

SchmerzLOS

AKTUELL

3/2018

DIE GESICHTER DES SCHMERZES



Versorgung von Schmerzpatienten: **MANGELHAFT**

Verwundetes Menschsein

Umfassende Betrachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen

SCHMERZEN

sorgen für unser Überleben und machen uns das Leben schwer

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor Ihnen liegt ein prall gefülltes Heft mit so vielen Seiten wie nie zuvor. Auch daran sehen Sie, dass UVSD SchmerzLOS e. V. eine erfolgreiche und stark wachsende Patientenorganisation ist.

Bei den Themen geht es um die immer noch mangelhafte Versorgung von Schmerzpatienten. Um das zu ändern, müssen die Verantwortlichen endlich konkrete Schritte ausarbeiten, damit die Rahmenbedingungen verbessert werden.

Wilfried Lavin legt eine umfassende Betrachtung von Schmerzpatienten vor, bei der es auch um die Psyche der Betroffenen geht. Schmerz zu äußern ist gesellschaftlich nicht anerkannt; diese Patienten fühlen sich oft abgehängt und wertlos. Auch wenn man Schmerz in aller Regel nicht von außen sehen kann, gibt es aber keinen eingebildeten Schmerz, sagte Dr. Klaus Klimczyk aus Hopfen bei Füssen bei einem Patientenforum von UVSD SchmerzLOS e. V. im August.

Lesen Sie weiter interessante Einblicke in den Alltag einer Pain Nurse von Katharina Blank und eine wichtige Warnung vor frei verkäuflichen Schmerzmitteln neben einer Reihe weiterer, interessanter Themen. Wir sind gespannt auf Ihre Rückmeldungen!

Werden oder bleiben Sie aktiv!

Ihre / Eure



Heike Norda
1. Vorsitzende



Inhalt

| | |
|---|----|
| Versorgung bei Schmerzpatienten: MANGELHAFT | 3 |
| Neue Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz | 5 |
| Heilende Wünsche | 5 |
| Verwundetes Menschsein | 6 |
| Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet | 11 |
| Polyneuropathie - Wenn die Nerven verrückt spielen | 12 |
| Klinik-Entlassung! Und wie gehts weiter? | 13 |
| Schlüsselfunktion im Schmerzmanagement - Pain Nurses | 14 |
| Schmerzen sorgen für unser Überleben und machen uns das Leben schwer | 15 |
| Sind Nahrungsergänzungsmittel bei Arthrose hilfreich? | 17 |
| Beispiele für empfehlenswerte Ernährung bei Arthrose | 18 |
| Jetzt und hier | 19 |
| Schmerzmittel und Fahrtauglichkeit | 20 |
| Warnung vor frei verkäuflichen Schmerzmitteln | 21 |
| Stürze können fatale Folgen haben - nicht nur bei älteren Menschen | 22 |
| Ministerium gegen Einsamkeit | 23 |
| Für Sie gelesen: Die Ernährungs Docs | 24 |
| Es ist alles nur geliehen | 24 |
| Impressum | 26 |
| Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit | 27 |
| Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen? | 28 |

Versorgung von
Schmerzpatienten

MANGELHAFT

Noch immer keine ausreichende Versorgung bei chronischen Schmerzen

Noch immer warten Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen auf eine Verbesserung ihrer Versorgungssituation. „Noch immer dauert es im Schnitt vier Jahre, bis ein Patient eine geeignete Therapie findet. Trotzdem treten die Verantwortlichen von Politik und Gemeinsamer Selbstverwaltung weiter auf der Stelle. Wir brauchen endlich neue schmerzmedizinische Versorgungsstrukturen in Deutschland“, erklärte Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Vorsitzender des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) im Rahmen des 9. BVSD-Kongresses im Juni in Berlin. Der BVSD adressierte seine Forderung nach

der Einführung einer schmerzmedizinischen Bedarfsplanung auch an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Dr. Ralf Brauksiepe, der an dieser Veranstaltung teilnahm.

„Der schmerzmedizinische Handlungsbedarf ist klar und eindeutig: 3,4 Millionen Patienten mit schweren und hochproblematischen chronischen Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen stellte das Bundesversicherungsamt für das Jahr 2016 fest. Nur 1.206 ambulant tätige Schmerzspezialisten sind schlicht zu wenig, um den eklatanten Versorgungsbedarf zu decken. Deshalb muss in die Zukunft der Schmerzmedizin investiert werden“, sagte Nadstawek. Dazu gehöre auch die Einführung einer Bedarfsplanung Schmerzmedizin.

„In Deutschland existiert kein Facharzt für Schmerzmedizin und daher keine schmerzmedizinische Bedarfsplanung, weil sich die aktuelle Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung an den bestehenden Facharztgruppen orientiert. Hier müssen neue Wege beschritten werden“, so der BVSD-Vorsitzende.

Der BVSD spricht sich hierbei für Lösungsansätze aus, die die Schmerzmedizin aufgrund der bestehenden schmerzmedizinischen Qualitätskriterien bei einer zukünftigen Bedarfsplanung über eine Subspezialisierung bzw. eigene Arztuntergruppe ausweist. In Schleswig-Holstein hat die Kassenärztliche Vereinigung (KVSH) bereits neue Wege beschritten. Wenn ein Arzt, der an der Qualitätsvereinbarung

Schmerz teilnehm, seinen Versorgungsauftrag für spezielle Schmerztherapie zurückgibt, kann dieser auch arztgruppenübergreifend weiter gegeben werden. Dies ist bisher bundesweit einmalig. Damit wird versucht, wenigstens die bisher vorhandenen Versorgungsaufträge für die Schmerztherapie in Schleswig-Holstein zu erhalten. Nadstawek sagte: „Mit der Ein-

wuchs können so gesetzt werden.“ Ansonsten drohe die schmerzmedizinische Versorgung durch den fehlenden ärztlichen Nachwuchs bald „völlig aus dem Ruder zu laufen“.

Der BVSD mahnte seit langem die Sicherstellung einer bislang nicht gegebenen flächendeckenden schmerzmedizinischen Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen in

UVSD SchmerzLOS e. V. fordert ebenfalls seit langem eine adäquate Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen (siehe auch SchmerzLOS AKTUELL 2/2018). Die Vorsitzende, Heike Norda, sagte: „Es darf von niemandem hingenommen werden, dass Schmerzpatienten in unserem hoch entwickelten Land auf eine so klägliche Versorgung treffen. Wir appellieren an die Politik und die Ärztliche Selbstverwaltung, hier endlich wichtige Fortschritte in Gang zu setzen und eine vernünftige Bedarfsplanung zu schaffen. Die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen dürfen nicht länger durch eine reine Mangelverwaltung geschwächt werden. Es muss bedacht werden, dass es sich bei dem regelmäßig stattfindenden Verteilungskampf um die Gelder für die ärztliche Versorgung zu über der Hälfte um die Beiträge der Versicherten handelt. Unter solchen Voraussetzungen muss es jungen Ärzten noch viel stärker als bisher ermöglicht werden, im Interesse der ständig steigenden Zahl an Schmerzpatienten eine schmerztherapeutische Qualifikation zu erlangen, z. B. durch finanzielle Anreize, und Schmerztherapie auszuüben.“ Sie mahnte an, dass die Bedingungen für eine quantitativ und qualitativ gesicherte Versorgung von Schmerzpatienten zügig verbessert werden müssen. „Die Zeiten des langen Taktierens und Herumredens sind vorbei. Alle Beteiligten müssen sofort handeln, sonst ist der ‚Zug‘ für die vielen Schmerzpatienten abgefahren. Wir sind der Meinung, dass in der nachwachsenden Ärztegeneration durchaus Interesse für die Schmerzmedizin besteht, wenn die Rahmenbedingungen stimmen.“ ■



Die schmerzmedizinische Versorgung kann durch den fehlenden ärztlichen Nachwuchs bald völlig aus dem Ruder laufen.

führung einer schmerzmedizinischen Bedarfsplanung kann langfristig der Versorgungsbedarf sichergestellt werden und somit ein weiteres Ausdünnen der schmerzmedizinisch tätigen Vertragsärzte verhindert werden. Die dringend notwendigen motivierenden Anreize für den Nach-

Deutschland an. Mehrmalige Versuche über die Politik und die Gemeinsame Selbstverwaltung zu Lösungen zu kommen, hätten bislang zu keinen durchgreifenden Veränderungen geführt, so Nadstawek.

Neue Leitlinie: Spezifischer Kreuzschmerz

Die strukturierte Versorgung bei Rückenschmerz wird durch diese neue Leitlinie gestärkt. Es sei die erste Leitlinie, die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Behandlung von Patienten mit spezifischen Kreuzschmerzen dokumentiert, teilt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) zur Veröffentlichung der Leitlinie mit. Die Leitlinie Spezifischer Rückenschmerz ergänzt die seit 2010 bestehende und 2017 aktualisierte Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz). Ursachen für spezifische Schmerzen im Rücken können zum Beispiel degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule, deformierte Bandscheiben, chronische Entzündungen oder Verschleißerscheinungen sein, erinnert die DGOU.

Bei schmerzhaften Erkrankungen der Wirbelsäule gelte in den er-

sten zwei bis drei Wochen die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, sofern der Arzt nach eingehender körperlicher Untersuchung und Patientengesprächen keine eindeutigen Hinweise auf eine spezifische Ursache erkennen. In der Regel



verschwinden nicht-spezifische Rückenschmerzen bald von selbst. Spezifisch“ heißt nur: auf eine Ursache zurückführbar. Es heißt zum Beispiel nicht »gefährlich«.

Ab sofort können sich Mediziner die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz heranziehen, wenn sich der Zustand nach wenigen Wochen nicht bessert und sie den Verdacht auf einen spezifischen Kreuzschmerz haben. Die neue Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz definiert Begriffe, Diagnose und Therapie dieser Krankheitsbilder.

Dr. med. Martin Strohmeier gehört dem Leitliniengremium an. Er sagte im Interview mit der Zeitschrift „Orthopädie & Rheuma“: „Persönlich liegt mir am Herzen, dass wir die Ursachen von Kreuzschmerzen definieren. Wir müssen davon wegkommen, dass über 80 Prozent der Beschwerden angeblich nicht definierbar, nicht untersuchbar und nicht diagnostizierbar sind. Wir müssen weg vom unspezifischen Kreuzschmerz. Wenn wir die Ursachen kennen — und es gibt genügend anatomische Strukturen, die wir dafür benennen können, können wir auch gezielt behandeln.“

Quelle: Ärztezeitung.de, Springermedizin

Heilende Wünsche

möge ich mir zeiten der stille geben
möge ich voller freude sein
möge ich mich meiner einzigartigkeit freuen
möge ich einfach glücklich sein
möge ich das ungeliebte in mir lieben lernen
möge ich mir zeit geben innezuhalten
möge ich geduld haben
möge ich herausforderungen mit weichheit begegnen
möge ich mein leben mit zärtlichkeit betrachten
möge ich dankbar sein
möge ich den geschmack jeden tages schmecken
Möge ich die tiefe Ordnung in allem erkennen

Die guten Wünsche kommen aus der buddhistischen Tradition, in der auf diese Art mitfühlende Selbst- und Nächstenliebe praktiziert wird. Indem ich heilende Wünsche formuliere, stärke ich mein Mitgefühl für mich selbst und meine Mitwesen. Das öffnet das eigene Herz, transformiert schwierige Gefühle und schafft Raum für neue Arten zu sein und zu handeln.

Verwundetes Menschsein

Umfassende Betrachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen



Wilfried Lavin
Diplom Pädagoge
Chronischer Schmerzpatient
SHG Elze,
„mit chronischen Schmerzen leben“

Etwa 23 Mio. Deutsche (28 Prozent) berichten in einer repräsentativen Untersuchung von Winfried Häuser et al (2014) über chronische Schmerzen. Bei sechs Mio. Deutschen sind die chronischen Schmerzen so deutlich ausgeprägt, dass sie sich im Alltag und im Berufsleben beeinträchtigt fühlen. Die Zahl derer, die unter chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen und unter damit assoziierten psychischen Beeinträchtigungen leiden, liegt in Deutschland bei 2,2 Millionen. Die Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland ist jedoch lückenhaft. Information, Beratung und Aufklä-

rung der Patienten sind daher die Ziele des jährlichen Aktionstags gegen den Schmerz, der immer am ersten Dienstag im Juni stattfindet.

Schmerzen, insbesondere chronische Schmerzen, gehören anscheinend zu den großen Gesundheitsproblemen in Deutschland, in Europa und weltweit. Sie verursachen nicht nur menschliches Leid, sondern belasten auch die Volkswirtschaft. Erkenntnisse aus der Forschung, wie zum Beispiel eine moderne Schmerzbehandlung gestaltet werden könnte oder sollte, werden nicht umgesetzt und stehen Defiziten in der Mediziner Ausbildung sowie nicht angepassten Strukturen und fehlenden Geldzuweisungen im Gesundheitswesen gegenüber. Eklatante Versorgungsdefizite der betroffenen Patienten sind die Folge.

Einer der häufigsten Gründe für Arztbesuche sind Schmerzen. Viele Menschen glauben, das Leben durch medizinische

Hilfen bis ins letzte Detail (technisch) planen zu können. Das ist ein Trugschluss, denn viele, insbesondere chronische Schmerzen, sind nicht technisch zu lösen, sondern erfordern eher den Blick auf die Beziehung zum eigenen Körper, auf die eigene Geschichte, also auf die Beziehung zu sich und zu anderen. Die frühe Kindheit und der späte Schmerz sind dabei ein wesentliches Indiz, was nicht ignoriert werden sollte. Der Fokus dabei müsste sich auf Eigenverantwortung konzentrieren, weg von dem Anspruch an grenzenlose Machbarkeit und technischen Erlösungssehnsüchten.

Ein Teil dieser großen Zahl von chronischen Schmerzpatienten ist Folge durch den Arzt verursachter Schädigungen, welche oft dadurch entstehen, dass chronische Schmerzzustände nicht von



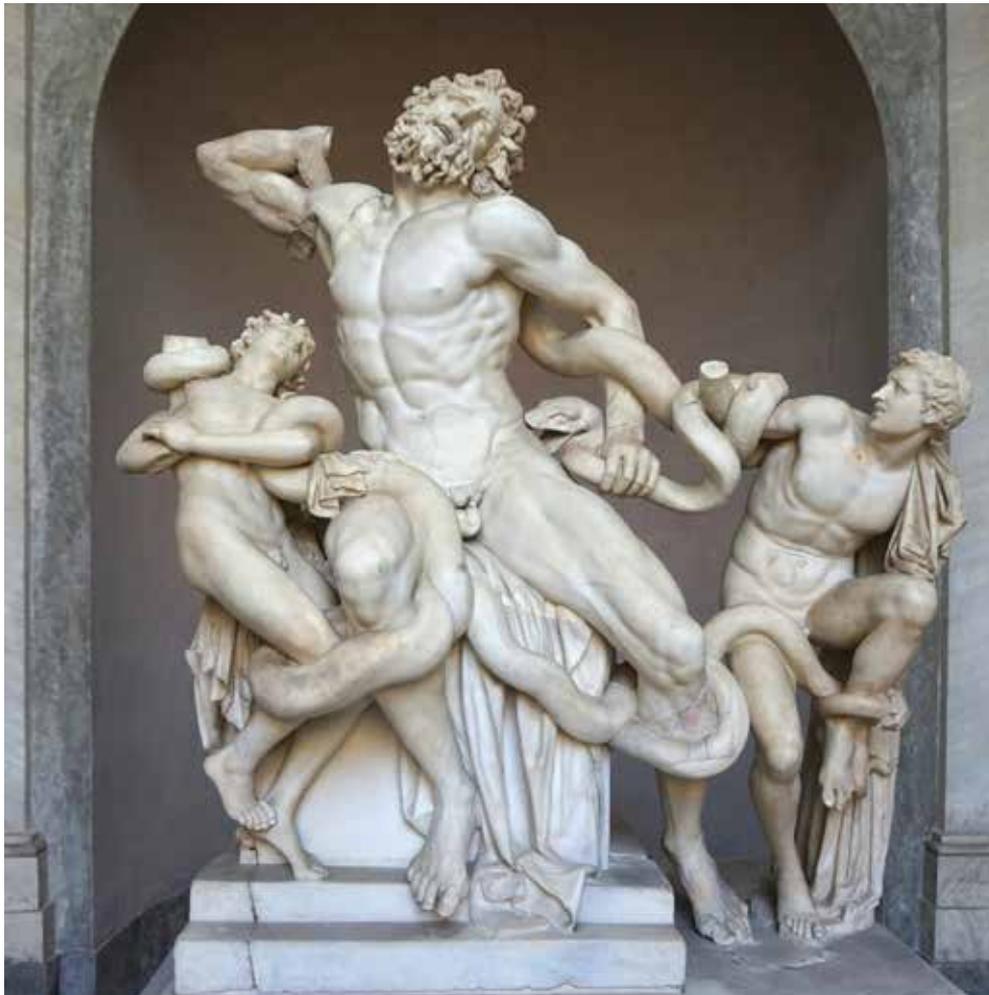
Einer der häufigsten Gründe für Arztbesuche sind Schmerzen.

Die „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ ist durch andauernde quälende Schmerzen über mehrere Monate gekennzeichnet, für die keine körperliche Ursache gefunden werden kann, welche die Beschwerden erklären würde. Die Schmerzen bestehen nur in einer Körperregion oder gleichzeitig in mehreren Regionen, wie Kopf, Rücken, Schulter, Arm, Brust, Bauch oder Unterleib. Meistens werden die Schmerzen von einer Erschöpfung begleitet; es kommen aber auch Schwindelgefühle, Magen-Darm-Beschwerden, Schwitzen, Unruhe oder Herzrasen vor. Ärzte nennen dies auch „psychovegetative“ Begleitscheinungen. (Quelle: Patienteninformationen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.)

akuten unterschieden werden, sondern diagnostisch und therapeutisch angegangen werden, als ob es sich um akute Schmerzen im Sinne eines Warnsignals handelte. Besonders ausgeprägt ist dies bei einer diagnostischen Untergruppe chronischer Schmerzpatienten,

Mit dem 2009 startenden Gesundheitsfonds wird es für die gesetzlichen Krankenkassen deutlich attraktiver, chronisch kranke Versicherte unter der eigenen Kundschaft zu haben. „Manche Kassen machen regelrecht Jagd auf chronisch kranke Patienten“

fen, damit Ärzte ihre Patienten kränker darstellen als sie sind. "Die Krankenkassen nötigen die Ärzte dazu, die Diagnosen nach oben anzupassen", sagte Montgomery den Zeitungen der Funke-Mediengruppe. Das sei reine Verschwendung von Beitragsmit-



Laokoon-Gruppe, trojanischer Priester in der griechischer Mythologie. Laokoon selbst zeigt den Moment größten Leidens und strahlt im Moment des größten Schmerzes Ruhe und Konzentration aus (nach Johann Joachim Winckelmann)

nämlich jenen mit einer somatoformen Schmerzstörung. Sie machen in einer speziellen Schmerzambulanz etwa 25 Prozent aus. Etwa jeder achte Deutsche erkrankt in seinem Leben an dieser psychosomatischen Störung. Für jeden Patienten bekommen die Kassen eine Pauschale. Werden neue Krankheiten diagnostiziert, fließt entsprechend mehr Geld aus dem Ausgleichsfonds.

sagte Leonhard Hansen, Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (https://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/kranken-kassen-jagd-auf-chronisch-kranke_aid_353554.html), Zugriff 5. Juli 2018)

Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, hat den Krankenkassen "Drückermethoden" vorgewor-

tel und Betrug am Patienten. Der Ärztepräsident kritisierte, dass diese Methoden dem Gesetzgeber "schon lange bekannt" seien.

Schmerz lässt sich nicht auf eine Körperwahrnehmung reduzieren, denn er ist auch eine Verletzung des Selbst und der Identität des Menschen. „Wie ein Fremder im eigenen Körper“ greift chronischer Schmerz die Persönlichkeit an. Schmerzen können körperlich,

seelisch, aber auch Folge eines Traumas sein. Wenn der Schmerz beginnt, seine Warnfunktion zu verlieren und zu chronifizieren, wird er schwer verständlich und unberechenbar. Die Menschen, die davon betroffen sind, müssen sich mit der Tatsache auseinandersetzen, dass dieser Schmerz weder hinsichtlich seiner Ursachen noch in seinen Auswirkungen (selbst)verständlich nachvollziehbar ist. Solch ein Patient ist nach durchschnittlich 2-jährigen Behandlungsversuchen bei Ärzten dann fast zu allem bereit. Wie aber reagiert die Medizin, das Gesundheitswesen an sich, auf das wachsende Heer dieser chronisch leidenden Menschen? Wird weiterhin eine erfolglose „Medizin des Schmerzes“ betrieben, oder ist man bereit für ein Umdenken in Richtung einer „Medizin der Schmerzen“, die den Patienten in seiner Ganzheit in den Blick nimmt?

Chronisches Schmerzerleben kann dazu führen, dass das Selbstbild mit dem Bild des Schmerzes verschmilzt. Je weniger ein Betroffener sich mit dem Schmerz annehmen kann, desto intensiver erlebt er seine schmerzbezogenen Symptome und desto stärker ist er depressionsgefährdet. Ist das erhoffte und angestrebte Selbst auch in Anwesenheit des Schmerzes erreichbar? Lässt sich das Selbstwertgefühl nur bei Schmerzfreiheit aufrechterhalten? Diese Fragen erweisen sich als zentral um einzuschätzen, wie ein Mensch chronischen Schmerz bewältigen wird. Vieles weist darauf hin, dass die Verschmelzung zwischen Selbst und Schmerz am Beginn eines Teufelskreises steht. Wer sich selbst ablehnt, wehrt auch den Schmerz ab. Chronische Schmerzen verändern Menschen so stark,

dass sie selbst von ihren Angehörigen oft nicht mehr wiedererkannt werden. Sich mit diesem gepeinigten Patienten auseinanderzusetzen, wird für die begleitenden Therapeuten - unabhängig von ihrer Profession - zu einer großen Herausforderung.

Es fällt sehr schwer zu akzeptieren und wird meistens energisch geleugnet, dass chronische Schmerzen auch Schuld bedeuten können, die Schuld an einem falschen Leben. Der Streit zwischen monokausalem und systemischem

ausschließlich durch Essen entsteht usw. Eine solche verkürzte Perspektive bringt dem Gesundheitssystem zwar durch kurze Konsultationen, durch die Inanspruchnahme teurer Apparatediagnostik und bevorzugte pharmazeutische Behandlung ungeheure Gewinne ein. Die psychosozialen Zusammenhänge allerdings werden vernachlässigt, mit der Folge das „HEILUNG“ passiv erwartet wird. Medikamente sollen hier wirken, anstatt die HEILUNG durch Erkenntnis und Lebensveränderung aktiv anzustreben.



Die psychosozialen Zusammenhänge werden vernachlässigt, mit der Folge das „HEILUNG“ passiv anzustreben. Krankheit wird dadurch nicht als gesunde Reaktion auf ein falsches

Denken ist so alt wie die Medizin selbst. Ersteres geht davon aus, dass Bakterien und Viren allein die Infektion bedingen, dass ausschließlich Allergene allergische Reaktionen bewirken, dass nur Rauch, Cholesterin und hoher Blutdruck für Herzinfarkt verantwortlich sind, dass Übergewicht

Krankheit wird dadurch nicht als gesunde Reaktion auf ein falsches Leben verstanden, und Therapie ist dann kaum mehr als Hilfe bei einer erneuten Wiederanpassung an das falsche Leben, dann allerdings lediglich mit ein paar symptomatischen und oberflächlichen Veränderungen. So wäre es

sicherlich sinnvoll, bereits bei der Nennung sogenannter Risikofaktoren für chronische Schmerzen, Analysen erfolgen zu lassen, weshalb jemand z.B. sich falsch ernährt, sich wenig bewegt und im Stress lebt, um die psychosozialen Zusammenhänge zu erfassen und dann auch entsprechend behandeln zu können. Eine systemische Medizin müsste bei jeder Erkrankung Körper und Seele, die soziale Umwelt und die Lebensform sowie die Werte und Ziele des individuellen als auch des gesellschaftlichen Lebens einbeziehen,

Anhaltender Schmerz und schwere Krankheit bedeuten immer auch „verwundetes Menschsein“, weswegen nicht der verletzte oder erkrankte Körper im Zentrum des therapeutischen Handelns stehen sollte.

Chronische Schmerzpatienten haben also nicht nur das Problem, sich tagtäglich mit ihren quälenden Schmerzen arrangieren zu müssen, sondern müssen auch noch belastende und kräftezerrende Überzeugungsarbeit bei ihren Therapeuten leisten, dass sie diesen Zuschreibungen nicht

reichbares Element, das unversehr bleiben muss und höchsten Schutz erfordert". (Winnicott 1992) Dieses Kern-Selbst scheint jedoch durch starkes, dauerhaftes Schmerzerleben fundamental erschüttert zu werden. Als „Angriff auf das Selbst“ und als permanente Bedrohung nehmen viele Betroffene den Schmerz wahr. „Schmerz ist ein archetypisches Warnzeichen, um den Organismus vor Gefahr zu warnen - er stellt eine Unterbrechung dar, um die Aufmerksamkeit auf Gefahr und Bedrohung zu lenken. Chronischer Schmerz bedeutet eine ständige Unterbrechung der momentanen Aufmerksamkeit". (Eccleston /Crombez, 2007) Dadurch befindet sich der gesamte Organismus „in einem kontinuierlichen Alarmzustand und ständiger Handlungsbereitschaft". Somit gehört es zum Wesen des Schmerzes, die Kontinuität des Selbsterlebens ständig zu stören und den Organismus in Unruhe zu versetzen. Dies führt zu einem fragmentierten Selbstempfinden. Ständig signalisiert der Schmerz, dass die Unversehrtheit des Körpers in Gefahr ist. Wie bedeutsam Selbstintegrität für die menschliche Psyche ist, lässt sich nicht hoch genug veranschlagen. Bedrohte oder verletzte Selbstintegrität wirkt seelisch traumatisierend. Leiden beginnt, wenn die Unversehrtheit des Menschen gefährdet ist oder droht zerstört zu werden. Ist die Schutzhülle der Selbstintegrität versehrt, setzt enorme Verletzlichkeit ein. Überwältigendes Schamerleben ist die Folge: „Die Scham (...) ist manchmal unerträglicher als der Schmerz". (Smith/Osborne, 2007) Scham gilt als „Wächterin, die den Kern unserer Persönlichkeit schützt". (Wurmser, 1986) Sie bewahrt das „innerste Selbst" davor,



erwartet wird. Medikamente sollen hier wirken, anstatt die HEILUNG durch Erkenntnis und Le- ches Leben verstanden.

um zu einer ganzheitlichen Diagnose zu kommen. Die Welt der Patienten liegt im Dunkeln und dies nicht nur angesichts der Medizingeschichte, die eine Story der Behandlungsmethoden und ärztlichen Berufskarrieren ist, nicht aber die des leidenden Menschen.

entsprechen. Dies ist nicht einfach, zumal solche Einwendungen schnell als Selbstrechtfertigungsstrategien und Verleugnungsmechanismen bezüglich der psychischen Anteile ihrer Erkrankung empfunden und ausgelegt werden können. „Im Zentrum jeder Persönlichkeit gibt es ein uner-

verletzt und zerstört zu werden. Wer sich als Mensch im Schmerz tief gekränkt fühlt, sich selbst abwertet und ablehnt, möchte sich dem Blick der anderen entziehen. Betroffene befürchten, dass die Mitmenschen in ihnen eine „bemitleidenswerte, jammervolle Person“ sehen. Die Scham schmerz betroffener Menschen kann so intensiv sein, dass sie nicht mehr weiter sprechen möchten, wenn es um sie selbst geht. Im Zusammensein mit anderen Menschen nicht mehr so sein zu können, wie sie einmal waren, ist beschämend für sie. Sie fühlen sich dazu gezwungen, keinen Schmerz zu zeigen, da dies als gesellschaftlich unerwünscht gilt: „Ich spiele den Schmerz hauptsächlich herunter und sage: Es ist alles in Ordnung – auch wenn es furchtbar wehtut“. Sozialer Rückzug wirkt befreiend: „Ich wäre gerne auf einer einsamen Insel. Es wäre ein Glück, nicht jemand sein zu müssen, der ich nicht bin.“ Schmerzbezogene Scham ist somit auch ein soziales Phänomen: Wenn ich Schmerzen habe, ist es besser so zu tun, als wäre alles gut, besonders in bestimmten sozialen Situationen. Es macht mich krank, dass ich wertlos bin, wenn ich Schmerz oder die Angst vor Schmerz zeige.

Chronischer Schmerz ist ein subjektives Erleben, das anders als andere Erkrankungen nicht durch Laborwerte oder andere Messungen objektiviert werden kann. Befund und berichtetes Symptom passen dadurch oft nicht schlüssig zusammen, also obliegt es dem behandelnden Arzt, in der sozialen Validierung der Erkrankung ein ungreifbares Geschehen in eine medizinisch und sozial akzeptierte Diagnose umzuwandeln. Erst mit dieser Benennung durch einen medizinischen Experten bekommt die Erkrankung auch soziale Gültigkeit und Form. Das hat für Betroffene eine doppelte Wichtigkeit. Zum ei-

nen hilft sie, selbst die Erkrankung als solche zu akzeptieren, und die eigene Wahrnehmung nicht als „unmögliche Tatsache“ und damit als Einbildung oder eventuell sogar als selbst verschuldet zu definieren. Zum anderen bietet eine konkrete Diagnose auch eine Erklärung gegenüber dem sozialen Umfeld und macht Einschränkungen in Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit für andere nachvollziehbarer, was sowohl im beruflichen, als auch im privaten Umfeld eine große Hilfe

damit rechnen, früher oder später mit chronischen Schmerzen leben zu müssen. In den Medien wird ja pausenlos darüber berichtet, dass an allen Ecken Ärzte fehlen, vor allem in den ländlichen Regionen. Ein Schmerzpatient, der nach einer gewissen Zeit der Behandlung durch seinen Hausarzt für diesen ein Problem im Rahmen der Budgetierung wird - durch die zu verordnenden Medikamente und den zusätzlichen Zeitaufwand - der wird früher oder später chroni-



Der Wohnort des Schmerzpatienten ist mit entscheidend, ob er rechtzeitig adäquat behandelt werden kann. Das führt oft zu einer sonst vermeidbaren Chronifizierung.

für die Betroffenen sein kann. In der alten Betrachtungsweise wird vorausgesetzt, dass jedem chronischen Schmerz ein akuter Schmerz vorausgegangen sein muss. Wird also einem Patienten mit einem akuten Schmerzanliegen keine entsprechende Behandlung zuteil, weil er z. B. nicht zu den Glückseligen gehört, die dort wohnen und leben, wo sie zu jeder Zeit adäquat behandelt werden können, muss er

sche Schmerzen entwickeln. Nach einer Überweisung zum Facharzt/Schmerztherapeuten, bekommen viele Patienten durchschnittlich erst nach 3 Monate einen Termin; bei Schmerztherapeuten oft noch viel später. Noch dazu steht für diesen lang ersehnte Facharztkontakt nur eine befristete Zeit von etwa 15 Minuten zur Verfügung, weil der Arzt ökonomisch den jeweiligen Klinik- oder Ambulanzvorgaben

gerecht werden muss. In dieser kurzen Zeit, (geht man davon aus, dass Arzt und Patient sich ja eigentlich fremd sind) soll der Arzt für den Patienten, welcher natürlich auf das momentane Erscheinungsbild, wie Haltung, Kleidung und Mimik reduziert wird, einen Befund erstellen, der dem Patient und dem überweisenden Arzt hilft. Wie soll das funktionieren? Soziologen haben in verdeckt aufgenommenen Praxisgesprächen herausgefunden, dass Patienten im Durchschnitt bereits nach 18 Sekunden von ihrem Arzt unterbrochen werden. Durch den Verlauf der Erkrankung und den damit einhergehenden veränderten Lebens- und Identitätskonzepten, dem ständigen Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung, die kontinuierlichen oder immer wiederkehrenden Schmerzen und die damit verbundenen Emotionen wie Ungeduld, Ärger und wiederholte Frustration, kann eine Haltung entstehen, die dazu führt, dass sich die Betroffenen nicht mehr so leicht in die übliche Macht- und Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient einordnen. Diese Rollenambivalenz zwischen dem leidenden Patienten, der von der kompetenten ärztlichen Hilfeleistung abhängig ist, und dem kritischen und kompetenten Kunden, der Leistung erwartet und fordert, prägt daher gerade bei

chronisch Erkrankten sowohl die Arzt-Patient-Beziehung als auch den weiteren Behandlungsverlauf enorm. Sicherlich nicht zuletzt deshalb bezeichnet Jackson die Beziehung zwischen Ärzten und chronischen Schmerzpatienten als eine der schlechtesten im medizinischen System. (Jackson, J. E. (2000). *Camp Pain: Talking with Chronic Pain Patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press) Dabei gehen sowohl Kommunikationsmodelle bezüglich „Kunden“, als auch solche bezüglich „Patienten“ davon aus, dass der dahinterstehende Mensch eben auch grundlegend menschliche Bedürfnisse bezüglich dieser Kommunikation hat, die über spezifische Erwartungen innerhalb der aktuellen Situation hinausgehen, und die berücksichtigt werden müssen, um eine effektive Zusammenarbeit zu ermöglichen. Wenn man, wie Schneider und Bowen davon ausgeht, dass Kunden „people first and customers second“ sind, werden Grundbedürfnisse wie Sicherheit, Gerechtigkeit und Selbstwert relevant. Diese sollten auch in der Dienstleistungssituation befriedigt oder zumindest nicht unnötig gefährdet werden, um Unsicherheit, Ärger, Enttäuschung und Abwehr zu vermeiden bzw. beenden können. (Schneider, B. & Bowen, D. E. (1999). *Understan-*

ding Customer Delight and Outrage. *Sloan Management Review*, 41 (1), 35–45.)

Allein die räumlichen Ungleichheiten, z. B. in Niedersachsen, tragen erheblich dazu bei, dass chronische Schmerzpatienten ein großer Kostenfaktor in unserem Gesundheitswesen geworden sind. Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen hat eigentlich nichts damit zu tun, welche Krankheitspopulationen es in den Regionen gibt, sondern erschöpft sich allein in einer Pro-Kopf-Statistik zwischen einem Arzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt) und den dazu gehörigen etwa 1600 Patienten (<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/I.1.2.1.pdf>). Es ist dann schon eher ein Glücksspiel und abhängig von der Region, mit welchem Grad an Versorgung ein Patient rechnen kann. Menschen die dabei in Ballungszentren leben, haben einen Vorteil, zumindest was die medizinische Versorgung betrifft.

„Ein gesundes Leben hängt nicht nur von Lebensstil und Verhaltensweisen eines Menschen ab, sondern auch von den Rahmenbedingungen, denen er oder sie alltäglich ausgesetzt ist.“

(http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/as/1705_Gemeinsame_Stelle.pdf)

Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet:



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

Diener, der Geschäftsstellenleiter hat unser Büro umgeräumt. Da habe ich natürlich auch gleich einen Platz für mich reserviert. Jetzt kann ich ihn noch besser beobachten und

kontrollieren, was er da immer so an seinem Schreibtisch treibt. Auf dem Bild könnt Ihr mich auf meinem Beobachtungsposten sehen. Ansonsten brauchte ich bei der Hitze in den letzten Wochen viel Ruhe und bin immer nur kurz draußen gewesen. Ich muss ja mein Revier bewachen. Neulich hatte eine Elster versucht, einzudringen. Der habe ich aber gezeigt, wer hier Chef im Garten ist. Mit wenigen Sätzen bin ich von meinem Beobachtungsposten in den großen Thujabaum gesprungen und

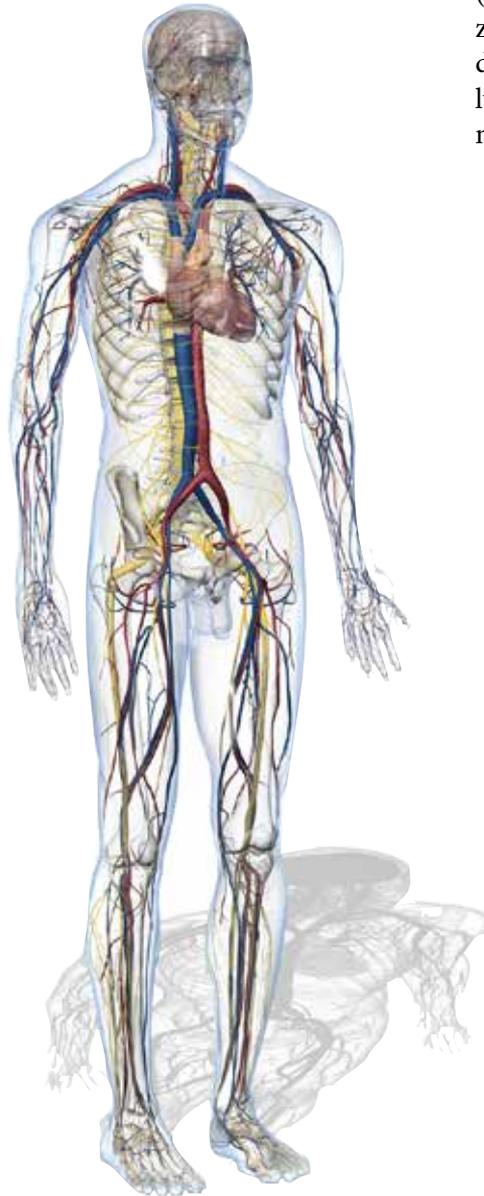
habe sie vertrieben. Mein Diener, der Geschäftsstellenleiter hat zwar sehr kritisch geguckt, aber da kann er ja nichts machen; er! ist! einfach! zu! langsam! Jetzt muss ich aber mal nachschauen, was es heute Abend zu fressen gibt. Euch allen eine gute Zeit und tschüüüü!



Polyneuropathie - Wenn die Nerven „verrückt“ spielen

Die Polyneuropathie ist eine Erkrankung des peripheren (peripher = am Rande) Nervensystems. Zum peripheren Nervensystem (PNS) gehören alle Nerven, die außerhalb von Gehirn und Rückenmark, dem zentralen Nervensystem (ZNS), liegen - angefangen von den Nervenwurzeln, die seitlich an der Wirbelsäule austreten, bis zu den feinsten Verzweigungen in Muskeln und Haut. Hierzu zählen die so genannten motorischen Nerven, welche die Muskeltätigkeit steuern, und sensorische Nerven, die dem Gehirn Informationen zuleiten. Zu den sensorischen Nerven gehören Schmerzfasern in der Haut, aber auch solche Fasern, die dem Gehirn über die Lage von Gliedmaßen, über Berührungen und ganz allgemein über Sinneseindrücke berichten.

Außerdem gibt es Nerven, welche die Funktion der inneren Organe wie Herz, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse und Blase beeinflussen. Sie werden als „autonomes“ oder „vegetatives“ Nervensystem bezeichnet. Die Aufgabe dieser Nerven ist sehr vielfältig. So zeigen beispielsweise die Nervenfasern der Blasenwand dem Gehirn den Füllungsgrad der Harnblase an. Aber auch die Tätigkeit der Schweißdrüsen und die Weite der Blutgefäße unterliegen der Kontrolle des autonomen Nervensystems.



Schmerzen entstehen in der Regel durch äußere Reize wie Entzündungen oder Verletzungen. Die Schmerzen bei einer Neuropathie („Nervenkrankheit“) entwickeln sich anders, denn die Reizweiterleitung ist gestört. Hier sind die

Nervenfasern selbst geschädigt oder zerstört. Bei Neuropathien können nur ein einzelner Nerv („Mononeuropathie“), aber auch zahlreiche Nerven beteiligt sein, dann spricht man von einer Polyneuropathie (poly = viel). Wenn nur die Nervenwurzeln betroffen sind, spricht man von Radikulopathie (radix = Wurzel).

Wegen der Länge der Nerven an Beinen und Armen machen sich die Symptome besonders hier bemerkbar. Sinnesreize werden entweder gar nicht, vermindert oder verstärkt an das Gehirn gemeldet. Die ersten Beschwerden sind häufig Missempfindungen wie Kribbeln und Brennen. Später treten Minderempfindungen auf, d.h. das Nichterkennen oder das verminderte Wahrnehmen von Berührung und Schmerz. Fehlempfindungen kommen als (falsche) Kälte- oder Wärmeempfindung oder als Schmerzempfindung bei nicht schmerzhaften Reizen vor. Typische Symptome des Polyneuropathie-Syndroms sind Sensibilitätsstörungen wie Ameisenlaufen, Kribbeln, ein pelziges oder elektrisiertes Gefühl. Manche Patienten beschreiben brennende Missempfindungen, Kälte- oder ein einschnürendes Gefühl, ganz überwiegend in Ruhe. Gang- und Standprobleme sprechen für Tiefensensibilitätsstörungen. Die autonome Beteiligung kann sich in trophischen Störungen, orthostatischer Dysregulation sowie Po-

tenz- und Blasenentleerungsstörungen äußern.

Eine Polyneuropathie ist sehr oft Folge (bzw. Krankheitsanzeichen) einer anderen Krankheit. Sie stellt somit meist kein eigenständiges Leiden dar. Die möglichen Ursachen einer Polyneuropathie sind vielfältig. Häufigste Auslöser sind eine fortgeschrittene Zuckerkrankheit (diabetische Polyneuropathie) und chronischer Alkoholmissbrauch (alkoholische Polyneuropathie). Ein Vitaminmangel (Vitamin B12-Mangel) kann beispielsweise auch durch eine einseitige Ernährung (z.B. Veganismus: kompletter Verzicht auf Eier, Milch- und Fleischprodukte) oder eine Magenoperation verursacht werden und eine Polyneuropathie auslösen. Außerdem können Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen oder eine Schilddrüsenunterfunktion die peripheren Nerven schädigen. Dies gilt auch für Gifte (z.B. Arsen) oder vorrangig solche

Medikamente, die in der Chemotherapie von Krebserkrankungen eingesetzt werden (z.B. Cisplatin). Die Neigung zu einer Polyneuropathie kann auch vererbt sein. Einige Infektionen mit Bakterien oder Viren können ebenfalls eine Polyneuropathie auslösen. Eine akute Erkrankung, das so genannte Guillain-Barré-Syndrom, wird autoimmun ausgelöst und zerstört die Nervenscheiden der peripheren Nerven. Dadurch wird die Leitfähigkeit der Nerven vermindert. Eine Polyneuropathie kann auch das erste Anzeichen einer Krebserkrankung sein.

Von Polyneuropathie sind ältere Menschen bis zu sieben Prozent betroffen. Die Diagnose des Syndroms lässt sich mit einfachen klinischen Mitteln stellen, etwa durch Prüfung der Sensorik und des Schmerzempfindens mithilfe eines Wattestabs und von Punktionsnadeln im Seitenvergleich sowie mit dem Setzen von Kältereizen, etwa mit Desinfektionsspray.

Der Stimmgabeltest oder die quantitative sensorische Testung (QST) werden von Fachärzten für Neurologie durchgeführt. Dieser kann die Diagnose mit spezifischen Untersuchungen sichern und zum Beispiel eine Small-fiber-Neuropathie ausschließen.

In der Regel verläuft eine Polyneuropathie fortschreitend. Günstig für Polyneuropathie-Patienten ist alles, was die peripheren Nerven leicht stimuliert; auch ein ergotherapeutischer Behandlungsansatz ist möglich. Die medikamentösen Möglichkeiten richten sich nach der Grunderkrankung und vorhandenen Organschäden. Es gibt keine Nachweise für effektive medikamentöse Prophylaxemaßnahmen. Wichtig ist es, dass die Betroffenen in Bewegung bleiben und dass die Grunderkrankung gut behandelt wird.

Quelle: Ärztezeitung online,
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

Klinik-Entlassung! Und wie gehts weiter?

Ein Ratgeber für Schmerzpatienten



**Klinik-Entlassung!
Und wie gehts weiter ?**

Nach einem Schmerz- oder Reha-Klinikaufenthalt ist es für Patienten oft schwierig, den Übergang in die häusliche Atmosphäre zu schaffen. Viele Patienten fallen dann erst mal in ein »tiefes Loch« und wissen nicht, wie es weitergehen soll. Es fehlen zunächst die schützende Klinik-Atmosphäre und die Gemeinschaft mit anderen Betroffenen. Der neue Flyer soll da eine kleine Hilfestellung sein; er gibt Tipps und zeigt die ersten Schritte auf, die nach der Klinikentlassung hilfreich sind.

Bestellen Sie den kostenlosen Flyer in der Geschäftsstelle von UVSD SchmerzLOS e.V., M@il: GSt@schmerzlos-ev.de; Kliniken geben bitte die gewünschte Anzahl an.

Ergänzend zum Thema gibt es eine Checkliste, die Martin von Wachter in seinem Buch »Psychoedukation bei chronischen Schmerzen« veröffentlicht hat: www.schmerzlos-ev.de/information-für-schmerzpatienten/schmerz-edukation/checkliste/



Schlüsselfunktion im Schmerzmanagement - Pain Nurses



Katharina Blank, Pain Nurse

Forschungen und Studien haben uns in den vergangenen Jahren gezeigt, dass Schmerz weit- aus mehr ist als nur ein unangenehmes Empfinden und dass nicht adäquat behandelte Schmerzen weitreichende Folgen haben können. Um dem entgegenzuwirken, sind in den letzten Jahren zahlreiche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten entstanden. Eine Möglichkeit ist die noch relativ junge Bezeichnung als „Pain Nurse“, welche Pflegekräfte auf dem Gebiet der Schmerztherapie spezialisiert. Neben dem Arzt und den Therapeuten, spielt die Pflege dabei eine ganz besondere Rolle. Die Pflegekräfte sind häufiger und dichter am Patienten, können Verläufe besser beurteilen und haben einen ganz anderen Blickwinkel als andere Berufsgruppen.

Zusammen mit dem erworbenen Fachwissen zur Schmerztherapie stellen Pflegekräfte in Funktion als Pain Nurse nicht nur eine Bereicherung für die Therapie des Patienten dar, sondern auch für das Behandlungsteam.

Was aber sind die Aufgaben einer Pain Nurse?

Jede Klinik kann selbst entscheiden ob und wie viele Personen zur Pain Nurse ausgebildet werden und in welcher Funktion sich diese dann wiederfinden.

Pain Nurses versorgen Patienten mit akuten Schmerzen nach einer Operation und wirken bei der Therapie von chronischen Schmerzpatienten mit.

Ein zentrales Element der Therapie ist dabei die aktive Einbindung des Patienten, um mit dem Behandlungsteam eine erfolgsversprechende und vertrauensvolle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Regelmäßige Schmerzmittelgaben sowie die Überwachung des Patienten sind hierbei besonders wichtig. Dies setzt gute Kenntnisse sowohl über die verschiedenen Schmerzmittel, als auch über Methoden der Schmerzlinderung voraus.

Katharina Blank berichtet: Hier beginnt mein Arbeitsalltag:

Schmerzvisite

Um bei Patienten mit größeren Eingriffen eine gute schmerztherapeutische Versorgung sicherzustellen, erhalten diese Schmerzpumpen und werden zweimal täglich von mir besucht. Bereits vor einer Operation stehen bei den meisten meiner Patienten viele Ängste und Fragen im Vordergrund wie z.B.: „Werde ich starke Schmerzen haben?“ oder „Wie geht es nach dem Eingriff weiter?“.

Patienten, die bereits vor dem Eingriff chronische Schmerzen hatten, benötigen dabei besondere Zuwendung. Sie wollen mit ihren Schmerzen verstanden werden. Ich bemühe mich, mir die Zeit dafür zu nehmen und auch die Ärzte und Pflegekräfte der Station auf diese Situation hinzuweisen. Meist beanspruchen diese Visiten mehr Zeit, da Patienten

mit chronischen Schmerzen viele sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit ihrer Erkrankung gesammelt haben, was für die weitere Therapie wichtig sein kann. Die Schmerzvisite dient hierbei dazu, eine gemeinsame Lösung mit dem Patienten für die Akutphase nach einer Operation zu erarbeiten.

Gleichzeitig bin ich für ärztliche und pflegerische Kollegen als Ansprechpartnerin in Sachen Schmerzmanagement vor Ort und kann bei schwierigen Fällen beratend zur Seite stehen. Damit eine qualitative Schmerzversorgung gewährleistet ist, findet ein regelmäßiger Austausch mit den Stationsleitungen, Pain Nurses, Ärzten und Therapeuten der Stationen statt. Hier werden Probleme besprochen und Lösungen erarbeitet, um die Versorgung von Schmerzpatienten zu verbessern.

In dem Wissen, dass dieses System noch Lücken aufweist, hat sich die Versorgung von Schmerzpatienten mit dem Einsatz einer Pain Nurse jedoch verbessert.

Eine Pain Nurse zu beschäftigen bedeutet nicht, dass Patienten in einem Krankenhaus keine Schmerzen mehr haben. Viel mehr dient sie als zentraler Anlaufpunkt mit fundiertem Fachwissen, welche mit dem Behandlungsteam lösungsorientiert zusammen arbeitet.

Ein erster, aber wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um Patienten zukünftig eine bessere Versorgung zukommen zu lassen. ■

SCHMERZEN

sorgen für unser Überleben und machen uns das Leben schwer

Ohne Schmerzen gäbe es uns nicht: Verletzungen, Erkrankungen, drohende Schädigungen unseres Körpers durch Hitze, Druck, durch Strom oder gefährliche Substanzen werden uns durch Schmerz signalisiert. Nicht immer zuverlässig, aber meist können wir frühzeitig reagieren und uns aus der Gefahrenzone bringen. Wer von Geburt an kein Schmerzempfinden hat ist schlecht dran: Manche Kinder mit diesem Gendefekt sitzen schon mit 14 im Rollstuhl. Aus mehreren Metern Höhe zu springen, ist für sie nicht mutig sondern normal, Schmerzen bei Brüchen an Knie oder Beinen treten ja nicht auf. Die Verletzungen bleiben zunächst unbemerkt, sind aber gefährlich - wie für jeden Menschen. Sie entzündeten sich und müssen schließlich chirurgisch behandelt werden. Auch eine juckende Nase wird nachts im Schlaf schon mal blutig gekratzt. Diese Beispiele zeigen, dass Schmerz tatsächlich der „bellende Wachhund der Gesundheit“ ist, so der berühmte Chirurg Ferdinand Sauerbruch.

Wie bei Wachhunden auch gibt es allerdings große Unterschiede bei Temperament und Disziplin. Dauerbeller können nerven, und chronischer Schmerz bringt viele Menschen zur Verzweiflung. Seriöse Schätzungen gehen von etwa einer Million Menschen in Deutschland aus, die unter chronischen Schmerzen leiden. Darunter verstehen Experten Be-

schwerden, die länger als sechs Monate anhalten. Eine schwammige Definition, denn Rückenschmerzen, die ein halbes Jahr anhalten, schränken meist sehr viel stärker ein als bereits Jahre bestehende, aber nur gelegentli-

forderung gesehen, Probleme mit Schmerz gelten als menschliche Schwäche. Ein Ironman mit knapp 4 Kilometer Schwimmen, anschließend 180 Kilometer Radfahren und einem abschließenden Marathon mit über 42 Kilo-



Schmerz wird als zu meisternde Herausforderung gesehen, Probleme mit Schmerz gelten als menschliche Schwäche.

che Kopfschmerzen. Und selbst bei den gleichen Schmerzarten reagieren die Betroffenen ganz unterschiedlich. Bekannt ist der Satz eines deutschen Fußballers: „Ein Lothar Matthäus lässt sich nicht von seinem Körper besiegen, ein Lothar Matthäus entscheidet selbst über sein Schicksal.“ Ist Schmerz also eine Kopfsache?

Tatsächlich finden sich viele ähnliche Beispiele für diesen hohen Anspruch - vor allem im Extrem- und Leistungssport. Schmerz wird als zu meisternde Heraus-

meter ist auch für Trainierte sehr schmerzhaft. Für die meisten Menschen sind solche Belastungen unvorstellbar, gesund sind sie jedenfalls nicht. Auch Fakire sind zu „Leistungen“ fähig, die sich kein „Amateur“ im Schmerzbereich zutrauen würde. Und bei Fußballern wundert man sich, wie schnell auch ein heftiger Schlag gegen die Knochen manchmal weggesteckt wird.

Mit diesen Beispielen vor Augen haben viele Menschen mit Schmerzen den Eindruck, versagt, sich nicht ausreichend im Griff zu haben. Das Problem dabei: Zu den Schmerzen, die ohnehin

schon belasten, kommt noch eine bedrückte Stimmung hinzu. Typisch sind ungünstige Gedanken „wie soll das werden, wie schlimm wird das, geht das überhaupt noch mal weg“.

Schmerzen kann man nicht sehen, die Ursachen für die wichtigsten und häufigsten Schmerzformen lassen sich im Röntgen, Kernspin oder Blutbild nicht feststellen.

Vier von fünf Menschen leiden irgendwann im Leben längere Zeit unter Rückenschmerzen. Nur bei einem davon lassen sich körperliche Veränderungen feststellen, die für die Beschwerden eine Rolle spielen. Auch Kopfschmerzen kennen mehr als vier von fünf Menschen. Hier ist die Gefahr, dass eine Erkrankung die Ursache ist, sogar noch deutlich geringer: Vermutlich nur einer unter hundert Betroffenen leidet an einer Erkrankung, die ursächlich für die Kopfschmerzen verantwortlich ist. Voraussetzung für die korrekte Diagnose der wichtigsten und häufigsten Kopfschmerzformen, Migräne und Spannungskopfschmerz, ist, dass keine bekannten Erkrankungen als Schmerzursache gefunden werden. Sie werden deshalb auch als primäre Kopfschmerzen bezeichnet, d.h. Kopfschmerzen, die, im Unterschied zu sekundären Kopfschmerzen, eben nicht Symptom einer zugrunde liegenden Erkrankung sind, sondern selbst die Krankheit darstellen.

Woher kommen denn dann die Schmerzen? Der Orthopäde Gordon Waddell stellt dazu für Rückenschmerzen fest: „Die meisten Menschen mit Rückenschmerzen haben keine Krankheit und auch keine Rückenschäden. Es geht eher darum, dass der Rücken nicht so funktioniert wie er sollte. Man ist vielleicht steif geworden, die Muskeln sind zu schwach, arbeiten nicht mehr richtig oder es gibt Koordinationsprobleme. Man soll-

te also eher nach solchen funktionellen Problemen suchen anstatt nach einem Schaden, der repariert werden muss. Es ist wie bei einem Auto: Es gibt keinen Unfallschaden und es muss auch kein Kotflügel ausgetauscht werden. Vielmehr läuft einfach der Motor nicht rund. Im Grunde braucht man keine Reparatur, sondern etwas Pflege.“

Waddell hat sich mit dieser Einschätzung bei seinen Kollegen sehr unbeliebt gemacht, hat aber letztlich Recht behalten: Die medizinische Forschung bestätigt, dass die häufig benannten Schmerzursachen – Degeneration, Veränderungen der Wirbelsäule – bei vielen Menschen und mit zunehmendem Alter schließlich bei fast allen Menschen vorkommen. Gleichzeitig nimmt aber die Häufigkeit von Rückenschmerzen ab, je älter wir werden. Menschen ab 80 haben weniger Rückenschmerzen als die unter 40jährigen. Auch Kopfschmerzen gehen drastisch zurück. Bei ihnen spielen aktuelle und chronische Stressbelastung, mangelnde körperliche Fitness und fehlende Ausdauer eine wichtige Rolle.

Als Lösung für alle chronischen Schmerzprobleme galt lange Zeit das Verschreiben starker Schmerzmittel, die auch bei Krebspatienten mit Krebs eingesetzt werden. Der große Fehler bei dieser Überlegung war, dass es keinerlei Kenntnisse über die Langzeitwirkung gab. Inzwischen wissen wir, dass die Zahl der Menschen, bei denen die sogenannten Opioide langfristig – also länger als einige Monate – wirksam sind, überraschend gering ist. Zudem helfen sie nicht wirklich zuverlässig. Bei chronischen Schmerzen profitieren nur noch wenige Menschen von diesen Mitteln. Die Hälfte der Patienten reagiert auf diese Medikamente nicht mit einer ausreichenden Schmerz-

linderung, aber oft mit erheblichen Nebenwirkungen. Bei denen, die zunächst davon profitieren, erreichen nach einem Jahr nur noch etwa ein Drittel eine anhaltende Verbesserung. Profitieren heißt dabei nicht Schmerzfreiheit, sondern eine Schmerzlinderung um mindestens ein Drittel. Entscheidend für eine gute Wirkung ist die Verbesserung der Lebensqualität, die Möglichkeit, in Bewegung zu bleiben und den Alltag zu bewältigen. Bekannt ist inzwischen auch, dass die längere Einnahme zu kognitiven Einschränkungen führen kann. Die Konzentrationsfähigkeit wird beeinträchtigt, die geistige Leistungsfähigkeit lässt deutlich nach. Ebenfalls beeinträchtigt wird der Schlaf – und damit wird Schmerz letztlich verstärkt. Das gilt vor allem für die stärksten Schmerzmittel, die Opioide. Auf Dauer eingenommen können alle Schmerzmedikamente zur Chronifizierung führen. In den USA haben eine laxe Verschreibungspraxis und ein unzureichendes Gesundheitssystem zu einem erschreckenden Anstieg von Drogensucht und Todesfällen durch legale Schmerzmittel geführt. Unterschätzt und klein geredet wurde lange die Gefahr von Abhängigkeit. Natürlich ist bei Patienten mit Krebs, die u.U. nur noch wenige Monate zu leben haben, die mögliche Abhängigkeit von Medikamenten anders zu bewerten als bei Menschen, die unter „normalen“ Rückenschmerzen leiden. Dennoch sind auch in Fällen mit kurzer Lebenserwartung die stärksten Mittel nicht immer die am besten wirksamen. Die Entwicklung in den USA zeigt: Alles hat seinen Preis, und der für Schmerzfreiheit ist besonders hoch.

Autor: Dr. Paul Nilges

Quelle:

MedizinMainzer Nr. 6 Februar 2018

Sind Nahrungsergänzungsmittel bei Arthrose hilfreich?

Arthrose ist die häufigste Gelenkkrankheit. Dabei wird die Knorpelschicht eines Gelenks zerstört. Sie geht einher mit Bewegungseinschränkungen, Entzündungen, Schwellungen und Schmerzen. Am häufigsten betroffen sind Hände, Knie und Hüften. Erkrankt sind in Deutschland etwa fünf Millionen Menschen. Zunehmendes Alter gilt als Risikofaktor, aber auch Jüngere können unter diesem Gelenkverschleiß leiden.

Knorpel mit Gelenkflüssigkeit voll. Nutzt er sich jedoch ab, reibt irgendwann Knochen auf Knochen, und es entsteht eine Arthrose.

Behandelt werden Arthrosebeschwerden oft konservativ, also mit Entlastung und Bewegung ohne Belastungen. Viel beworben werden frei verkäufliche Nahrungsergänzungsmittel. Mehr als 100 Millionen Euro werden jährlich in Deutschland für Präparate mit den Wirkstoffen Glucosamin,

Arzneimittel. Zum Teil kann die Einnahme sogar gefährlich Folgen haben.

In Studien schneiden teilweise sogar Placebos besser ab als Chondroitin oder Glucosamin. Dazu kommt: Die Wirkstoffe kommen nicht im Gelenk an. Über den Magen-Darm-Trakt werden sie direkt verstoffwechselt. Beide Wirkstoffe kommen im menschlichen Körper natürlicherweise als Bestandteil des Bindegewebes,



Mehr als 100 Mio. Euro werden jährlich in Deutschland für Präparate mit den Wirkstoffen Glucosamin, Chondroitin oder Hyaluronsäure ausgegeben. Die Produkte sollen laut Werbeversprechen Arthrose bekämpfen und bei Gelenkbeschwerden heilungsfördernd und präventiv wirken.

Der Knorpel sitzt als schützende, elastische Schicht auf den beiden Knochenenden, die ein Gelenk bilden. Ernährt wird er von der Gelenkflüssigkeit. Eine gesunde Knorpelschicht wirkt wie ein Stoßdämpfer. Bei Belastung wird die Knorpelschicht gestaucht, um sich anschließend wieder auszudehnen. Dabei saugt sich der

Chondroitin oder Hyaluronsäure ausgegeben. Die Produkte sollen laut Werbeversprechen angeblich Arthrose bekämpfen und bei Gelenkbeschwerden heilungsfördernd und präventiv wirken. Doch Experten warnen: Nahrungsergänzungsmittel sind Lebensmittel. Sie werden nicht auf ihre Wirksamkeit geprüft wie

des Knorpels und der Gelenkflüssigkeiten vor. Als Nahrungsergänzungsmittel können sie Knorpelverlust jedoch nicht ausgleichen. Der Gelenkknorpel ist der einzige Knorpel in unserem Körper, der nicht regenerationsfähig ist. Das bedeutet, dass er sich nicht neu bilden kann.

Das Bundesamt für Risikobewertung (BfR) warnt seit Jahren vor "möglicherweise schwerwiegenden Folgen" bei gleichzeitiger Einnahme von Cumarin-Antikoagulantien, bestimmten Blutgerinnungshemmern. So seien Blutungen zu befürchten, bis hin zu einem subduralen Hämatom, einer spezifischen Form der Hirnblutung, mit resultierendem Wachkoma. Das BfR warnt zudem vor isoliertem Glucosamin schon in einer Dosierung von 390 bis 790 Milligramm pro Tag. Viele der im Einzelhandel oder übers Internet erhältlichen Gelenkmittel liegen aber deutlich darüber.

Auch wer allergisch auf Schalentiere oder Fischeiweiß reagiert, kann durch Glucosamin- und Chondroitinpräparate erhebliche Probleme bekommen, denn häufig werden sie aus diesen hergestellt. Verbraucherschützer fordern deshalb Warnhinweise und eine klarere Deklaration

der Inhaltsstoffe und sowie deutlich definierte Höchstmengen für Glucosamin und Chondroitin. Menschen, die schon Blutgerinnungshemmer nehmen, sollten sich auf jeden Fall mit ihrem Arzt besprechen.

Wirksamer als die einzelnen Wirkstoffe einer Tablette ist eine ausgewogene, vitamin- und ballaststoffreiche Ernährung. Omega-3-Fettsäuren in Fisch und pflanzlichen Ölen haben eine entzündungshemmende Wirkung und eignen sich daher gut für den Ernährungsplan bei Arthrose. Ungünstig sind dagegen Fleisch und Wurstwaren sowie tierische Fette. Sie führen dazu, dass sich im Körper die entzündungsfördernde Arachnidonsäure bildet. Eine fleischarme Mischkost mit viel Obst, Gemüse und pflanzlichen Ölen schmeckt nicht nur gut und versorgt den Knorpel mit allen

notwendigen Nährstoffen, sondern führt nebenbei auch zu einer Normalisierung des Körpergewichts, sodass die Gelenke weniger belastet werden.

Die Naturheilkunde bietet auch eine ganze Reihe lindernder Therapieverfahren gegen den Gelenkverschleiß an wie Gewürzmischungen, Bluteigel, Weihrauchkapseln oder warme Wannenbäder. Auch die Wirkung von Bluteigeln gegen Entzündungen ist wissenschaftlich gut belegt. Die Bluteigel geben während der Behandlung ihren Speichel in die Wunde ab. Er enthält bis zu 100 entzündungshemmende, gerinnungshemmende und schmerzstillende Substanzen. Experten raten dazu, mehrere ergänzende Heilmethoden auszuprobieren, denn nicht jedes Mittel wirkt bei jedem Patienten gleichermaßen.

Quelle: ndr.de

Beispiele für eine empfehlenswerte Ernährung bei Arthrose:



Blumenkohl-Pizza

Zutaten für den Teig (2 Personen):
 220 g Blumenkohl
 1 Ei
 180 g (bis 30% Fett i.Tr.) Käse
 1 Zehe Knoblauch
 1 TL italienische Kräuter
 1/2 TL Salz

Dieser Pizzaboden ist hefe- und weizenfrei. Das "Blumenkohl-Mehl" hat nur sehr wenige Koh-

lenhydrate. Den Blumenkohl mit der Reibe oder dem Mixer fein zerkleinern. Er sollte Grieß ähneln. Den Blumenkohl-Grieß etwa 8 Minuten im Dampfgarer oder in der Mikrowelle bei 600 Watt vоргaren.

Den Backofen auf 180 °C vorheizen.

Den Knoblauch hacken, den Käse raspeln. Ei, Käse, Blumenkohl, Knoblauch, Gewürze und Salz mischen. Die Masse auf ein mit Backpapier belegtes Blech verteilen und etwa 15 Minuten backen, bis der Boden etwas braun ist.

Zutaten für den Belag:

1 Tetrapack passierte Tomaten
 nach Wunsch: Gemüse, Geflügel-Kochschinken, Käse

Das Blech aus dem Ofen holen

und die passierten Tomaten auf dem Pizza-Boden verteilen. Die Pizza nach Belieben belegen, beispielsweise mit Spinat, weiterem Gemüse und Kochschinken. 1-2 Handvoll Reibekäse darüber geben und nochmals 10 Minuten backen, bis der Käse verlaufen ist. Alternative:

Als Belag Kräuterfrischkäse (bis 16 % Fett) auf den Boden streichen. 1 Handvoll Reibekäse darüber streuen. 3-4 Zwiebeln (in Ringe geschnitten und gedünstet) und 1 Packung fettarme Schinkenwürfel darauf verteilen.

Nährwerte (pro Portion)

480 kcal, 51 g Eiweiß, 23 g Fett, 12 g Kohlenhydrate, 9 g Ballaststoffe

Quelle: ndr.de



Auberginen-Auflauf mit Mozzarella

Zutaten (für 4 Personen):

- 750 g Auberginen
- 1 Zwiebel
- 1 Knoblauchzehe
- 3 EL Olivenöl
- 1 kleine Dose (400 g) geschälte Tomaten
- 200 g Mozzarella
- 20 g frisch geriebener Parmesan
- Salz
- frisch gemahlener Pfeffer
- getrockneter Oregano
- frisches Basilikum

Den Backofen auf 220 °C Umluft (200 °C Ober- und Unterhitze) vorheizen. Die Auberginen waschen, trocken tupfen, putzen und in fingerdicke Scheiben schneiden. Auf ein mit Backpa-

pier belegtes Blech legen und im Backofen von beiden Seiten 5-7 Minuten grillen. Wenn sie Farbe annehmen, sind die Auberginen gar. Den Ofen nicht ausschalten.

Inzwischen Zwiebel und Knoblauch schälen, die Zwiebel in Ringe, den Knoblauch in feine Würfel schneiden. Das Basilikum waschen und trocknen schütteln, die Blätter abzupfen und in feine Streifen schneiden. Das Öl vorsichtig in einer Pfanne erhitzen und Zwiebelringe und Knoblauch darin andünsten. Die geschälten Tomaten dazugeben, alles mit Salz, Pfeffer, Oregano und Basilikum würzen und offen bei schwacher Hitze 8-10 Minuten einkochen.

Den Mozzarella in dünne Scheiben schneiden (bei Reflux/Sodbrennen ggf. fettreduzierten Mozzarella nehmen). Eine Auflaufform dünn mit Öl einpinseln, 2 EL Tomatensoße hineingeben, mit einer Schicht Auberginenscheiben bedecken. Darauf in dieser Reihenfolge 2-3 EL Tomatensoße, Mozzarellascheiben und 2

EL geriebenen Parmesan schichten. Das Ganze so lange weiterführen, bis alle Lebensmittel verbraucht sind. Die oberste Schicht bilden Mozzarella und Parmesan. Im vorgeheizten Backofen (Mitte) 15-20 Minuten backen.

Nährwerte (pro Portion):

290 kcal, 16 g Eiweiß, 20 g Fett, 8 g Kohlenhydrate, 4 g Ballaststoffe

Tipp:

Verwenden Sie auch für diesen italienischen Auberginenaufbau keinen geriebenen Parmesan aus der Tüte! Damit der Käse aromatisch-würzig zwischen dünnen Auberginenscheiben und der Tomatensoße bestehen kann, reiben Sie den Parmesan frisch - ersatzweise schmeckt auch ein gut ausgereifter, würziger Pecorino.

Quelle: ndr.de

www.gesundheit.de/ernaehrung/krankheit-und-ernaehrung/ernaehrung-bei-arthrose

Lesen Sie auch unsere Buchempfehlung: Seite 24.

Jetzt und hier

Alles ruhen lassen
Hände im Schoß
das Gras wachsen hören
träumen
mich bescheiden auf das, was ich bin
nicht von Bedeutung sein wollen
Ballast loslassen
mich trennen von dem, was mich halten will
jetzt und hier

aufhören, alles planen zu wollen
alles wissen zu müssen
mich dem Augenblick überlassen
nur der steht mir zur Verfügung
jetzt und hier

Ja sagen zu meinem Alltag
zu meinen Menschen
mich freuen, dass es mich gibt
Leben spüren mit allen Sinnen
dem Ruf der Morgenamsel folgen
den Wind auf der Haut fühlen
dem Schatten nachwandern
in die Sonne blinzeln
Brot, Oliven, funkelnder Wein
im Licht der Gegenwart
das Geschenk der Dankbarkeit entgegennehmen
Leben leben
jetzt und hier

Autor unbekannt

Schmerzmittel und Fahrtauglichkeit



Es gibt keine generellen Verbote oder Einschränkungen für die Teilnahme am Straßenverkehr bei Einnahme von verordneten Medikamenten. Aber: Jeder Verkehrsteilnehmer muss selbst kritisch prüfen, ob die Fahrtauglichkeit gegeben ist.

In einer deutschen Zeitung war neulich diese Überschrift zu lesen: „**Lkw-Fahrer soll vor tödlichem Unfall Schmerzmittel genommen haben.**“ Bei dem Unfall fuhr er ungebremst auf einen auf dem Seitenstreifen stehenden Polizeiwagen auf, in dem zwei Polizisten starben. Ein Gutachter stellte fest, dass der Fahrer am Tag vor dem tödlichen Unfall Schmerzmittel eingenommen habe und fahruntüchtig gewesen sei. Die Substanzen im Schmerzmittel hätten die Müdigkeit noch verstärkt. Der 34-jährige Lkw-Fahrer hatte nach dem Unfall eingeräumt, nach einer Nachtschicht wegen starker Rückenschmerzen nicht geschlafen zu haben.

Darf man als Fahrzeugführer eigentlich am Straßenverkehr teilnehmen, wenn man Schmerzmittel eingenommen hat?

Die Gesetzeslage sieht so aus
1. Das Autofahren nach Schmerzmitteleinnahme ist laut Straßenverkehrsgesetz erlaubt, wenn die

Medikamente zur Behandlung einer Krankheit notwendig und vom Arzt verordnet sind. (§ 24a Straßenverkehrsgesetz)

2. Wer im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, und dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (§ 315c Strafgesetzbuch)

Daraus folgt, dass jeder Verkehrsteilnehmer für seine Fahrtauglichkeit selbst verantwortlich ist, denn nach der geltenden Gesetzeslage gibt es keine generellen Verbote oder Einschränkungen für die Teilnahme am Straßenverkehr bei Einnahme von verordneten Medikamenten. Aber auch Müdigkeit, egal ob durch Schmerzen verursacht oder nicht, ist ein Ausschlusskriterium für die eigene Beurteilung der Fahrtauglichkeit.

Praktische Hinweise

Besonders die Einnahme von Schmerzmitteln kann die Fahrtauglichkeit beeinflussen. Andererseits kann dadurch bei Schmerzpatienten eine adäquate Schmerztherapie auch mit Leistungsverbesserungen verbunden sein und somit die Teilnahme am (motorisierten) Straßenverkehr überhaupt erst ermöglicht werden.

Hinweispflicht des Arztes:

Bei Führerscheininhabern, die auf Schmerzmittel angewiesen sind, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Der Arzt lässt den Patienten schriftlich bestätigen bzw. macht in seinen Unterlagen und ggf. im Arztbrief einen Vermerk, dass er auf die Gefahr hingewiesen hat, andernfalls können Ärzte für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden. Ebenso soll der Arzt seine Zustimmung zum Autofahren dokumentieren. Voraus-

setzungen für die Zustimmung sind ein guter Allgemeinzustand des Patienten, die Zuverlässigkeit der Einnahme sowie ein stabiler Therapieverlauf. Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass auch ein plötzliches Absetzen der Schmerzmedikamente oder der grundsätzliche Verzicht auf Schmerzmittel trotz starker Schmerzen keineswegs fahrtauglich machen.

Opiat- oder Medikamentenausweis: Lassen Sie sich die Notwendigkeit und die verordnete Dosis der jeweiligen Arzneimittel vom Arzt bestätigen und führen Sie diesen Ausweis ständig mit sich.

Dosisänderungen im Verlauf einer Schmerztherapie:

Sprechen Sie mit dem Arzt darüber, ob es sinnvoll ist, vorübergehend kein Fahrzeug zu führen. Halten Sie sich an die mit dem Arzt abgesprochene Dosierung.

Wechselwirkungen:

Seien Sie vorsichtig mit Kombinationen von Arzneimitteln, weil dadurch die Reaktionsfähigkeit beeinflusst werden kann. Dazu ge-

hört auch, dass bei der Einnahme von stark wirksamen Schmerzmitteln selbst auf kleinste Mengen Alkohol verzichtet werden sollte.

Testen lassen:

Lassen Sie sich im Zweifel von Verkehrsmedizinern oder

-psychologen bei medizinisch-psychologischen Untersuchungsstellen (etwa TÜV oder DEKRA) beraten.

Medikamentengruppen, die die Fahrtauglichkeit beeinflussen können und bei Schmerzen verordnet werden:

1. Nicht-Opioid Analgetika: Peripher wirksame Schmerzmittel (Analgetika) sind Arzneimittel, die ihre Wirkung nicht durch Bindung an Opioidrezeptoren entfalten. Sie sind relativ unbedenklich als Monopräparate, aber in Kombination mit Schlafmitteln, Codein oder Coffein bedenklich und können Müdigkeit, Schwindel, Überempfindlichkeits- oder allergische Reaktionen z.B. Atemwegsverkrampfungen, Blutdruckabfall bis hin zu Schockreaktionen auslösen.

2. Opiate / Opioide:

Diese Gruppe von Wirkstoffen gehören zu den zentral, also direkt im Gehirn wirkenden Medika-

mente. Eine Verkehrsgefährdung besteht bei Patienten mit Schmerzempfindlichkeit (Analgesie), Ruhigstellung (Sedierung) und bei abruptem Absetzen nach längerfristiger Einnahme ggf. Auslösung von Entzugssymptomen.

3. Antidepressiva / Antikonvulsiva oder andere Psychopharmaka

Diese werden nicht selten zusammen mit Schmerzmitteln verordnet und wirken positiv durch eine Veränderung bei der Übertragung der Schmerzreize auf der Ebene des Rückenmarks. Nebenwirkungen sind Dämpfung, Antriebsminderung, Störungen der Psychomotorik und der Koordination, was die Fahrtauglichkeit einschränken kann.

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit! Lassen Sie sich von Ihrem Arzt oder Apotheker beraten!

Jeder Verkehrsteilnehmer muss selbst kritisch prüfen, ob die Fahrtauglichkeit gegeben ist.

Autoren:

Prof. Toni Graf-Baumann

Heike Norda

Warnung vor frei verkäuflichen Schmerzmitteln

Bei Schmerzmitteln wie Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac oder Acetylsalicylsäure, die ohne Rezept in der Apotheke zu erhalten sind, sollen neue Hinweise vor einer zu langen Einnahme warnen. „Bei Schmerzen oder Fieber ohne ärztlichen Rat nicht länger anwenden als in der Packungsbeilage vorgegeben“, muss künftig auf der Außenpackung aufgedruckt werden. Das sieht die Analgetika-Warnhinweis-Verordnung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor, die der Bundesrat billigte. Der verpflichtende Warnhinweis solle Verbraucher davon abhalten, die Medikamente über die empfohlene Höchstdauer hinaus

einzunehmen, hieß es vom Bundesrat. Die Verordnung erstreckt sich auf verschreibungsfreie, oral oder rektal anzuwendende Produkte mit den Wirkstoffen Acetylsalicylsäure, Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Paracetamol, Phenazon oder Propyphenazon.

Studien zufolge würden ein Fünftel der Frauen und fast ein Drittel der Männer solche Analgetika länger als die vorgegebenen vier Tage einnehmen. Dies könne zu Magen-, Darmblutungen und Nierenschäden führen, aber auch Schlaganfälle verursachen. Darauf wird bisher schon auf dem Beipackzettel hingewiesen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft be-

grüßte die Verordnung als richtigen Ansatz zum Verbraucherschutz. Mit der Verordnung würden die „in Bezug auf die Dosis und Anwendungsdauer auch rezeptfreier Arzneien sensibilisiert und von einer Einnahmedauer ohne ärztlichen Rat von über vier Tagen abgehalten“, sagte Martin Schmelz, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft. Er betonte, vielen Menschen sei nicht klar, dass auch rezeptfreie Schmerzmittel gefährlich sein könnten. Die Fachgesellschaft mahnt an, zu evaluieren, wie und ob der Warnhinweis seine beabsichtigte Schutzwirkung entfaltet.

Quelle: aerzteblatt.de, Ärztezeitung online

Stürze können fatale Folgen haben – nicht nur bei älteren Menschen

Sturzfolgen minimieren

Die meisten Stürze passieren in den eigenen vier Wänden, nämlich etwa 80 Prozent. Der wichtigste Risikofaktor ist das fortschreitende Alter: Kraft und Koordination lassen nach, Gelenkverschleiß, Gangunsicherheit und eingeschränkte Beweglichkeit; Schwerhörigkeit und vor al-

- auf einem Bein stehen können.
- nicht innerhalb von 15 Sekunden fünf Mal aufstehen und sich wieder setzen können.

Nach einem Sturz erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres erneut zu stürzen. Aus Angst vor einem erneuten Sturz

bewegen sich die Betroffenen noch unsicherer und verlassen noch seltener das Haus. So bauen sie Muskeln ab und verlieren zunehmend soziale Kontakte.

Zur Sturzprophylaxe sollte man die Stolperfallen beseitigen: lose Teppiche befestigen, fehlende Handläufe anbringen, Elektro- und Telefon-

kabel verdecken, für ausreichende Beleuchtung sorgen, im Bad fest montierte Handgriffe anbringen sowie mögliche Türschwellen ebnen. Manchen hilft auch ein Licht mit Bewegungsmelder am Bett. Rutschfeste Socken und flaches, festes Schuhwerk mit Klettverschluss geben dem Fuß den nötigen Halt. Für Wege außerhalb der eigenen Wände sollten Schuhe mit Profil getragen werden. Für den Winter gibt es Spikes oder Schneeketten, die unter dem Schuh befestigt werden. Die Gehhilfen sollten richtig eingestellt sein.

Wer bestimmte Medikamente einnimmt, wie Blutdrucksenker oder Schmerz- oder Beruhigungsmittel, sollte nach mehreren Stürzen

die Medikation durch den Arzt überprüfen lassen. Die Sehhilfen sollten regelmäßig vom Augenarzt überprüft werden. Sehr bewegungseingeschränkte und unsichere Menschen können Sturzfolgen reduzieren, wenn sie zusätzlich zu rutschfesten Schuhen Hüftprotektoren tragen.

Auch ein Training kann helfen: Koordination, Balance, Kraft und Reaktionsgeschwindigkeit sollte trainiert werden, zum Beispiel mit Step Aerobic, das auch von Älteren unter Anleitung durchgeführt werden kann. Empfohlen werden zwei Trainingseinheiten pro Woche. Auch Tai Chi, die jahrhundertalte chinesische meditative Bewegung wird empfohlen. Diese Kombination aus kräftigenden und balancefördernden Übungen ist ein sinnvoller Sport für alle Altersstufen. Wichtig ist die Freude an den Bewegungen, so dass sie in den Alltag eingebaut werden. Gehen Sie beispielsweise beim morgendlichen Zähneputzen ganz leicht in die Knie oder wechseln Sie im Minutentakt das Standbein.

Das Gehen auf unterschiedlichen Untergründen sollte geübt werden. Ist es bereits zu einem schweren Sturz gekommen, fehlt vielen Betroffenen der Mut, sich wieder allein zu bewegen und zu versorgen. Sie fürchten, nach einem erneuten Sturz nicht wieder aufstehen zu können. Doch das lässt sich mit professioneller Anleitung trainieren. Dabei kommt es nicht nur auf die körperliche Kraft, sondern vor allem auf den Willen und das Wissen an, wie man schnell wieder auf die Beine kommt und welche Hilfsmittel dafür benötigt werden.

Bei „gefährlichen“ Arbeiten im



Das Aufstehen nach einem Sturz lässt sich mit professioneller Anleitung trainieren.

lem eine zunehmende Sehschwäche erschweren die Orientierung. Einige Medikamente, vor allem Blutdruck-, Schmerz- und Beruhigungsmittel, beeinträchtigen zudem den Gleichgewichtssinn. Aber auch äußere Faktoren, wie schlechte Beleuchtung, Stolperfallen in der Wohnung oder im Haus und falsches Schuhwerk können Stürze geradezu provozieren.

Wie groß die persönliche Sturzgefahr ist, können einfache Tests klären. Zur Risikogruppe gehören Menschen, die

- für eine Strecke von zehn Metern länger als zehn Sekunden benötigen.
- nicht länger als fünf Sekunden

Haushalt sollte man sich helfen lassen. Viele Unfälle passieren beim Fensterputzen, noch dazu wenn keine geeigneten Leitern benutzt werden.

Menschen, die auf Gehhilfen angewiesen sind, sollten diese von Fachpersonal korrekt einstellen lassen. In vielen Gemeinden gibt es bereits ein

Rollator-Training. Dort kann man den richtigen Umgang mit der Gehhilfe erlernen und Sicherheit auch für schwierige Situationen erlangen.

In Neumünster (Schleswig-Holstein) gibt es seit 2016 im Garten des Senioren-Pflegeheimes Haus Berlin den weltweit ersten Rollator-

Erfahrungspark. Auf der 75 Quadratmeter großen Anlage können nun Rollator-Nutzer aus dem ganzen Bundesgebiet wie auf einem Verkehrsübungsplatz den sicheren Umgang auf unterschiedlichen Untergründen wie Asphalt, Kopfsteinpflaster oder Rasen trainieren.

Quelle: NDR.de und shz.de

Ministerium gegen die Einsamkeit

In Großbritannien gibt es künftig ein Ministerium für Einsamkeit. Die Staatssekretärin für Sport und Ziviles, Tracey Crouch, solle künftig der zunehmenden Vereinsamung von wachsenden Teilen der Bevölkerung entgegenwirken, teilte Premierministerin Theresa May mit. Crouch werde den Aufgabenbereich zusätzlich übernehmen und solle parteiübergreifend Projekte vorantreiben.

May begründete den Schritt mit der "traurigen Realität des modernen Lebens", die Millionen Menschen betreffe. Mehr als neun Millionen der knapp 66 Millionen Briten fühlen sich laut Rotem Kreuz immer oder häufig einsam. Etwa 200.000 Senioren hätten maximal einmal im Monat ein Gespräch mit einem Freund oder mit Verwandten. Einsamkeit wird auch in Deutschland mit einer höheren Sterblichkeit von Menschen, vor allem denjenigen über 60 Jahren, in Verbindung gebracht. Vielfach erkrankten einsame Menschen auch an Demenz.

Eine Studie der Ruhr-Universität Bochum zeigte, dass sich in Deutschland jeder Fünfte über 85 einsam fühlt. Bei den 45 – 65-Jährigen ist es nach Medienberichten jeder Siebte. Besonders ältere und kranke Menschen, die ihr Zuhause kaum noch verlassen können, sind betroffen – ein Teufelskreis. Denn soziale Isolation kann Krankheiten

wie Depression oder Herz-Kreislauf-Krankheiten begünstigen. Aus diesem Grund verlangen immer mehr Organisationen, dass auch in Deutschland eine politische Zuständigkeit für dieses Thema geschaffen wird. Der Präsident des Sozialverbands Deutschland (SoVD), Adolf Bauer forderte, dass die Bundesre-

gungseingeschränkt und verlassen die eigenen vier Wände nur noch selten und für die nötigsten Besorgungen. Darunter leiden die sozialen Kontakte. Hinzu kommen die Nebenwirkungen der stark wirksamen Schmerzmedikamente, wie Müdigkeit, Verwirrtheit, die ebenfalls dazu beitragen, die sozialen



Besonders ältere und kranke Menschen, die ihr Zuhause kaum noch verlassen können, leiden unter der Einsamkeit. Dadurch entsteht ein Teufelskreis.

gierung das Thema Einsamkeit auf die Agenda setzen müsse.

Einsamkeit, die „Epidemie im Verborgenen“, wie Theresa May sie bezeichnete, trifft immer mehr auch Schmerzpatienten. Viele sind bewe-

Kontakte stark einzuschränken.

In den Selbsthilfegruppen von UVSD SchmerzLOS e. V. ist niemand allein. Dort gibt es gute Gespräche, Ideen, Kontakte und vieles mehr. ■



Für Sie gelesen

Die Ernährungs Docs Starke Gelenke

Die besten Ernährungsstrategien bei Rheuma, Arthrose, Gicht & Co von Riedl, M, Fleck, A, Klasen, J

Fünf Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Arthrose, und etwa 1,5 Millionen Deutsche klagen über rheumatische Erkrankungen, immer öfter auch Kinder. Sind Rheuma und Arthrose Volkskrankheiten, mit denen man leben muss? „Nein!“ sagen die Ernährungs-Docs in ihrem insgesamt dritten Buch, diesmal zum Thema Gelenke. Die Autoren Matthias Riedl, Anne Fleck und Jörn Klasen erklären in ihrem Begleitbuch zur TV-Sendung „Die Ernährungs-Docs“, dass sich durch eine Umstellung auf gesunde Ernährung und durch regelmäßige Bewegung Beschwerden

lindern lassen und Medikamente reduziert werden können.

Dieses Buch bietet wertvolle, leicht verständliche Informationen zur gesunden Ernährung und im 2. Teil etwa 70 Rezepte „zum Genießen“ für eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Im ersten Teil wird Grundwissen über gesunde Gelenke und Essen für starke Gelenke vermittelt. Dazu gibt es Interviews mit den drei Ernährungs-Docs und Beispielen aus der Praxis. Es ist verblüffend, dass bewusstes Essen Rheuma und Arthrose lindern und Gicht sogar oft heilen kann. Für Menschen mit Arthrose und Rheuma nennt beispielsweise Anne Fleck die „Anti-Entzündung-Formel“. Manche Nahrungsmittel können auch als „Hausapotheke“ wirken. Für Gicht-Patienten gibt es ebenfalls Wissen über die Erkrankung und die geeignete Ernährung.

Die „Rezepte zum Genießen“ sind einfach zuzubereiten. Die Rezepte für das Frühstück, kleine Gerichte, das Mittagessen, Hauptgerichte, Süßes sowie „Blitzrezepte“ für

unterwegs, mittags und abends enthalten neben den Nährwerten auch Angaben darüber, ob sie für Menschen mit Arthrose, Gicht oder Rheuma geeignet sind. Ebenso wird gekennzeichnet, ob die vorgestellten Gerichte vegetarisch oder vegan sind, ob sie sich für Gäste oder zum Mitnehmen eignen und ob sie gut vorzubereiten oder schnell zuzubereiten sind.

Dem Buch beigelegt ist ein Ernährungs-Tagebuch, in das man die Getränke und das Essen, das man zu sich nimmt, sowie die Bewegung täglich einträgt. Auch dieses Tagebuch kann dazu beitragen, dass man eine Ernährungsumstellung erfolgreich durchführen kann.

Das Buch zeigt, dass der Verzicht auf gelenkschädigende Zutaten keinesfalls einen Verzicht auf Genuss bedeuten muss.

(2018) ZS-Verlag
ISBN: 978-3898837453
22,99 €

Es ist alles nur geliehen

Es ist ALLES nur geliehen
hier auf dieser schönen Welt,
es ist alles nur geliehen
aller Reichtum, alles Geld.
Es ist alles nur geliehen,
jede Stunde voller Glück,
musst du eines Tages gehen,
lässt du ALLES hier zurück!

Man sieht tausend schöne Dinge
und man wünscht sich dies und das,
nur was gut ist - und was teuer,
macht den Menschen heute Spaß.
Jeder will noch mehr besitzen,
zahlt er auch sehr viel dafür,
keinem kann es etwas nützen,
es bleibt ALLES einmal hier!

Jeder hat nur das Bestreben,
etwas Besseres zu sein,
schafft und rafft das ganze Leben
doch was bringt es ihm schon ein?
Alle Güter dieser Erde,
die das Schicksal dir beschert,
sind dir nur auf Zeit gegeben,
und auf Dauer gar nichts wert.

Darum lebt doch euer Leben, freut euch auf den nächsten Tag,
denn wer weiß auf diesem Globus, was das Morgen bringen mag?
Freut euch an den kleinen Dingen, nicht nur an Besitz und Geld,
es ist ALLES nur geliehen, hier auf dieser schönen Welt!

Kurt Brunschweiler

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: olly/fotolia

S. 3: Nicolas Jakobs

S. 4: auremar/fotolia

S. 5: decade3d/fotolia

S. 6: HSB-Cartoon/fotolia

S. 7: anczika/fotolia

S. 8/9: Rosalie P./fotolia

S. 10: Stefanbayer/pixelio

S. 11: Privat

S. 12: Sagittaria/fotolia

S. 13: Daisy Daisy/fotolia

S. 14: Privat

S. 15: silverkblack/fotolia

S. 17: leci/fotolia

S. 18: ThommyWeiss/Pixelio

S. 19: awindi/Pixelio

S. 20: Alena/fotolia

S. 22: Christian Delbert/fotolia

S. 23: De Visu/fotolia

- 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

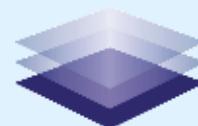
Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

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

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

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

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



**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**

Unsere Förderer:



Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe (BUND)



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. 3. Mittwoch 17 Uhr | Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de |
| Berlin Jd. 3. Dienstag 12 Uhr | Martina Wegner fon 030 - 3012 4877 wegner@berlin.schmerzlos-ev.de |
| Berlin/Steglitz Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr | Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de |
| Berlin/F'hain Jd. 3. Mittwoch 18 Uhr | Michael Buchheim fon 0176 - 711 52 103 fluss99@posteo.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 | Esther Mohr fon 0176 - 5681 1686 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.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 Termine bitte anfragen | Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-ev.de |
| Harsefeld Jd. 4. Donnerstag 18:30 Uhr | Sabine Linggrön fon 04166 - 848 348 linggroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de |
| Herten Jd. ltzt. Dienstag 18 Uhr | SchmerzLOS SHG Herten fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de |

| Ort / Termin | Kontakt |
|--|---|
| Hopfen am See Jd. 2. Mittwoch 19 Uhr | SchmerzLOS SHG Hopfen/Füssen 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 |
| 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 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 Breitenreicher CRPS-Gruppe fon 01579 - 2317200 info@muehdorf-crps.de |
| München Jd. 2. Monat, Samstags, 14 Uhr, gen. Termin anfr. | Christina Schubert CRPS-Gruppe fon 08639 - 6973 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. letzt. Montag 17:30 Uhr | Jürgen Pape fon 02304 - 237 30 27 j.pape-do@t-online.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. 