

SchmerzLOS

AKTUELL

2/2018



»I have a dream«
Visionen eines optimalen
Umgangs mit Schmerzen

Pilates lindert
Kreuzschmerzen

Hauptstadt-Selbsthilfe
trifft Selbsthilfe Bund

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

heute möchte ich Sie einladen, einmal zu träumen. Von unseren Behandlern hören wir oft, dass der Wunsch, komplett schmerzfrei zu werden, bei den meisten Schmerzpatienten unrealistisch ist. Dann träumen wir doch stattdessen mal von einem optimalen Versorgungssystem für Schmerzpatienten. Schließen Sie die Augen – und überlegen Sie einmal, was sich ändern muss, damit die Versorgung für Schmerzpatienten und auch für unsere Therapeuten optimal wird. Richtig: Fast alles muss sich ändern! Lesen Sie dazu mehr in unserem Artikel „I have a dream“. Der Vorstand von UVSD SchmerzLOS e. V. ist davon überzeugt, dass die Wünsche nur Chancen haben, wenn wir alle an einem Strang ziehen. Lassen Sie es uns anpacken, unterstützen Sie die starke Gemeinschaft aktiver Schmerzpatienten von UVSD SchmerzLOS e. V., werden Sie Mitglied und bringen Sie sich aktiv in unsere Arbeit mit ein! Nur so können wir unsere Welt zum Positiven verändern. Wenn jeder denkt, der andere wird es schon richten, haben wir verloren. John F. Kennedy sagte: „Frage nicht was dein Land für dich tun kann, sondern was du für dein Land tun kannst!“ Umgedeutet auf uns Schmerzpatienten bedeutet das: „Frage nicht (nur) danach, was andere für mich tun können, sondern was ich für die Gemeinschaft tun kann.“ Wie in der Schmerztherapie, in der Schmerzpatienten lernen müssen, für ihre Befindlichkeit ein Stück weit verantwortlich zu sein, sollten sie unserer Meinung nach auch lernen, für eine bessere Versorgung zu kämpfen.

Gleichzeitig hier auch unser dickes Dankeschön an alle Aktiven / Ehrenamtlichen bei UVSD SchmerzLOS e. V. Lesen Sie in diesem Heft, welche tollen Aktionen Mitglieder des Vereins gestartet haben. Danke auch für jeden, der sich in unseren Selbsthilfegruppen einbringt.

Bitte beteiligen Sie sich auch an den vielfältigen Aktionen zum Aktionstag gegen den Schmerz am 5. Juni! Auf unserer Website lesen Sie, an welchen Aktivitäten die Selbsthilfegruppen von UVSD SchmerzLOS e. V. beteiligt sind.

Ein gutes und anregendes Leseerlebnis wünscht Ihnen
Ihre / Eure

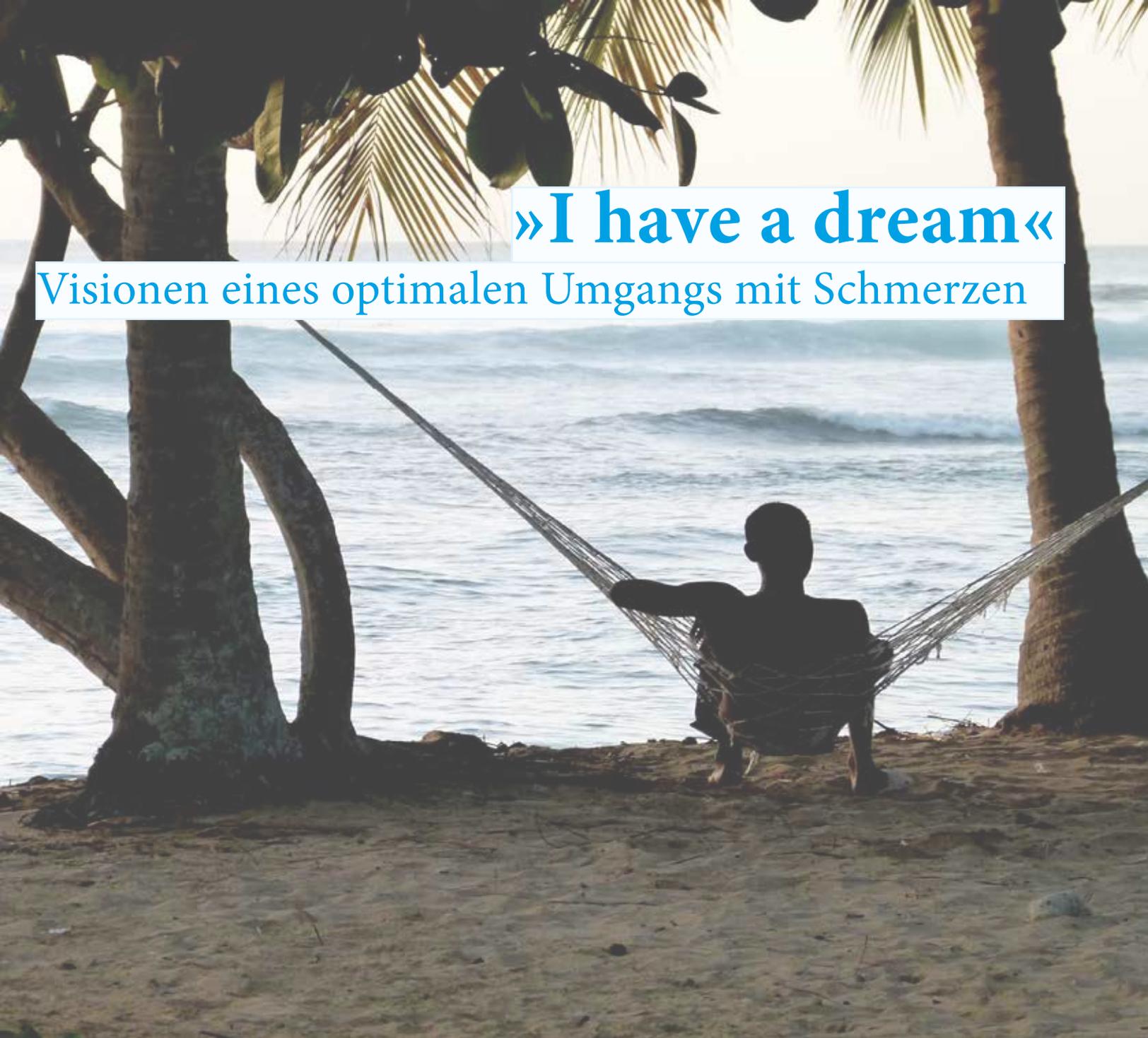


Heike Norda
1. Vorsitzende



Inhalt

»I have a dream« - Visionen eines optimalen Umgangs mit Schmerzen	3
FORTA-Liste, die richtigen Schmerzmittel für Senioren	4
Kein Nutzen von Opioiden gegen Rücken- und Arthroseschmerz	6
Bericht einer Selbsthilfegruppe über Schmerzmedikamente	7
Selbsthilfe wirkt: Stimmen der Selbsthilfe	8
»Bewegung und Ruhe im Wechsel - Ich brauche beides«	9
Mitgliederversammlung von UVSD SchmerzLOS e.V.	10
Hauptstadt-Selbsthilfe trifft Selbsthilfe Bund	11
Gut in der Gemeinschaft aufgehoben	12
Eine Schmerzgeschichte	13
Mona - die Geschäftsstellenkatze berichtet	14
Ergotherapie - Üben für den Alltag	15
Die Psychisch-funktionelle Methode in der Ergotherapie bei Schmerzpatienten	16
Pilates lindert chronische Kreuzschmerzen	17
Welche Therapieziele haben Schmerzpatienten?	19
Schwer-in-Ordnung-Ausweis	20
Impressum	22
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit	23
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	24



»I have a dream«

Visionen eines optimalen Umgangs mit Schmerzen

Martin Luther King benutzte die Vision „I have a dream“ 1963, um auf Missstände aufmerksam zu machen und seinen Träumen von Freiheit und Gleichheit Ausdruck zu verleihen.

Lassen wir doch heute einmal unsere Träume als Schmerzpatienten sprechen.

In unseren visionären Träumen, also in einem optimalen Versorgungssystem, ist jeder Hausarzt schmerzmedizinisch so gut geschult, dass er akute Schmerzen

adäquat behandelt. Damit können vielfach Chronifizierungsprozesse vermieden werden. Eine Zusammenarbeit mit einem Schmerzexperten ist dadurch seltener nötig, kann aber zeitnah vom Hausarzt hergestellt werden, da alle ärztlichen Berufsgruppen eng vernetzt arbeiten und sich häufig austauschen. Unsere Hausärzte beherrschen den Umgang mit stark wirksamen Schmerzmitteln, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen und können somit nicht nur chronische Schmerzpatienten behandeln, sondern auch

die ambulante Versorgung von Palliativpatienten übernehmen. Schmerzkonferenzen finden viel öfter statt und unter Einbeziehung unserer Hausärzte. Wenn ein Patient seit mehr als drei Monaten Schmerzen hat, treffen sich alle behandelnden Ärzte und Berufsgruppen mit dem Patienten, um gemeinsam ein Behandlungskonzept für diesen Patienten zu erarbeiten. In das Behandlungskonzept sind neben Psychologen auch Sozialarbeiter eingebunden, denn wir Patienten werden als ganze Menschen angesehen. Nicht nur

die kranken, schmerzenden Körperteile zählen; jeder Mensch wird ganzheitlich betrachtet und auch ganzheitlich behandelt.

Es gibt keine Wartezeiten in diesem System, weder für eine Schmerztherapie noch für eine psychologische oder eine physiotherapeutische Therapie. Gesetzliche und private Krankenversicherer sowie andere Kostenträger, z. B. die Berufsgenossenschaften, übernehmen anstandslos die Kosten für alle Formen wissenschaftlich anerkannter Schmerztherapien. Unsere Ärzte dürfen ohne Beschränkungen und Regressangst das verordnen, was für den jeweiligen Patienten angemessen ist. Ein Austausch von verordneten Medikamenten aufgrund von Rabattverträgen der Krankenkassen findet nicht statt.

Wenn wir an einem Arbeitsplatz eingesetzt werden, wird selbstverständlich individuell unsere

Belastbarkeit mit berücksichtigt. Teilzeitarbeit ist bei jedem Arbeitgeber möglich. Chronische Schmerzen sind in die Versorgungsmedizin-Verordnung aufgenommen, so dass Schmerzpatienten mit an anderen Krankheiten Erkrankten gleichgestellt sind und ebenso wie diese einen Grad der Behinderung und damit, bei schweren Beeinträchtigungen, eine Schwerbehinderung zugesprochen bekommen können.

Ehrenamtliches Engagement, das viele Schmerzpatienten z. B. bei der UVSD SchmerzLOS e. V. leisten, wird vom Staat finanziell honoriert, z. B. durch Einkommenssteuerfreibeträge oder durch kostenfreie Fahrkarten für den Nahverkehr oder anderes.

Bei der Ausbildung von Medizinern, aber auch von medizinischem Fachpersonal, sind umfassende Informationen über akute Schmerzen, Chronifizierungsprozesse sowie Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen wich-

tig und prüfungsrelevant.

Mit den Selbsthilfegruppen wird von Seiten der Behandler kollegial zusammen gearbeitet. Die Gründung neuer Selbsthilfegruppen wird unterstützt, und Patienten werden auf die Möglichkeiten, die Selbsthilfegruppen bieten, hingewiesen. Geeignete und erfahrene Schmerzpatienten werden regelmäßig im Rahmen der stationären, aber auch der ambulanten Therapiesettings eingeladen, um neu Erkrankten die Möglichkeit zu bieten, sich mit erfahrenen Schmerzpatienten zu auszutauschen und so auch Zukunftsängste loszuwerden.

Patienten und Behandler engagieren sich bei UVSD SchmerzLOS e. V. Forschungsprojekte werden von staatlicher Seite finanziert, damit die Ergebnisse nicht durch wirtschaftliche Interessen beeinflusst werden und um die Forschung zugunsten des Patientenwohls voranzutreiben. ■

FORTA-Liste

Die richtigen Schmerzmittel für Senioren

Bei älteren Menschen stammen chronische Schmerzen häufig aus dem muskuloskelettalen System. Es gibt nur wenige infrage kommende Wirkstoffe, die möglichst viel Schmerz nehmen und potenziell möglichst wenig schaden.

Paracetamol hat zwar eine große therapeutische Breite, eignet sich jedoch eher für leichte Schmerzzustände. Allerdings geriet Paracetamol als leberschädigendes Mittel in die Schlagzeilen. Dieser Arzneistoff kann die Leber an-

greifen, wenn man ihn deutlich überdosiert, Lebererkrankungen hat, zu lange einnimmt oder andere Medikamente anwendet, die den Abbau von Paracetamol beeinflussen. Abbauprodukte von Paracetamol können zu einem Untergang von Lebergewebe führen, was möglicherweise lebensgefährlich ist.

Metamizol (Handelsnamen z. B. Novalgin oder Novaminsulfon) ist gut verträglich und wird häufig verordnet, sollte aber wegen möglicher bedrohlicher Blutbild-

veränderungen engmaschig per Blutbild kontrolliert werden. Bei Störungen der Blutbildung darf Metamizol nicht verordnet werden.

NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika)

NSAR sind wegen ihrer gastrointestinalen (den Magen-Darm-Trakt betreffenden Nebenwirkungen) und die Nierenfunktion verschlechternden Effekte zur Dauertherapie bei älteren Patienten ungeeignet. Ein bekanntes NSAR ist Ibuprofen.

NSAR verursachen häufig Müdigkeit und Schwindel und erhöhen damit das Sturzrisiko. Sie begünstigen außerdem das Auftreten eines Delirs. Auch Cox-2-Hemmer (eine andere Gruppe entzündungshemmender Arzneimittel) würden für ältere Patienten nicht mehr als vorteilhafter angesehen als nichtselektive NSAR, schreiben Professor Martin Wehling

Positiv-/Negativliste altersprobter Medikamente, die mit "A" wie "absolut geeignet" bis "D" wie "Don't!", also ungeeignet, bewertet werden – und zwar indikationsbezogen.

Paracetamol bekommt auf dieser Liste ein "A" – wengleich oben erwähnte Einschränkungen gelten, NSAR erhalten ein "D". Bei

tanz noch anhalten. Das geringste delirogene Risiko wird derzeit Oxycodon, Tilidin/Naloxon und Buprenorphin zugestanden. "Sie wären daher die Opiate der ersten Wahl bei älteren Patienten."

Das FORTA-Expertengremium gab den Opioiden Buprenorphin, Oxycodon und Hydromorphon ein "B" wie "Benefit". Die Bewer-



Die Auswahl der betäubungsmittelhaltigen Medikamente (Opiode) richtet sich hauptsächlich nach der Handhabbarkeit und dem Nebenwirkungen

und Privatdozent Heinrich Burkhardt vom Zentrum für Gerontopharmakologie in Mannheim in ihrem Buch "Arzneitherapie für Ältere". Die sog. selektiven COX-2-Hemmer, auch Coxibe genannt, wurden mit dem Ziel entwickelt, die unerwünschten Wirkungen im Verdauungstrakt, aber auch das Risiko für einen Asthmaanfall und Blutungskomplikationen gegenüber den älteren NSAR zu verringern.

Wehling hat zusammen mit Geriatern das FORTA (Fit for the Aged)-Konzept entwickelt, eine

tumor- oder muskuloskelettalen Schmerzen bleiben unter Umständen sehr schnell nur die Opiode übrig – in der FORTA-Liste mit "B" oder "C" bewertet.

Die Auswahl der betäubungsmittelhaltigen Medikamente (Opiode) richtet sich hauptsächlich nach der Handhabbarkeit und dem Nebenwirkungsspektrum. Problematisch sind in dieser Hinsicht die Verstopfung, der delirogene Effekt und die "mitunter kräftig ausgeprägte Sedierung". Ein Delir kann selbst Tage und Wochen nach Absetzen der Subs-

tung "C" erhielten Tilidin/Naloxon, Oxycodon/Naloxon und Morphin. "C" steht für Medikamente mit bei älteren Patienten eher ungünstigem Nutzen-Risiko-Verhältnis.

Letztlich bleibt es eine Einzelfallentscheidung, die Wirkstärke, Wirkdauer, unerwünschte Wirkungen und praktische Aspekte der Therapie einbezieht. So hat Tilidin/Naloxon ("C") kaum einen sedierenden Effekt, Buprenorphin ("B") dagegen schon.

Quelle: Ärztezeitung online

Kein Nutzen von Opioiden gegen Rücken- und Arthroseschmerz

Ein umstrittenes Thema unter Experten ist, ob Patienten mit schweren chronischen muskuloskeletalen Schmerzen über einen längeren Zeitraum Opioide erhalten sollten. Die deutsche S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ (LONTS) gibt für solche Fälle eine Kann-Empfehlung. Hiernach „können“ opioidhaltige Analgetika „als eine Therapieoption für eine Dauer von 4–12 Wochen angeboten werden“. Für chronische Rückenschmer-

sich eine Therapiestrategie mit und ohne Opioide über ein Jahr hinweg auf das Befinden von Patienten auswirkt, die an chronischen Rückenschmerzen oder Arthroseschmerzen in Knie- oder Hüftgelenk leiden. Von den 240 Teilnehmern blieben 234 bis zum Schluss dabei. Davon erhielten je die Hälfte Opioide in einem dreistufigen Schema oder eine ebenfalls dreigestufte Nicht-Opioidmedikation.

Ein entscheidender Vorteil der Opioidmedikation war nach ei-

wurde mit Blick auf die Funktionalität in beiden Gruppen ähnlich erreicht. Bezogen auf die Schmerzen gelang eine Linderung dieses Ausmaßes bei 54% der Patienten unter Nichtopioiden und 41% der Patienten unter Opioiden.

Medikationsbedingte stationäre Aufenthalte oder Besuche in der Notaufnahme sowie Stürze ereigneten sich unter einer Opioidmedikation signifikant häufiger als unter Nichtopioiden. Nur hinsichtlich einer Angstsymptomatik waren Opioide leicht überlegen.



Eine Arbeitsgruppe um Erin Krebs von der University of Minnesota Medical School hat im Zuge einer Studie verglichen, wie sich eine Therapiestrategie mit und ohne Opioide über ein Jahr hinweg auf das Befinden von Patienten auswirkt.

zen wird zur Überprüfung der Medikation nach spätestens drei Monaten geraten. Bei Ausbleiben der gewünschten Schmerz- bzw. Funktionsverbesserung gilt die Fortsetzung der Opioidgabe als kontraindiziert.

Eine Arbeitsgruppe um Erin Krebs von der University of Minnesota Medical School hat im Zuge einer Studie verglichen, wie

nem Jahr nicht festzustellen. Weder waren die Patienten in dieser Gruppe in ihren Alltagsaktivitäten weniger eingeschränkt, noch hatten sie weniger Schmerzen. Im Gegenteil: Auf einer Schmerzskala von 0 bis 10 fiel der Schmerzgrad in der Nichtopioidgruppe im Mittel sogar signifikant niedriger aus. Eine Besserung der Beschwerden um mindestens 30% gegenüber dem Ausgangswert

Das Fazit, das Krebs und Kollegen angesichts dieser Befunde ziehen, fällt eindeutig aus: „Opioide zeigten bei Patienten mit chronischen Rücken- bzw. arthrotischen Knie- oder Hüftgelenksschmerzen keinerlei Vorteil gegenüber einer nichtopioidalen Medikation, der das höhere Schadensrisiko aufwiegen könnte.“

Quelle: Springer Medizin

Bericht aus einer Selbsthilfegruppe über Schmerzmedikamente

Frau Prof. Petra Saur, Chefarztin der Abteilung Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie der SANA-Kliniken in Lübeck, referierte im Februar in der Selbsthilfegruppe Lübeck.

Das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine Klassifizierung für den Einsatz von Schmerzmedikamenten. Zur Stufe 1 gehören u.a. Aspirin, Diclofenac, Ibuprofen, Paracetamol, Novalgin und Arcoxia. Stufe 2 sind schwache Opioide wie z. B. Tramadol und Tilidin. Stufe 3 umfassen die stark wirksamen

nommen werden. Reicht das auch nicht aus, muss das Mittel von Stufe 2 weggelassen werden und von Stufe 3 eines hinzugenommen werden.

Die Medikamente von Stufe 1 haben im Gegensatz zu den Medikamenten von Stufe 2 und 3 zusätzlich eine andere entzündungshemmende und fiebersenkende Wirkung, bis auf Novalgin und Paracetamol, die nicht entzündungshemmend wirken. Erfahrungsgemäß wirken bei Nervenschmerzen die meisten Medikamente der Stufe 1 nicht. Novalgin kann allerdings bei manchen Patienten mit Nerven-

wirkstoffgleiches, möglicherweise günstigeres, ersetzen. Dabei erhält der Patient zwar die gleichen Wirkstoffe mit aber vielleicht anderer Bioverfügbarkeit. Deswegen sollten Patienten mit dem verordnenden Arzt besprechen, wenn sie ein Austauschmedikament nicht so gut vertragen.

Außer den Schmerzmitteln der 3 Stufen der WHO gibt es auch noch andere, die ebenfalls eingesetzt werden, zum Beispiel Lyrica (Wirkstoff Pregabalin), das eigentlich ein Anti-Epileptikum ist, aber auch nervenberuhigend und angstlösend wirkt. Amitriptylin, ein

Stufe I	Nichtopioidanalgetika ± Adjuvanzien	Metamizol, Diclofenac, Naproxen, Ibuprofen, Paracetamol
Stufe II	schwache Opioide ± Nichtopioidanalgetika ± Adjuvanzien	Tramadol, Dihydrocodein
Stufe III	starke Opioide ± Nichtopioidanalgetika ± Adjuvanzien	Buprenorphin transdermal, Fentanyl transdermal, Hydromorphon oral, Morphin oral, Oxycodon oral

Aufgaben für spezielle Schmerz- und Palliativzentren

Stufe IV	starke Opioide interventionelle/operative Verfahren	rückenmarksnahe Applikation; z.B. Coeliacus-Neurolyse
----------	--	--

WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen

Opioide wie z. B. Palexia und Oxygesic. Medikamente aus den Stufen 2 und 3 können eine Abhängigkeit erzeugen.

Die WHO empfiehlt, dass immer mit Stufe 1 begonnen wird. Wenn das nicht ausreicht, muss ein Medikament von Stufe 2 dazu ge-

schmerzen erfolgreich als Bedarfsmedikation eingesetzt werden.

Ärzte dürfen nicht mehr ohne weiteres das sog. „Aut-Idem-Kreuz“ setzen. Damit bekommt der Patient das verordnete Präparat, die Apotheke darf es dann nicht mehr durch ein anderes,

Antidepressivum, wirkt schmerzlindernd. Flupirtin oder Ortoton wirken muskelentspannend. Flupirtin darf allerdings nicht mehr bei chronischen Schmerzen verordnet werden.

Nebenwirkungen
Viele Medikamente können die

Leber und die Nieren belasten. Diclofenac und Ibuprofen können Magenprobleme auslösen. 90 Prozent der Patienten bekommen eine Magenschleimhautentzündung, auch wenn keine Schmerzen damit einhergehen. Daher sollten diese Medikamente auf begrenzte Zeit zum Essen und ein Magenschutzmittel dazu eingenommen werden.

Paracetamol wird eher von der Leber als von den Nieren abgebaut, wirkt aber nicht entzündungshemmend. Es ist das „schwächste“ Schmerzmedikament und kann die Leber schädigen. Novalgin (Wirkstoff Metamizol) kann z.B. Asthma, einen schweren allergischen Schock oder eine Störung der Blutbildung auslösen. Arcoxia, Diclofenac und Ibuprofen können einen Herzinfarkt oder Schlaganfall auslösen. Deswegen sollte bei längerer Einnahme alle 3 Monate ein EKG geschrieben werden.

Opiate können bei hoher Dosierung u.a. Atemstillstand, Übelkeit,

Erbrechen, Verstopfung und Haarausfall verursachen. Sie wirken gegen manche Schmerzen nicht, z.B. helfen Opiate nicht bei Fibromyalgie. Da sie schnell euphorisierend und stimmungsaufhellend wirken, machen sie häufiger süchtig.

Amitriptylin macht müde und kann Herzrhythmusstörungen verursachen. Lyrica kann zu Wassereinlagerungen führen. In den USA ist dies das am zweithäufigsten süchtig machende Medikament unter den legalen Mitteln. Auf dem ersten Platz findet sich Oxygesic (Wirkstoff Oxycodon). Es gibt Menschen, bei denen schneller ein analgetischer Wirkverlust empfunden wird, so dass meistens eine Dosissteigerung vorgenommen wird. Diese kann in einen Fehlgebrauch dieser Medikamente einmünden.

Ärzte unterscheiden zwischen nicht retardierten Medikamenten, bei denen die Wirkung schnell eintritt. Wenn die Wirkung lange anhalten soll, werden retardier-

te Wirkstoffe verschrieben, bei denen die Wirkdauer über einen längeren Zeitraum anhält. Hier ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung durch einen langsameren Spiegelanstieg des Medikaments und ausbleibenden oder geringeren „Kick“ geringer.

Zur Studienlage von Cannabis
Die Wirkung von Cannabinoiden wird über das körpereigene Cannabinoidrezeptorsystem vermittelt und ist leider noch nicht wirklich gut wissenschaftlich untersucht. Teilweise profitieren Patienten deutlich von Cannabis-Präparaten, jedoch ist die seit der teilweisen Legalisierung dieser Wirkstoffgruppe entstandene Euphorie sicher nicht gerechtfertigt. Die Neben- und Wechselwirkungen sind nicht annähernd zufriedenstellend klar. Belegt ist, dass es gut wirkt bei einer spastischen Form von Multipler Sklerose (MS), einer entzündlichen Erkrankung des Zentralen Nervensystems.

SHG Lübeck 1

Selbsthilfe wirkt: Stimmen der Selbsthilfe

Erfahrungsberichte aus Selbsthilfegruppen

"Hier habe ich wertvolle Kontakte geknüpft", "die Gruppe gibt mir Gelassenheit", "wir sind ein eingeschworenes Team" – viele Menschen finden in Selbsthilfegruppen Geborgenheit, Anteilnahme und Hilfe für die Bewältigung ihres Alltags.

NAKOS hat Erfahrungsberichte aus Selbsthilfegruppen zusammengestellt. Sie wurden von den unterschiedlichsten Menschen verfasst und zeigen alle eines: Selbsthilfe wirkt!

Hier finden Sie diese Erfahrungsberichte:

<https://www.nakos.de/informationen/praxiswissen/erfahrungsberichte/>



„Bewegung und Ruhe im Wechsel - Ich brauche beides!“



Sabine Pump,
Leiterin der Selbsthilferuppe Lübeck I

Sabine Pump von der Selbsthilfegruppe SchmerzLOS in Lübeck über ein Leben mit Schmerzen, über „das Problem“, mögliche Lösungen, und wie sie sich - und vielen anderen Betroffenen - zu helfen weiß.

Frau Pump, wann und wie fing das an mit Ihren Rückenschmerzen?

Wahrscheinlich ist vieles geerbt. Ich bin schon mit 21 Jahren das erste Mal zur Reha und hatte im Prinzip mein ganzes Leben lang mit Schmerzen zu tun. Und im Alter wird's nicht besser (lacht)!

Sie haben sich eine bewundernswerte, positive Einstellung bewahrt. Wie machen Sie das? Was verschafft Ihnen Linderung?

Ganz wichtig ist für mich Entspannung. Mir helfen verschiedene CDs: mal meditative Klänge, mal Tiefensuggestion – manchmal 15 Minuten, manchmal eine halbe Stunde. Kopfhörer auf, und dann entspannt sich mein ganzer Körper. Sich fallen lassen ist wichtig. Wärme ist wichtig, Bewegung ist aber genauso wichtig!

Also eine Balance aus „seelischen“ und körperlichen Maßnahmen?

Unbedingt. Ich mache schon seit 20 Jahren Krafttraining für den Rücken, weil ich das einfach brauche für die Muskulatur. Bewegung und Ruhe im Wechsel – ich brauche beides. Ein drittes Element bleibt eine gute Behandlung. Ich habe seit Jahren eine ganz tolle Physiotherapeutin, die mich einmal in der Woche „massakriert“ (lacht). Also da muss ich immer ganz tief Luft holen; aber ich weiß, dass es mir guttut. Man kann nicht alles alleine machen – und an manche Stellen kommt man eben einfach nicht ran!

Nutzen Sie in solchen Fällen zu Hause spezielle Hilfsmittel?

Na klar! Im Alltag benutze ich oft eine Variante der Faszienrolle, sogenannte Duobälle, damit kriege ich akute Schmerzen oft ziemlich gut in den Griff.

Wie kann es eigentlich sein, dass auch nach Jahrzehnten und Erfahrungen mit buchstäblich Millionen Betroffenen kein „flächendeckender“ Fortschritt bei der Behandlung von Rückenschmerzen erzielt wird?

Das hat bestimmt viele Gründe, ich habe allerdings nach all den Jahren persönlicher Erfahrung und direktem Kontakt mit Betroffenen eine überraschend kurze Antwort: Die Ärzte haben nicht genug Zeit. Beim Orthopäden wird nicht mehr viel geredet – und noch weniger zugehört.

Außerdem gibt es schlicht und einfach viel zu wenige echte Schmerztherapeuten. Das weiß auch jeder, da gibt's Studien ohne

Ende. Trotzdem müssen Schmerztherapeuten viele Weiterbildungsmaßnahmen selbst bezahlen, und am anderen Ende können sie vieles nicht abrechnen. Die werden ja oft fast bestraft für ihr Engagement, dabei ist allen Seiten völlig klar: Wer zu einem richtigen Schmerztherapeuten geht, der hat wirklich schon jahrelang Schmerzen und braucht eine richtige Therapie. Trotzdem gibt es das viel zu wenig, das ist ein großes Manko in Deutschland. Falsch gelegen, verhoben, krumm gesessen – „ein bisschen Rückenschmerzen“ hat wohl jeder manchmal.

Nach dem Motto „Ach, morgen geht's wieder“ ignorieren wir das meiste. Andererseits fangen auch die längsten Leiden oft mit einem kleinen „Zipperlein“ an. Wie können wir wissen, ab wann es sich worum handelt?

Ganz heikle Frage. Weil es individuell so unterschiedlich sein kann. Als Erstes würde ich sagen, man sollte möglichst viel selbst machen, das heißt Bewegung, Sport, Ernährung – man kann unglaublich viel selbst machen, man muss nicht gleich Medikamente nehmen. Wenn es schlimm ist – und schlimm bleibt –, muss man das natürlich abklären lassen. Am besten erst mal vom Hausarzt. Nicht gleich zum Orthopäden! Der Hausarzt kennt Sie und kann schon mal einiges ausschließen, ob zum Beispiel eine Arthrose vorliegt. Wenn Sie mit Rückenschmerzen zum Arzt gehen und der zeigt Ihnen ein Röntgenbild und empfiehlt, sich möglichst schnell operieren zu lassen – da wäre ich vorsichtig. Da gilt wie immer die alte Regel: Immer eine zweite Meinung einholen.

Erzählen Sie von Ihrer Arbeit bei der SchmerzLOS Selbsthilfegruppe in Lübeck. Was ist da los? (lacht) Da ist ziemlich viel los! Ich leite inzwischen schon zwei Gruppen, weil mit mehr als zehn Teilnehmern einfach das Vertrauensverhältnis leidet, das da entsteht und ganz entscheidend ist. Da kommen nicht nur von Rückenschmerzen Betroffene, sondern allgemein chronische Schmerzpatienten, die dort in einer vertrauten, geschützten Umgebung über ihre Beschwerden reden können. Denn es ist oft so, dass Familie, Freunde und Partner es „einfach nicht mehr hören“ wollen oder es fehlt einfach das Verständnis, weil man es ja auch nicht jedem ansieht, der starke Schmerzen hat. Da wird natürlich viel versteckt. Andererseits muss man auch verstehen, wie es andere belasten kann.

Man will ja auch –gerade die Liebsten nicht immer damit „nerven“, wie schlecht es einem geht. Ganz genau. Viele ziehen sich dadurch ganz weit zurück, und das kann es ja auch nicht sein. In der Gruppe erzählen wir ganz offen von positiven und negativen Er-

fahrungen, und das gibt so viel Kraft! Sich auszutauschen und zu sehen, dass man nicht alleine ist, ist ganz wichtig.

Es wird mehr geredet als gedehnt und gestreckt?

Absolut. Wir sind ja auch gar nicht da, um Arzt oder Behandlung zu ersetzen. Offiziell treffen wir uns einmal im Monat, aber da ist inzwischen so viel Kontakt, man geht Kaffee trinken und so, das ist einfach toll! Insofern lenkt mich diese „Arbeit“ auch von meiner Krankheit ab, ich glaube, das geht uns in den Gruppen allen so.

Rückenschmerzen verursachen Jahr für Jahr nur in Deutschland fast 30 Milliarden Euro Kosten allein aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Müsste da nicht allen Seiten – und sei es aus finanziellen Gründen – an einer schnellen Verbesserung der Lage gelegen sein?

Das ist es ja. Die Krankenkassen zahlen lieber teure Rücken-OPs und Schmerzmittel, bevor sie zum Beispiel ein Dauerrezept für meine manuelle Therapie übernehmen. Dabei hilft mir das seit Jahren! Einerseits werden teuerste

Methoden angeboten, von denen man gar nicht unbedingt überzeugt ist – andererseits wird aufs „Budget“ verwiesen, wenn es um langfristige, tatsächliche Hilfen geht. Diese Erfahrung machen leider die meisten Betroffenen.

Wie bitte? Der naheliegende, „zwischenmenschliche“ Ansatz würde nicht nur mehr nützen, sondern auch weniger kosten?

In vielen Fällen, ja klar! Wenn mehr spezialisierte Ärzte mehr Zeit hätten, würden mehr Beschwerden genauer erkannt und besser kommuniziert. Insgesamt wüssten mehr Patienten besser Bescheid und könnten selbst aktiv werden. Das kann einfach öfter mal schwimmen oder spazieren gehen sein, mit Yoga anfangen, sich mit anderen Betroffenen austauschen, ganz verschieden – wir sind alle Menschen! Also ich bin jedenfalls mehr als mein – ziemlich schlimmes – Röntgenbild (lacht)! Wenn ich danach gehen würde, hätte ich mich schon so oft operieren lassen müssen!

*Autor: Mathias Bünte
Quelle: MEDIAPLANET VERLAG
DEUTSCHLAND GMBH*

Mitgliederversammlung von UVSD SchmerzLOS e. V.

Im April fand die jährliche Mitgliederversammlung statt, diesmal in Berlin. Der Vorstand stellte die Aktivitäten des Vereins vor. Über verschiedene Anträge wurde diskutiert. Mit großer Mehrheit wurde beschlossen, dass Selbsthilfegleiter/innen, wie sie ab sofort in den Richtlinien von UVSD SchmerzLOS e. V. genannt werden sollen, eine Ehrenamtszuschale vom Verein bekommen können, wenn sie die auf der MV beschlossenen Richtlinien anerkennen. „Dadurch können wir nun unsere bisher schon erfolgreiche Arbeit mit den Selbsthilfegruppen, die sich unserem Verein angeschlossen haben, noch intensivieren und erstmals auch das Engagement unserer vielen Ehrenamtlichen belohnen“, sagte die Vorsitzende Heike Norda nach der Versammlung. Die Anwesenden machten Vorschläge, wie beispielsweise die Mitgliederwerbung verstärkt werden kann. Zukünftig kann man beispielsweise eine Vereinsmitgliedschaft verschenken.

Hauptstadt-Selbsthilfe trifft Selbsthilfe-Bund

Eine intensive, vielversprechende Koalition!

Unter diesem Motto stand ein Treffen der Selbsthilfegruppen-Begleiter/innen Ende April in Berlin. Martina



Schwester Anne erklärt das Anlegen einer Ingwerwickel.

Wegner, Ulla Austermann (beide aus Berlin) und Andrea Freistein (aus Lübeck) hatten zusammen ein informatives Programm erarbeitet, das auch Freiraum für den notwendigen Austausch ließ.

Ein Teil dieses Treffens fand im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe statt. In diesem Akutkrankenhaus wird integrative Medizin ausgeübt. Dies bedeutet, den Blick nicht allein auf das kranke Organ oder die gestörten biochemischen Wechselwirkungen zu richten, sondern auf den ganzen Menschen in seinem Lebensumfeld zu schauen. Integrative Therapien können das Heilungspotenzial, über das jeder Mensch verfügt, wecken und schulmedizinische Behandlungen wirksam unterstützen. Die Patienten können so selbst aktiv zur Genesung beitragen und ihren

eigenen Weg durch die Krankheit gehen.

Dementsprechend werden komplementärer Therapien durchgeführt, z. B. naturheilkundliche Medikamente über anthroposophische Körper-, Bewegungs- und Kunsttherapien bis hin zu Ernährungsberatung und pflegerischen Anwendungen. So stellte der leitende Oberarzt, Dr. Sven Sommer, die integrative Schmerzmedizin vor. Die multimodale Schmerztherapie im Gemeinschaftskrankenhaus (GKH) Havelhöhe

versucht, den häufig bestehenden Teufelskreis von Schmerz – Anspannung – Bewegungseinschränkung – Ausweglosigkeit – Depression – Schmerzverstärkung zu durchbrechen. Der Mensch wird vom ganzen Team in seiner Gesamtheit und in seinem sozialen Umfeld gesehen. Schwester Anne zeigte den Teilnehmenden, wie die Pflegenden einen Ingwerwickel anlegen. Solche pflegerischen Therapien werden während des Klinikaufenthaltes ausprobiert. Wenn sich dies als hilfreich erweist, lernt der Patient, solche Anwendungen bei sich selbst durchzuführen. Frau Ingrid

Schemberg, Atem- und Bewegungstherapeutin im GKH Havelhöhe und Trainerin für Achtsamkeit (MBSR) referierte zum Thema Stress- und Schmerzbewältigung – Interaktion in der Selbsthilfegruppe. Dadurch konnten etliche mögliche Konfliktsituationen in den Selbsthilfegruppen angesprochen werden. Ein Workshop von Ingrid Schweitzer, Gymnastiklehrerin und Eurythmie-Therapeutin, schloss sich an, bei dem alle praktisch in die fließenden Bewegungen der Eurythmie eingeführt wurden.

Am letzten Tag analysierte Ines Krahn von der Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle Berlin die ersten (Telefon)kontakte von Betroffenen mit der Selbsthilfe. Auch hier wurden wertvolle Tipps aufgezeigt und erarbeitet.



MBSR-Trainerin Ingrid Schemberg (rechts i.B.) referiert zum Thema Stress- und Schmerzbewältigung - Interaktion in der Selbsthilfegruppe

Der Vorstand von UVSD SchmerzLOS e. V. dankt ganz herzlich allen Engagierten, die dieses Treffen so erfolgreich vorbereiteten. ■

Gut in der Gemeinschaft aufgehoben

Die Selbsthilfegruppe Hamburg I stellt sich vor

Unsere SHG Schmerzlos Hamburg 1 gibt es seit März 2015. Hartmut Wahl, Gründungsmitglied und einer der Vorsitzenden der UVSD, hat uns bei der Gruppengründung unterstützt und uns alle erforderlichen Informationen gegeben und viele Fragen beantwortet.

Im Rahmen einer Informationsveranstaltung mit mehreren Vorträgen, wurde über die Möglichkeit der Gruppengründung informiert und zum ersten Treffen eingeladen.

Die Veranstaltung fand im Heidelberg-Krankenhaus statt und Heike Norda, Vorsitzende der UVSD, hat von ihren Erfahrungen als Schmerzpatientin und von ihren hilfreichen Erkenntnissen durch die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe berichtet.

Wir treffen uns an jedem 4. Mittwoch im Monat von 18 bis 20 Uhr im Torzimmer des Heidelberg-Krankenhauses. Der Raum ist ein schöner heller Sitzungsraum mit großen Fenstern und einer Küchenzeile. Wir kochen Tee und Kaffee und dürfen einen Lagerraum nutzen, so dass wir nicht alles immer mitbringen müssen.

Bei den Treffen sind wir ca. 7-10 Personen, 3 davon sind Männer. Fünf von uns sind von Anfang an dabei. Jeder hat die Gelegenheit zu berichten, wie es ihr/ihm aktuell geht und was belastend oder schwierig war. Es ist uns sehr wichtig, uns auch über positive Erfahrungen und verschiedenste Therapieansätze und Möglichkeiten auszutauschen. Die Stimmung in der Gruppe ist oft heiter und es wird viel gelacht. Es gibt

natürlich auch sehr belastende Situationen und die gegenseitige Anteilnahme ist groß.

Selbstverständlich ist alles, worüber in der Gruppe gesprochen wird streng vertraulich und darf nicht nach außen "getragen" werden. Erfreulich finden wir, dass sich zunehmend Gruppen-Teilnehmerinnen einbringen und Aufgaben übernehmen.

Frau Dr. Frank, die Oberärzt-



Gruppentreffen im Besprechungsraum der Asklepios Klinik

tin und Schmerztherapeutin der ambulanten und stationären Schmerztherapie des Heidelberg-Krankenhauses, arbeitet mit uns zusammen. Sie kommt etwa zweimal im Jahr zu uns in die Gruppe und hält Vorträge über Themen, die wir uns wünschen dürfen. Anschließend beantwortet sie unsere Fragen immer sehr individuell und genau. Sie informiert ihre PatientInnen über unsere Gruppe und verteilt die SHG-Flyer.

Bei der Gestaltung der Aktionstage zum Thema Schmerz bringen wir uns mit ein.

Über die Gruppentreffen hinaus machen wir Ausflüge, eine Weihnachtsfeier und ein Sommerfest.

Im Dezember 2017 waren wir auf dem Lübecker Weihnachtsmarkt und trafen dort zwei Lübecker SHG-Leiterinnen. Im Frühling 2018 wird uns eine Lübecker Selbsthilfegruppe besuchen, um mit uns ins Hamburger Gewürzmuseum zu gehen.

Hier einige Stimmen der Teilnehmer:

Rosi A. sagte: „Ich habe viele Anregungen, Adressen und Informationen über Therapieangebote in

der Gruppe bekommen. Wir sind eine nette Gemeinschaft. Ich bin Mitglied bei der UVSD geworden, weil ich denke, man sollte sich ganz einbringen.“

Norbert H.: „Statt Zuhause zu grübeln, ist man in einer Gemeinschaft gut aufgehoben.“

Gitta H.: „Durch die Fachbücher, die ich ausleihen kann, bekomme ich gute Anregungen z. B. Gymnastikübungen für Zuhause und darüber hinaus viele wertvolle Informationen.“

Christa N.: „Ich bin von Anfang an dabei, auch wegen der Vorträge zu immer neuen interessanten Themen. Es dauert teilweise Jahre, bis man eine Diagnose bekommt. Ich fühle mich von Ärzten oft allein gelassen. Ich hoffe durch die Gruppe neue Kontakte zu knüpfen, am liebsten zu einer Frau in meinem Alter.“

Autorin:

Esther Mohr, SHG Hamburg 1

Eine Schmerzgeschichte

Sie berichtet über den Wandel von »Hoffnungslosigkeit« zur »Verzauberung«

Es begann 1986, nach einem Unfall musste ich an der Hüfte operiert werden. Die OP misslang, und es folgten fünf weitere Operationen, die aber nicht dazu führten, dass ich mich schmerzfrei bewegen konnte. Irgendwann kam der Zeitpunkt, wo ich gesagt habe: Es ist genug. Ich wollte lieber mit den Schmerzen weiterleben, als immer wieder in meinen Hoffnungen enttäuscht zu werden. Ich bekam von meinen Schmerztherapeuten viele neue und andere Medikamente, und es wurde auch sonst viel ausprobiert. Aber meine Schmerzen blieben. Ich besuchte nacheinander drei Fachärzte für spezielle Schmerzmedizin. Nachdem diese immer ratloser wurden, hörte ich auch schon mal den Satz: „Wir können nichts mehr für Sie tun.“ Dadurch wurde es für mich noch schwieriger. Ich sagte mir, wenn die Ärzte dir nicht mehr helfen können, wie soll es dann weitergehen? Die Aussichtslosigkeit wurde zur Hoffnungslosigkeit, und meine Traurigkeit darüber entwickelte sich zur Depression. Die wiederum verstärkte meine Schmerzen, und ein Teufelskreis entstand.

In dieser Zeit hörte ich von einer Selbsthilfegruppe für Schmerzpatienten, die in Lübeck gegründet werden sollte. Ich nahm Kontakt auf und lernte dort Menschen kennen, die ähnliche Probleme hatten, wie ich. Allein der Austausch in dieser Gruppe, das Zusammengehörigkeitsgefühl und das Verständnis was ich dort vorfand, waren für

mich eine große Hilfe.

Inzwischen bekam ich von meinem Hausarzt Opioide, die für eine kurze Zeit die Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduzierten. Obwohl dieses Fentanyl-Pflaster nicht so wirkte, wie ich es mir wünschte, wurde es für mich zum Heilsbringer und ständigen Begleiter. Ich glaubte einerseits, dass ich ohne es nicht mehr existieren könnte. Andererseits hatte es aber die starken Nebenwirkungen, wie Appetitlosigkeit und Müdigkeit. Letztere führte dazu, dass meine Depressionen immer stärker wurden. Nachts wälzte ich mich im Bett, weil ich wegen meiner Grübeleien nicht einschlafen konnte, und tagsüber war ich so müde, dass ich nur noch zu den Mahlzeiten aus dem Bett aufstand und widerwillig meine Hafersuppe aß. Ich fiel immer tiefer in ein Loch

und fand keinen Ausweg, meine Situation zu verändern.

Mein Arzt sagte mir, dass mir nur noch in einem Krankenhaus geholfen werden könnte. Aber da ich so viele negative Erfahrungen in Krankenhäusern gemacht hatte und ich immer wieder enttäuscht und ohne Besserung nach Hause kam, wollte ich unter keinen Umständen noch einmal dort hinein. Bis, ja bis ein guter Freund von mir – er arbeitet im Vorstand der Patientenorganisation UVSD SchmerzLOS e.V. – mir auch den dringenden Rat gab, in eine spezielle Schmerzlinik zu gehen. Er empfahl mir die interdisziplinäre Schmerzlinik in Travemünde. In meiner derzeitigen Situation wusste ich auch keinen Rat mehr und gab meinen Widerstand auf. Ich nahm Kontakt zu dieser Klinik auf und erhielt nach einigen



Unser Team in der Interdisziplinären Schmerzlinik Travemünde. Dieses Bild schaue ich mir jeden Morgen an, es gibt mir Kraft und Motivation für den neuen Tag.

Tagen einen sehr umfangreichen Fragebogen, den ich ausfüllen sollte. Eine Woche, nachdem ich den Fragebogen zurückgesandt hatte, erhielt ich von der Klinik einen Termin für ein Vorgespräch. Das erfolgte mit verschiedenen Gesprächspartnern und hat mehrere Stunden gedauert. Ich bekam dadurch aber schon einen Einblick, was mich dort später erwarten würde. Bis zur Aufnahme dauerte es dann aber noch einige Wochen, und die Wartezeit war für mich nur schwer zu ertragen. Aber die Hoffnung auf Besserung half mir, durchzuhalten.

Dann war endlich der lang erwartete Tag da: Montag, der 4. Dezember 2017. Vom Augenblick des Betretens der Klinik an war ich wie verzaubert. Sechs Patienten wurden an diesem Tag aufgenommen und bildeten eine geschlossene Gruppe, die die nächsten zwei

Wochen alles gemeinsam machte. Wir waren sehr überrascht, dass wir nach der Ankunft nur unser Gepäck in die Zimmer bringen sollten um dann sofort mit der Therapie zu beginnen.

Das Tempo war fast zu schnell für mich, aber ich habe alles mitgemacht und mich danach gut gefühlt. Mit 88 Jahren war ich die älteste Patientin, die Jüngste war Anfang 50. Alle Teilnehmer unserer Gruppe haben sich gut in den Therapieplan eingefügt, und alles verlief sehr harmonisch. Unser Arzt hat das lobend erwähnt, weil es wohl nicht so selbstverständlich ist.

Die Tage in der Klinik waren gut ausgefüllt, die Pausen waren relativ kurz, dass man sich bei den Mahlzeiten schon etwas sputen musste. Und schon ging es weiter: Gruppen- und Einzelgespräche mit Psychologen, Gymnastik

mit Physiotherapeuten, ärztliche Untersuchungen, Ernährungsberatung und andere Vorträge. Abends war ich richtig erschöpft und konnte so gut einschlafen.

Ab dem ersten Tag wurde ich auf neue Schmerzmedikamente eingestellt, das Fentanyl-Pflaster wurde als erstes abgesetzt.

Alles, was ich in der Therapie gelernt habe, werde ich zu Hause fortsetzen. Jeden Morgen schaue ich mir die Fotos vom medizinischen Personal auf meinem Smartphone an, die ich dort machen durfte. Und durch diese Erinnerung erhalte ich Kraft und Motivation für den neuen Tag. Ich fühle mich jetzt fast wie neu geboren. Ich kann es heute noch kaum fassen, dass sich mein Wohlbefinden so rasant verbesserte und ich wieder neuen Lebensmut bekommen habe. ■

Mona, die Geschäftskatzenkatze berichtet:



Hallo liebe Leserinnen und Leser, es gibt wieder Neues aus der Geschäftsstelle zu berichten.

Aber erstmal etwas von mir: Ich war krank! Das war nicht schön für mich, und keiner wusste was da vorlag. Mein Diener, der Geschäftsstellenleiter hat sich zwar sehr um mich bemüht, konnte aber auch nicht richtig helfen. Ich mochte nicht mehr fressen, und auch die Milch hat mich nicht angemacht. Selbst die Messerspitze Crème fraiche mochte ich nicht anrühren. Und das war sonst jeden Nachmittag, wenn meine Diener, der Geschäftsstellenleiter seinen Tee macht, ein festes Ritual,

auf das ich nie verzichtet habe. Als ich jetzt am zweiten Tag auch noch nicht fressen mochte, wurde ich mal wieder in das Transportkörbchen gesperrt und zum Arzt gefahren. Der hat erstmal Fieber gemessen (Seehr unangenehm!) und hat 39,6 gesagt. Das soll angeblich ziemlich hoch sein, und das würde auch erklären, warum mir alle Glieder so schmerzten, und ich mich nicht bewegen mochte. Dann bekam ich zwei Spritzen, eine mit Antibiotika und eine zum Fiebersenken. Als ich wieder zu Hause war, ging es mir schon besser, und ich konnte meinen Diener wieder draußen zur Papiertonne begleiten.

Am nächsten Tag war ich mal wieder den ganzen Tag allein; mein Diener ist mit dem Auto weggefahren. Wie ich hörte, soll an dem Tag eine Mitglieder-Versammlung in Ber-

lin stattgefunden haben. Aber zum Glück war er abends wieder zurück und konnte meinen Teller wieder füllen. Denn inzwischen hatte ich wieder etwas Appetit bekommen. Könnt Ihr euch vorstellen, der Teller ist leer und kein Mensch in Sicht, der nachfüllen könnte? Da kommt bei mir Panik auf! Aber bisher ist ja immer alles gutgegangen, und ich denke, dass das auch so bleiben wird. Wie ich hörte, sollen in Berlin auch die SHG-Leiter*innen für drei Tage zusammengekommen sein. Sie hätten ein tolles Seminar-Programm gehabt. Und Martina, Ulla und Andrea hätten alles super organisiert. Meine Hochachtung, Ihr lieben Drei! Jetzt muss ich mich wieder hinlegen und mich von meiner Krankheit erholen. Ich wünsche euch allen eine gute Zeit, und sage: Tschüüüüs!

Ergotherapie – Üben für den Alltag



Mit der Spiegeltherapie werden neurologische Funktionsstörungen behandelt

Die Ergotherapie gehört zu den medizinischen Heilberufen. Der Begriff Ergotherapie stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie: Gesundung durch Handeln und Arbeiten.

Die Ergotherapie hilft Menschen dabei, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen. Funktionen und Fähigkeiten eines Menschen können zum Beispiel durch einen Schlaganfall verloren gehen.

Das Ziel – eine größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags-, Schul- und Berufsleben - wird mittels verschiedener ergotherapeutischer Maßnahmen verfolgt. Die Ergotherapie hat einen ganzheitlichen Ansatz. Das heißt, dass nicht nur die Bewegungsabläufe des Körpers, die Motorik, geschult werden, sondern das ganze menschliche System einbezogen wird. Es geht um Bewegung, Wahr-

nehmung, Aufmerksamkeit und harmonisches Zusammenwirken dieser einzelnen Aspekte.

Durch diesen ganzheitlichen Ansatz können körperliche und seelische Zustände verbessert werden, der Leidensdruck gesenkt werden, eine Schmerzlinderung erfolgen und sogar eine Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden.

Je nach Krankheitsbild werden unterschiedliche Einzelmaßnahmen der Ergotherapie individuell zusammengestellt. Einzelmaßnahmen sind zum Beispiel das Trainieren und Vorbereiten von körperlichen Bewegungsabläufen, Training zur Selbsthilfe: Waschen, Anziehen,

Trainieren von Essen, Schlucken, Trinken, Trainieren von Alltagsaktivitäten wie z. B. Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientieren im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstrukturierung, Umgang mit Medikamenten, das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Konzentration, des Gedächtnisses und der Ausdauer, das Trainieren des Gehirns zum Beispiel bei Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns, das Beraten und Anleiten der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten.

In der Ergotherapie werden künstlerische, handwerkliche, manuelle und geistige Fähigkeiten gezielt gefördert und geübt. Je nach Belastbarkeit und individueller Einschränkung des Patienten kann die Behandlung in Einzelsitzungen, in Kleingruppen oder als Gruppentherapie durchgeführt werden.



Behandlung von Gleichgewichtsstörungen durch Konzentrationsübungen

Eine Gruppentherapie eignet sich dabei auch, um kommunikative und soziale Fähigkeiten zu trainieren.

Quelle: *Deutsche Therapeutenakunft.de, Neurologen und Psychiater im Netz*

Die psychisch-funktionelle Methode in der Ergotherapie bei Schmerzpatienten



Ellen Heins

Ich bin seit 1997 Ergotherapeutin, habe in unterschiedlichen Fachbereichen gearbeitet (Arbeitstherapie, Geriatrie und Psychiatrie) und seit 2011 im Fachbereich Psychiatrie/Psychosomatik im Praxisbereich tätig. Zunächst als Angestellte und seit 2015 in eigener Praxis in Bad Segeberg. Mein Angebot richtet sich an Jugendliche und Erwachsene in Einzel- und Gruppentherapie. Durch viele Fort- und Weiterbildungen habe ich mich spezialisiert auf die Bereiche Schmerzen, Trauma und Trauma-Folgestörungen.

Die Ergotherapie ist eine Therapieform, die Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder davon bedroht sind. Ziel ist hier immer auch eine individuelle Verbesserung der eigenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Ergotherapie ist ein anerkanntes Heilmittel und muss vom Arzt oder Facharzt als Einzel- oder Gruppentherapie

verordnet werden. Der Gesetzgeber ermöglicht nach ärztlicher Verordnung vier Verordnungen mit je zehn Behandlungen psychisch-funktionell.

Die psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Entwicklung / Verbesserung / Erhalt von:

- Antrieb, Motivation, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstruktur
- Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
- Situationsgerechtem Verhalten
- Sozioemotionaler Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Psychischer Stabilität und Selbstvertrauen
- Eigenständigkeit in Lebensführung und Grundarbeitsfähigkeiten

Die von mir angebotenen Methoden in meiner Praxis können z.B. folgende sein:

- handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden
- Methoden zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, der Kommunikation und des interaktiven Verhaltens (z.B. Rollen- und Regelspiele)
- Methoden zur Verbesserung der Körper- und Selbstwahrnehmung (z.B. Arbeit mit

dem Körperbild)

- Methoden zur Entwicklung von Selbstsicherheit und Bewältigungsstrategien (z.B. Arbeit mit positiven Ressourcen)
- Erlernen verschiedener Entspannungsverfahren

Während eines Erstgesprächs, das dem gegenseitigen Kennenlernen, einer Befunderhebung und der Analyse des ergotherapeutischen Bedarfes dient, werden wir Ziele besprechen und schauen, welche Methoden für den Patienten geeignet sind. Gerade in der Schmerzbehandlung ist es weiterhin sinnvoll, mit einer speziellen Schmerzanamnese zu arbeiten.

In der Behandlung von Schmerzpatienten stehen oft die Auseinandersetzung und der Umgang mit dem Thema Schmerz im Vordergrund. Neben einigen oben aufgeführten Methoden ist das entlastende Gespräch und Humor in der Therapie nicht zu vernachlässigen. Außerdem ist es wichtig, den an Schmerzen Leidenden nicht „allein“ zu behandeln. Eine multimodale Schmerzbehandlung ist wichtig und macht Sinn. Eine Vernetzung aller Beteiligten (Ärzte, Therapeuten, Selbsthilfegruppe usw.) wäre wünschenswert. Trotz allem – der Patient steht im Vordergrund und er entscheidet, denn er ist die Hauptperson!

Ellen Heins

www.ergotherapie-ellenheins.de

PILATES

lindert chronische Kreuzschmerzen

Unspezifische Rückenschmerzen können deutlich durch regelmäßige Gymnastikübungen im Rahmen einer multimodalen Therapie gelindert werden. Es lässt sich allerdings schwer vorhersagen, welche Gymnastik in welcher Intensität am besten ist.

Gisela Cristiane Miyamoto von der Universität Sao Paulo. Pilates scheint eine Gymnastikform zu sein, die gegen Rückenschmerzen etwas nützt.

Die Forscher untersuchten, welche Dosis mit Blick auf Wirksamkeit und Kosten am ehesten

60% fühlten sich gelegentlich deprimiert.

Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip in vier Gruppen mit jeweils 74 Teilnehmern aufgeteilt. Eine Gruppe erhielt lediglich eine Broschüre mit Informationen über Rückenschmerz. Darin

wurde erläutert, dass bestimmte Körperhaltungen und Bewegung die Schmerzen lindern können. Diesen Patienten wurde zudem in Aussicht gestellt, nach einem Jahr an einem Pilatestraining teilzunehmen (Wartegruppe). Die übrigen drei Gruppen durften gleich trainieren. In der einen Gruppe baten die Therapeuten die Teilnehmer einmal wöchentlich, in den anderen beiden zwei- und dreimal pro Woche zu den Übungen. Diese dauerten stets eine Stunde.

Das ganze Programm wurde auf sechs Wochen begrenzt. In der

ersten Trainingsgruppe konnten die Patienten also an maximal 6 Pilatesstunden teilnehmen, in der zweiten an 12 und in der dritten an 18. Im Schnitt nahmen die Teilnehmer 85% der Übungsstunden wahr – das zeigte also eine relativ hohe Motivation.

Im Schnitt betrug der Schmerz-Wert der Teilnehmer anfangs et-



Nicht Ruhe und Schonung, sondern körperliche Aktivität und Bewegung sind angesagt.

Eine Review-Studie ergab jetzt, dass das Pilatestraining kurzfristig eine moderate und mittelfristig eine geringe Wirksamkeit mit Blick auf Schmerzintensität und körperliche Einschränkungen hat. Ein solches Training war aber anderen Formen körperlicher Aktivität in Studien nicht überlegen, berichten Physiotherapeuten und Gesundheitsforscher um

geeignet erscheint. An dieser Untersuchung nahmen 296 Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen teil. Die Patienten waren im Mittel 48 Jahre alt und zu drei Viertel Frauen. Im Schnitt hatten die Teilnehmer leichtes Übergewicht und litten seit etwa vier Jahren an Kreuzschmerzen. Mehr als die Hälfte nahm regelmäßig Schmerzmittel ein, rund

was mehr als 6 Punkte auf der analogen Schmerzskala von 0 bis 10, größere Unterschiede zwischen den Gruppen gab es nicht. Auch Änderungen bei rückenschmerzbedingten Einschränkungen im Alltag (Skala mit 0–24 Punkten) wurden berücksichtigt. Hier lagen die Werte in den einzelnen Gruppen zu Beginn zwischen 10 und 12 Punkten.

Nach sechs Wochen war der

den (2,1 Punkte) und denen mit einer Stunde (1,2 Punkte). Alle Differenzen waren statistisch signifikant; als klinisch relevant erachteten die Forscher einen Unterschied von zwei Punkten.

Ein ähnliches Bild ergab sich für die Alltagseinschränkungen. Mit einmal Pilates pro Woche gingen diese um 1,9 Punkte stärker zurück als in der Wartegruppe,

aus. Die Intervention war bei dreimal Pilates die Woche am teuersten (umgerechnet 540 Euro in sechs Wochen). Berücksichtigt man allerdings direkte und indirekte Einsparungen, etwa durch einen geringeren Medikamentenverbrauch und weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz, so ergaben sich lediglich in der Gruppe mit einmal wöchentlich Pilates Einsparungen im Vergleich zur Wartegruppe, und zwar von 86 Euro pro Person. Zusätzliche Kosten in Höhe von knapp 200 und 260 Euro pro Person fielen jedoch bei zweimal- und dreimal Pilates pro Woche an.

Relativ bescheiden sind jedoch die Langzeiteffekte: Nach sechs Monaten gab es fast keine und nach zwölf Monaten überhaupt keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen bei den beiden primären Endpunkten. Pilates hat offensichtlich keinen über die Trainingsdauer hinausgehenden Effekt auf die Beschwerden. Unklar ist zudem, ob der Nutzen bei einem dauerhaften Training anhält. Es ist zumindest davon auszugehen, dass von einem kurzzeitigen Training bei chronischen Schmerzen keine langfristigen Effekte zu erwarten sind.

Schließlich muss ein gewisser Noceboeffekt in der Wartegruppe berücksichtigt werden. Hier waren die Patienten deutlich weniger zufrieden mit der Intervention als in den Pilatesgruppen. Dies könnte einen Teil der Therapieeffekte erklären.

Quelle: Springer Medizin



Mit einem guten Körpergefühl und positiver Einstellung kann man chronische Schmerzen manchmal weglachen

Schmerzlevel in allen Gruppen zurückgegangen: um 0,9 Punkte in der der Wartegruppe, um 2,1 Punkte mit einer Trainingsstunde pro Woche, um 3,1 Punkte mit zwei und um 3,2 Punkte mit drei wöchentlichen Pilatesstunden.

Berücksichtigten die Forscher Alter, Geschlecht und weitere Begleitfaktoren, so fanden sie den größten relativen Unterschied zur Wartegruppe bei den Teilnehmern mit zwei Gymnastikstunden pro Woche (2,3 Punkte), gefolgt von denen mit drei Stun-

den (2,1 Punkte) und denen mit einer Stunde (1,2 Punkte). Alle Differenzen waren statistisch signifikant; als klinisch relevant erachteten die Forscher einen Unterschied von zwei Punkten. Ein ähnliches Bild ergab sich für die Alltagseinschränkungen. Mit einmal Pilates pro Woche gingen diese um 1,9 Punkte stärker zurück als in der Wartegruppe, zwei Wochenstunden führten zu einer adjustierten Differenz von 4,7 Punkten, drei Stunden von 3,3 Punkten. Auch hier waren sämtliche Differenzen statistisch signifikant, einen klinisch relevanten Unterschied zur Wartegruppe von mindestens vier Punkten gab es jedoch nur mit zweimal wöchentlichem Training. Nach diesen Daten sollte Pilates also mindestens zweimal pro Woche erfolgen, ein drittes Mal hat jedoch keinen zusätzlichen Effekt auf die Schmerzreduktion und die Alltagskompetenzen.

Anders sieht es bei den Kosten

bei einem dauerhaften Training anhält. Es ist zumindest davon auszugehen, dass von einem kurzzeitigen Training bei chronischen Schmerzen keine langfristigen Effekte zu erwarten sind.

Schließlich muss ein gewisser Noceboeffekt in der Wartegruppe berücksichtigt werden. Hier waren die Patienten deutlich weniger zufrieden mit der Intervention als in den Pilatesgruppen. Dies könnte einen Teil der Therapieeffekte erklären.

Quelle: Springer Medizin

Welche Therapieziele haben Schmerzpatienten?

Welcher Mensch mit chronischen Schmerzen wünscht sich nicht, frei zu sein von jeglichem Schmerz? Leider entspricht dieser Wunsch oft nicht den erreichbaren, realistischen Therapiezielen in einer Schmerztherapie. Stattdessen sollte man auf solche Fragen fokussieren wie „Von welchen Dingen hält Sie der Schmerz ab?“ „Was würden Sie gern wieder tun können?“ Dadurch werden realistische, funktionelle Therapieziele aufgezeigt, die Sie gemeinsam mit den Behandlern ansteuern sollten.

Chronische Schmerzen haben oft viele Ursachen und sollten deshalb im Rahmen eines multimodalen Behandlungsplans therapiert werden. Die Patienten dürfen nicht auf die Schmerzkrankheit reduziert werden, sondern es sollte als eine bio-psycho-soziale Erkrankung verstanden werden.

Fragt man Schmerzpatienten, welche Erwartungen sie an den Arzt haben, so erhoffen sich über 70% eine deutliche Schmerzreduktion und 18% möchten sogar komplett schmerzfrei werden. Diese hohen Erwartungen sind unabhängig von Alter, Geschlecht und Schmerzintensität. Das Projekt „Schmerzfrees Krankenhaus“ habe, so Dr. Johannes Jost, Facharzt für Allgemeinmedizin und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Hausarztmedizin der Universitätsklinik Bonn, sicherlich zu einer Optimierung der Schmerztherapie im Krankenhaus geführt, zugleich aber unrealisti-

sche Erwartungen geweckt. Eine besondere Herausforderung sind Patienten mit anhaltenden Rückenschmerzen. „Diese Patienten erwarten zunächst eine klare Diagnose mit umfassenden Informationen und auch eine körperliche Untersuchung“, so Jost. Das „Anfassen“ sei für den Patienten ein wichtiges Ritual. Auch sollte man den Schmerz nicht bagatelisieren, sondern zunächst einmal anerkennen. Schmerzpatienten wollen ernstgenommen und gehört werden.



Das „Anfassen“ durch den Arzt ist für den Patienten ein wichtiges Ritual

Die Therapie von Patienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom erfordert einen multifaktoriellen Ansatz. Das Spektrum der therapeutischen Maßnahmen reicht von physikalischen Verfahren bis hin zu verschiedenen Schmerzmedikamenten. Das alles hat aber nur eine begrenzte Wirkung, d. h. die damit zu erreichende Besserung liegt zwischen 20 und 30%, wie eine umfassende Metaanalyse ergab. „Es besteht somit eine große Diskrepanz zwischen dem Anspruch der Patienten und den tatsächlichen Möglichkeiten“, so Jost. Erstaunlich gut

hat dabei die Infrarot-Bestrahlung abgeschnitten. Und auch Massagen erwiesen sich bei dieser Auswertung den NSAR als überlegen.

Funktionelle Therapieziele definieren

„Diese Ergebnisse zeigen, dass Schmerzfreiheit ein unrealistisches Behandlungsziel darstellt, wir müssen die eigenen Grenzen anerkennen“, so Jost. Darüber sollte man auch den Patienten ehrlicherweise aufklären. Es sei aber wichtig, kleine bescheidene, aber für den einzelnen Patienten durchaus wichtige Therapieziele anzusteuern. „Von welchen Dingen hält der Schmerz Sie ab? Was würden Sie gerne wieder tun können?“ Solche funktionellen Therapieziele bildeten die Lebensrealität von chronischen Schmerzpatienten besser ab als eine eindimensionale visuelle Analogskala und seien deshalb auch besser geeignet, den Erfolg der Therapie zu beurteilen.

Aber nicht nur der Arzt, auch der Patient muss handeln. Empfehlenswerte Wege aus dem Schmerz sind Sport, Gewichtsreduktion, Rauchstopp und Entspannungsübungen.

Schmerzpatienten erhalten bei der UVSD SchmerzLOS e. V. Tipps und Erfahrungsberichte anderer Schmerzpatienten, die ihre Schmerzen erfolgreich eindämmen konnten.

Quelle: MMW Fortschritte der Medizin

„Schwer-in-Ordnung-Ausweis“



Die 14-jährige Hannah aus Pinneberg in Schleswig-Holstein hatte Ende 2017 aus ihrem Schwerbehindertenausweis einen „Schwer-in-Ordnung-Ausweis“ gebastelt, weil sie den bisherigen Namen als unpassend empfand. Ihre öffentlichkeitswirksame Aktion hatte bewirkt, dass mehrere, insbesondere junge, Menschen mit Behinderung in verschiedenen Bundesländern bei den zuständigen Ämtern einen Antrag auf einen solchen Ausweis gestellt hatten. Diese hatten daraufhin die Idee aufgegriffen und Ausweishüllen mit dem Aufdruck "Schwer-in-Ordnung-Ausweis" erstellt. Auf Wunsch können nun Schwerbehinderte diese Hülle erhalten. Mehrere Betroffene hätten in der Debatte zum Ausdruck gebracht, dass der Begriff "Schwerbehinderung" als diskriminierend empfunden werde.

Artikel 4 Abs. 1 der UN-Behindertenrechtskommission legt unter anderem fest, dass sich die Vertragsstaaten verpflichten, „alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung darstellen.“ Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde der Grundsatz „Nichts über uns, ohne uns!“ festgeschrieben.

spezielle Ausweishülle. Sie verdeckt das Wort „Schwerbehindertenausweis“ mit dem Begriff „Schwer-in-Ordnung-Ausweis“.

Dieser Denkanstoß sei wichtig gewesen, so die Landesministerien. Mit dem neuen Begriff würden nicht vermeintliche Defizite betont, was ein Widerspruch zur Inklusion sei. Niedersachsens Sozialministerin Carola Reimann sagte: „Wir müssen die Barrieren in den Köpfen wegbekommen, und das fängt auch bei der Änderung von Bezeichnungen an, die aus- oder abgrenzen.“

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Vielen Menschen fällt es schwer, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen. Um diese Situation zu verbessern, hat ein Expertenteam aus Wissenschaft und Praxis einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ entwickelt. Der Aktionsplan wurde von Doris Schaeffer und Ullrich Bauer von der Universität Bielefeld, Klaus Hurrelmann von der Hertie School of Governance sowie Kai Kolpatzik vom AOK-Bundesverband herausgegeben und soll Akteuren aus allen Bereichen der Gesellschaft, politische Entschei-

dungsträger, die im Gesundheitswesen Tätigen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände sowie zivilgesellschaftliche Organisationen zur Zusammenarbeit bewegen und darin unterstützen, sich in einer konzertierten Aktion für die Gesundheitskompetenz in Deutschland einzusetzen.

Im Februar wurde der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz öffentlich vorgestellt und anschließend von Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Praxis kommentiert und diskutiert. Der Aktionsplan konzentriert sich auf vier Bereiche: Er nimmt den Handlungsbedarf in den alltäglichen Lebenswelten, im Gesundheitssystem, beim Leben mit chronischer Erkrankung und in der Forschung in den Blick. In insgesamt 15 aufeinander abgestimmten Empfehlungen wird aufgezeigt, wie die Gesundheitskompetenz in Deutschland gestärkt werden kann. Frau Professorin Marie-Luise Dierks, Mitglied des Expertenbeirats, betonte bei der Präsentation des Aktionsplans, besonders für chronisch erkrankte Menschen müsse etwas getan werden. Das Engagement in einer Selbsthilfegruppe sei eine wichtige Initiative, um eine „bedingt gelingende Gesundheit“ zu erlangen. Bestehende Selbsthilfestrukturen müssten in tragende und nachhaltige Finanzierungskonzepte überführt werden, um individuelle Gesundheitskompetenz bei dieser Zielgruppe zu fördern. In Deutschland leiden mehr als 12 Millionen Menschen an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung (Quelle: Bundesteilhaberbericht 2016)

Quelle: Nakos

Impressum

SchmerzLOS AKTUELL

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

Erscheint vierteljährlich

Auflage 5.000

Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten

Herausgeber: UVSD SchmerzLOS e.V.

Ziegelstraße 25a | 23556 Lübeck

fon 0451 - 5854 4625 | fax 0451 - 5854 4626

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

Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

Titelbild: Heike Norda

S. 3: Heike Norda

S. 5: perfectlab/fotolia

S. 6: WavebreakmediaMicro/fotolia

S. 7: Privat

S. 9: Privat

S. 11: Privat

S. 12: Privat

S. 13: Privat

S. 15: Dan Race/fotolia

S. 15: Adam Gregor/fotolia

S. 16: Privat

S. 17: contrastwerkstatt/fotolia

S. 18: Robert Kneschke/fotolia

S. 19: pixelaway/fotolia

S. 20: Privat

- Bitte senden Sie mir die unten angekreuzten Info-Materialien an meine Adresse:
3 Euro in Briefmarken sind beigelegt.

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen): _____

Datum/Unterschrift: _____

Coupon im Fensterbriefumschlag absenden an:

UVSD SchmerzLOS e.V.
Home Office
Blücherstraße 4

23611 Bad Schwartau

- Aktivitätentagebuch
- Faltblatt „Schwerbehindertenausweis“
- Faltblatt „Selbsthilfegruppen gründen und leiten“
- Faltblatt „Schmerzen verstehen“
- Faltblatt „Kopfschmerzen verstehen“
- Patientenpass für Schmerzpatienten
- Opioidausweis für Schmerzpatienten

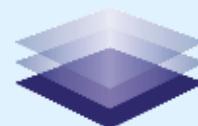
Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

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.

SchmerzLOS e.V. legt großen Wert auf Unabhängigkeit und Transparenz und verzichtet darum auf jegliche Zusammenarbeit mit Herstellern von Medizinprodukten. SchmerzLOS e.V. ist Mitglied der **Initiative Transparente Zivilgesellschaft** und hat sich glaubwürdig und verbindlich verpflichtet, die Mittelherkunft und ihre Verwendung öffentlich darzustellen. Als Teil der Initiative ist SchmerzLOS e.V. dauerhaft angehalten, die selbst auferlegten Prinzipien zu erfüllen und wird zusätzlich unangekündigt durch die Initiative überprüft. Die ausführliche Selbstverpflichtung finden Sie <https://www.schmerzlos-ev.de/%C3%BCber-uns/selbstverpflichtungs-erkl%C3%A4rung/>



Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft

Unsere Förderer:



Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe (BUND)



BARMER



Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit

Ort / Termin	Kontakt
Bad Honnef Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Bad Honnef Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
Berlin Jd. 1. Mittwoch 17 Uhr	Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin/Steglitz Jd. 3. Dienstag 12:15 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
Berlin/F'hain Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
Erding Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
Freiburg Termine bitte anfragen	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Göttingen Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
Güstrow Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Güstrow fon 03843 - 776 1037 info@schmerzlos-ev.de
Hamburg I Jd. 4. Mittwoch 18 Uhr	Silke Mattke fon 0176 - 5681 1686 silke.mattke@freenet.de
Hamburg II Jd. 2. Mittwoch 17 Uhr	SchmerzLOS SHG Hamburg II fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Hamburg III Jd. 2. Mittwoch 18 Uhr	Petra Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
Hannover Jd. 2. Freitag 18 Uhr	Carola Siglreithmaier fon 0170 - 494 7350 schmerzlos-shg-hannover@email.de
Harsefeld Jd. 4. Donnerstag 18:30 Uhr	Sabine Linngrün fon 04166 - 848 348 linngroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de
Herten Jd. ltzt. Dienstag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Herten fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Jena Jd. 1. Montag 18 Uhr	SchmerzLOS SHG Jena fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de

Ort / Termin	Kontakt
Karlsruhe Jd. 4. Mittwoch 17 Uhr	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
Kiel Termin bitte anfragen	Christine B. fon 0431 - 545 8505 info@kiel.schmerzlos-ev.de
Köln Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
Lübeck I Jd. 1. Dienstag 18 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Lübeck II Jd. 2. Dienstag 18 Uhr	Andrea Freistein fon 01577 - 1960 417 freistein@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Lübeck III Jd. 3. Dienstag 17 Uhr	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de www.schmerzlos-luebeck.de
Mühdorf Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr gen. Termin anfr.	Stephanie Breiteneicher CRPS-Gruppe fon 01579 - 2317200 info@muehdorf-crps.de
München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. Termin anfr.	Nils Stefan Gütthlein CRPS-Gruppe fon 01579 - 2330100 info@muenchen-crps.de
Neumünster I Jd. 1. Montag 18 Uhr	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@neumuenster.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
Neumünster II Jd. 1. Donnerstag 18 Uhr	Chronischer Schmerz Gesprächskreis Kontakt: ZKS, fon 04321-419 119 M@il: info@schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
Schleswig Jd. 2. Donnerstag 16:30 Uhr	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 c.doormann-erken@gmx.de
Schwerte I Jd. ltzt. Montag 17:30 Uhr	Jürgen Pape fon 02304 - 237 30 27 j.pape-do@t-online.de
Schwerte II Jd. 1. Dienstag 17:30 Uhr	Martin Münsterteicher fon 02301 - 48 63 martin@schwerte.schmerzlos-ev.de
Schwerte III Termin bitte anfragen	Ulrich Klee fon 01522 - 16 52 717 ulrich.klee@email.de
Steinfeld Freitags, 19 Uhr gen. Termin anfr.	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com

Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?

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

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

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

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

Ein weiteres Projekt der UVSD 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 ihren Aktivitäten will die UVSD SchmerzLOS e.V. Menschen zusammenführen, Gruppen vernetzen und mit allen Akteuren im Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Dafür brauchen wir IHRE Unterstützung! Werden Sie Mitglied und stärken Sie damit unsere Gemeinschaft.

Unabhängige Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland | UVSD
SchmerzLOS e.V. 