Die Entwicklung von neuen Substanzen, die nicht nur tagsüber das Befinden von depressiven Menschen verbessern, sondern auch deren Schlafqualität fördern, sollte vorangetrieben werden.

## Schmerzgedächtnis: Sensibilisierung führt zum Hirnumbau



Regelmäßige Schmerzreize führen dazu, dass sich das Gehirn anatomisch umbildet. Schmerztherapien müssen also früh beginnen, um dem Umbauprozess und damit chronischen Schmerzen vorzubeugen.

Forscher des Klinikums rechts der Isar der TUM haben mit Schmerzstimulationen untersucht, ob die Versuchspersonen für die Schmerzreize sensibilisiert wurden. Die Studie ergab, dass die Hitze- und

Wärmereize, die gesunden Probanden am Unterarm verabreicht wurden, mit zunehmender Studiendauer als unangenehmer oder schmerzintensiver empfunden wurden.

Vor Beginn der Studie und am Ende wurde je eine MRT-Aufnahme des Gehirns gemacht. Bei denjenigen der Probanden, die im Laufe der wiederholten Schmerzreizungen eine Sensibilisierung aufwiesen, konnte beim Vergleich der Aufnahmen eine eindeutige Abnahme der Dichte in verschiedenen Bereichen der Großhirnrinde aufgezeigt werden. Dabei waren vor allem Gehirnstrukturen betroffen, die bei der Schmerzverarbeitung eine Rolle spielen.

Bemerkenswert ist, dass die Ergebnisse der Sensibilisierungs-Gruppe denen chronisch Schmerzkranker entsprechen, die ebenfalls keinen Gewöhnungseffekt auf den Schmerz aufweisen und ähnliche Veränderungen im Gehirn aufzeigen.

Weiterführende Studien sollten dementsprechend untersuchen, ob gesunde Probanden, die zur Sensibilisierung auf wiederholte Schmerzreize neigen, auch eine erhöhte Neigung aufweisen, chronische Schmerzen zu entwickeln.

## **Neurologische Rehabilitation: Kasse zahlt erstmals für Digital Health (Digitale Gesundheit)**

Die Deutsche BKK erstattete als erste gesetzliche Krankenversicherung Schlaganfallpatienten eine Digital-Health-Anwendung. Patienten mit kognitiven Defiziten sollen von Trainingsprogrammen für das Gehirn profitieren. Mit dem Online-Gehirntraining entstehe eine einfache und dauerhafte Ergänzung von Schlaganfalltherapien, die nach dem Klinikaufenthalt zum Beispiel auf einem Tablet-Computer zu Hause genutzt werden könne. 2013 wurde das Projekt mit dem AOK-Leonardo-Gesundheitspreis für digitale Prävention ausgezeichnet.

## **Nationales Schmerzforum in Berlin**



Das 1. Nationale Schmerzforum fand auf Einladung der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSG) im September in Berlin statt. Auch das Vorstandsmitglied Heike Norda von SchmerzLOS e. V. war zu der Expertenrunde mit etwa 60 Beteiligten als Patientenvertreterin eingeladen.

Die DSG hat nach den fünfstündigen Beratungen den Eindruck gewonnen, dass alle Beteiligten die kritische Diskussion und das Vortragen der eigenen Hoffnungen und Erwartungen für notwendig erachteten, um auf dieser fundierten Grundlage in den nächsten Monaten weitere Detailgespräche und Beratungen zu führen.

Lesen Sie unter <http://www.dgss.org/nationales-schmerzforum/> weitere Berichte und das Hintergrundmaterial zu diesem Expertenforum.

## Schmerzen tun auch der Wirtschaft weh

Im September fand in Berlin das 1. Nationale Schmerzforum statt. Daran nahmen etwa 60 Experten der maßgeblichen Gesellschaften teil. Auch Patientenvertreter waren geladen. Für SchmerzLOS e. V. nahm Vorstandsmitglied Heike Norda am runden Tisch teil. Alle Beteiligten waren sich einig, dass Schmerz ein Leiden ist, das heute wegen der fehlenden Versorgungsstrukturen vielfach nicht angemessen behandelt werden kann. Patienten mit chronischen Schmerzen haben komplexe Probleme, deswegen sollte dafür gesorgt sein, dass komplexe Behandlungsstrukturen wie Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und der sozialmedizinische Dienst für sie vorhanden sein sollten, sofern ihr Schmerzproblem dies verlangt. Die Regierung antwortete auf eine Anfrage der SPD-Fraktion, dass Schmerzen volkswirtschaftliche Kosten von bis zu 38 Milliarden Euro verursachen. „Es sind schnelle Umsetzungen gefragt“, sagte Prof. Thomas Tölle, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, im Interview mit der Ärztezeitung. Die Patientenvertreter forderten von den anwesenden Politikerinnen und Gesundheitspolitischen Sprecherinnen ihrer Fraktionen Hilde Mattheis (MdB, SPD) und Maria Klein-Schmeink (MdB, Bündnis 90/Grüne) ein konkretes, rasches Handeln. SchmerzLOS e. V. bleibt „am Ball“ und wird die Politiker schriftlich zum schnellen Handeln auffordern. Wir werden Sie weiter informieren.

## Medikamentenpause bei Schmerzmittel-induziertem Kopfschmerz



Viele Kopfschmerz-Patienten kennen das paradoxe Phänomen: Schmerzmittel können bei chronischem Gebrauch ihrerseits Kopfschmerzen auslösen. Nur durch einen Entzug kann die gewünschte schmerzlindernde Wirksamkeit wieder hergestellt werden. Bei Patienten mit einer chronischen primären

Kopfschmerzerkrankung besteht die Gefahr, dass bei zu häufigem Gebrauch von Schmerzmitteln ein Schmerzmittel-induzierter Kopfschmerz auftritt. „Man erkennt diese Entwicklung daran, dass die Kopfschmerzattacken plötzlich immer länger anhalten und eine Dosissteigerung erforderlich ist, um den Schmerz zu lindern“, erklärte Priv.-Doz. Dr. Stephanie Förderreuther, München. Auch treten die Kopfschmerzen dann immer häufiger auf. Der Patient hat das Gefühl, nie mehr einen „klaren Kopf“ zu haben.

Besonders gefährdet, einen Schmerzmittel-induzierten Kopfschmerz zu entwickeln, sind Patienten, die an mehr als 15 Tagen im Monat ein einfaches Schmerzmittel wie ASS, Ibuprofen, Paracetamol oder an mehr als zehn Tagen ein Triptan (ein spezifisches Medikament gegen Migräne), ein Opiat oder ein Kombinationspräparat einnehmen.

Wie Schmerzmittel bzw. Migränemedikamente zu einer Chronifizierung vorbestehender Kopfschmerzen führen, ist bisher wenig bekannt. „Es scheinen neurobiologische Prozesse der Schmerzverarbeitung, aber auch psychologische Faktoren eine Rolle zu spielen“, so Förderreuther. Gerade die gute Wirkung der Triptane führe möglicherweise zu einem beschleunigten Lernprozess des Gehirns, der eine immer häufigere Einnahme zur Folge hat. Nach neueren Untersuchungen führen Triptane in der Tat früher und bereits in geringeren Dosierungen zu einem Schmerzmittel-induzierten Kopfschmerz als andere Substanzen. „Der Übergebrauchskopfschmerz ist aber keine Sucht oder Abhängigkeit wie bei Drogen“, stellte Förderreuther klar.

Bei einem Schmerzmittel-induzierten Kopfschmerz verändert sich das klinische Bild des ursprünglichen Migräne-Kopfschmerzes. Der Kopfschmerz manifestiert sich dann häufig beidseitig, ist weniger stark und auch Begleitsymptome wie Übelkeit, Erbrechen bzw. Licht- und Geräuschempfindlichkeit sind weniger ausgeprägt. „Der Kopfschmerz wird häufig wie eine Mischung aus Migräne und Spannungskopfschmerz oder wie ein chronischer Spannungskopfschmerz empfunden“, erklärte Förderreuther.

Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass durch ein vorübergehendes Absetzen der Akutmedikation eine deutliche Besserung der Kopfschmerzen erreicht werden kann. Auch Migräne-prophylaktisch wirksame Substanzen wie Topiramate oder Botulinumtoxin entfalten beim Medikamenten-Kopfschmerz eine günstige Wirkung. Unverzichtbar ist eine Entzugsbehandlung, die von einer prophylaktischen Therapie begleitet werden sollte. In der Medikamentenpause können Absetz- oder Entzugssymptome auftreten, d. h. der Kopfschmerz wird für einige Tage heftiger, und

auch die vegetativen Begleitsymptome nehmen zu. Diese Symptome klingen innerhalb einiger Tage ab, und danach verspürt der Patient eine deutliche Besserung.

Ein Medikamentenentzug kann ambulant oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden. Die Rückfallquote ist relativ hoch: Innerhalb eines Jahres erleidet jeder dritte Patient einen Rückfall. Deshalb sollten alle betroffenen Patienten nach einem initial erfolgreichen Entzug eine weitere gezielte Kopfschmerzbehandlung mit ihrem Schmerztherapeuten durchführen. „Bei 80% aller Patienten, die es schaffen, die ständige Einnahme von Schmerzmitteln zu beenden, bessert sich der Kopfschmerz ganz erheblich“, berichtete Förderreuther.

## **Patientenversion der wissenschaftlichen Leitlinie „LONTS“ Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen Nicht Tumor- bedingten Schmerzen**

### **Das Wichtigste in Kürze**

Opioidhaltige Schmerzmittel enthalten opiumartige Substanzen. Opium wurde bereits in der Antike zur Behandlung von Schmerzen benutzt. Chronische nicht durch Krebs bedingte Schmerzen sollen **nicht ausschließlich** mit opioidhaltigen Schmerzmitteln behandelt werden. Chronische Schmerzen werden in der Regel durch eine Kombination von physikalischen und medikamentösen und gegebenenfalls auch psychologischen Maßnahmen behandelt. Arzt und Patient sollen gemeinsam entscheiden, ob bei einem chronischen nicht – krebsbedingten Schmerz ein opioidhaltiges oder ein anderes Schmerzmittel oder eine Kombination von verschiedenen Schmerzmitteln eingesetzt wird.

Bei der Behandlung chronischer nicht durch Krebs bedingter Schmerzen sind opioidhaltige Schmerzmittel nicht wirksamer als andere Schmerzmittel. Grundlagen der Entscheidung für oder gegen ein opioidhaltiges Schmerzmittel sind Begleiterkrankungen des Patienten; Gegenanzeigen welche die Anwendung eines Medikamentes bei dem Patienten verbieten; Patientenvorlieben; Nutzen und Schaden bisheriger Therapien und der mögliche Nutzen und Risiken von medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiealternativen.

Opioidhaltige Schmerzmittel sind eine Behandlungsoption für eine 4-12 wöchige Therapie bei chronischen Rückenschmerzen und chronischen Schmerzen bei Gelenkverschleiß, diabetischer Nervenschädigung und nach Gürtelrose. Eine

Langzeitanwendung (länger als 3 Monate) ist bei chronischen Rückenschmerzen, chronischen Schmerzen bei Gelenkverschleiß und chronischen Schmerzen bei Nervenschädigung möglich, wenn der Patient in der Einstellungsphase eine für ihn bedeutsame Schmerzreduktion bei gleichzeitiger guter Verträglichkeit erlebt hat.

Opioidhaltige Schmerzmittel sollen nicht bei Migräne, Spannungskopfschmerzen, chronischen Unterbauchschmerzen der Frau, Reizdarmsyndrom, Fibromyalgiesyndrom (Ausnahme Tramadol), chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und chronischer Bauchspeicheldrüsenentzündung und Schwangerschaft eingesetzt werden. Bei psychischen Störungen, die sich durch chronische Schmerzen äußern (z. B. Depressionen) sollen opioidhaltige Schmerzmittel ebenfalls nicht eingesetzt werden.

Die häufigsten Nebenwirkungen (25-50%) sind Übelkeit, Benommenheit, Verstopfung, trockener Mund, Schwäche, Kopfschmerzen, Juckreiz und vermehrtes Schwitzen. Außer Verstopfung und vermehrtem Schwitzen bilden sich die genannten Nebenwirkungen bei den meisten Patienten nach 2-4 Wochen zurück.

Die Einnahme opioidhaltiger Schmerzmittel kann zu körperlicher Abhängigkeit führen. Opioidhaltige Schmerzmittel machen jedoch bei bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht süchtig.

Die Langzeitanwendung opioidhaltiger Schmerzmittel kann zu sexuellen Störungen (Verlust des sexuellen Verlangens, Zyklusstörungen der Frau) und Impotenz sowie erhöhter Sterblichkeit führen.

Patienten sollen in der Einstellungs- und Umstellungsphase von opioidhaltigen Schmerzmitteln auf das Autofahren und das Bedienen von Maschinen verzichten.

Die Therapie mit opioidhaltigen Analgetika ist schrittweise zu beenden,

wenn in der Einstellungsphase (maximal 12 Wochen) keine für den Patienten bedeutsame Schmerzreduktion erreicht wurde bzw. (aus Patienten- und /oder Arztsicht) bedeutsame und nicht ausreichend therapiebare Nebenwirkungen

LONTS ist eine medizinische Leitlinie, die im September 2014 von der AMWF (Arbeitsgemeinschaft der **Wissenschaftlichen Medizinische Fachgesellschaften**) angenommen wurde. Erarbeitet wurde sie unter Federführung der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSG). An der Erarbeitung beteiligt waren Patientenvertreter von SchmerzLOS e. V. und der Rheumaliga. Es handelt sich um eine sog. S3-Leitlinie, also die höchste Klassifizierung, die eine AMWF-Leitlinie erreichen kann.

auftreten, während der weiteren Behandlung keine bedeutsame Schmerzreduktion mehr erreicht wird bzw. (aus Patienten- und /oder Arztsicht) bedeutsame und nicht ausreichend therapiebare Nebenwirkungen auftreten, eine für den Patienten bedeutsame Schmerzreduktion durch andere medizinische Maßnahmen (z.B. Operation, ausreichende Behandlung des Grundleidens) oder physiotherapeutische oder physikalische oder psychotherapeutische Maßnahmen erreicht wird, der Patient die rezeptierten opioidhaltigen Analgetika missbräuchlich verwendet (z. B. um sich zu berauschen).

## **Geplante PKW-Maut bedroht Nachteilsausgleich behinderter Menschen**

Zur aktuellen Debatte über die geplante PKW-Maut erklärte SoVD (Sozialverband Deutschland)-Präsident Adolf Bauer:

„Für rund 500.000 schwerbehinderte Menschen in Deutschland könnte sich die geplante PKW-Maut folgeschwer auswirken. Denn die Betroffenen sind von der KfZ-Steuer voll- oder teilbefreit und hätten damit das Nachsehen, wenn die Bundesregierung diese Steuer als Ausgleich zur Maut senkt. Den bisher geltenden Nachteilsausgleich für schwerbehinderte Menschen über diesen Weg stillschweigend zu kassieren, wäre unverantwortlich. Eine Klarstellung durch das Bundesverkehrsministerium wäre jetzt das richtige Signal. Es muss rechtzeitig eine praktikable Lösung auf den Tisch, zum Beispiel eine Befreiung von der PKW-Maut für schwerbehinderte Menschen.“

## **Kniearthrose: Spritzen und Arthroskopie bewirken wenig**

Schmerzen und eingeschränkte Beweglichkeit sind typische Beschwerden bei der Kniearthrose. Im „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung kommen einige der häufig eingesetzten Behandlungsverfahren nicht gut weg.

Gelenkspiegelungen mit Spülungen lindern die Beschwerden nur wenig. Gleiches gilt für Injektionen in das Gelenk mit Hyaluronsäure und Kortikoiden. Der Effekt von solchen Cortison-Injektionen wird als geeignete Maßnahme eingestuft, sofern sie für eine kurzfristige Schmerzbekämpfung eingesetzt werden. Hyaluronsäure-Injektionen haben nur einen unsicheren Empfehlungsgrad. Gering bis mäßig positive Effekte auf die Schmerzsituation und die Beweglichkeit haben sich zwar in einigen Studien nachweisen lassen. Die Resultate von Metaanalysen sind aber widersprüchlich. Deswegen sollten Patienten bei Angeboten für solche Injektionen, die als sog. Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten werden, und vom Patienten selbst zu zahlen sind, genau abwägen. Es besteht bei Injektionen in ein Gelenk immer ein gewisses Infektionsrisiko.

# 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

Am Waldrand 9a  
 23627 Groß Grönau  
 fon 04509 – 879 308  
 fax 04509 – 879 309  
 info@schmerzlos-ev.de  
 www.schmerzlos-ev.de

## Vorstand

Hartmut Wahl (Vorsitzender)  
 Heike Norda (stv. Vorsitzende)

SchmerzLOS e.V. ist als gemeinnützige Patientenorganisation frei von wirtschaftlichen Interessen und darum unabhängig von pharmazeutischen Wirtschaftsunternehmen. Wir finanzieren uns durch Mitgliedsbeiträge, private Spenden und Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherung und dem Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein

Wenn Sie uns unterstützen wollen, dann können Sie das mit einer Spende tun:

### Unser Spendenkonto:

VR-Bank ABG-Land eG BLZ: 830 654 08 Konto-Nummer: 4750 187  
 IBAN: DE 7883 0654 0800 0475 0187 BIC: GENODEF1SLR

## Oder werden Sie Mitglied.

Ich möchte Mitglied bei SchmerzLOS e.V. werden.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Ich erteile eine Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (mind. 30 €)

Name der Bank \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

### Drei Gründe für Ihre Mitgliedschaft

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

\* freiwillige Angaben

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der elektronischen Speicherung Ihrer Daten für satzungsgemäße Zwecke zu. SchmerzLOS e.V. verpflichtet sich zur Einhaltung der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.