

Kinder-Kopfschmerz

Was Eltern wissen sollten

Kinder-Kopfschmerz

Bereits im Vorschulalter leiden etwa 20% aller Kinder unter wiederkehrenden Kopfschmerzen, bis zum Beginn der Pubertät sind es fast 50%. Verschiedene Untersuchungen, auch an größeren Populationen mit bis zu 7000 Schülern, ergaben, dass bis zu 90% aller Kinder Erfahrungen mit Kopfschmerzen haben, bei ungefähr zwei Dritteln bestehen Spannungskopfschmerzen und bei etwa 15% typische Migränekopfschmerzen. Soziodemographische Daten über Zusammenhänge, Ursachen und Auswirkungen sind spärlich. Möglicherweise sind aber Faktoren wie Leistungsdruck, das Leben im sogenannten Digitalzeitalter (Smartphones etc.) und auch die Zunahme sozialer Ungleichheiten mitverantwortlich. Vielleicht schenken wir aber auch allgemein Beschwerden im Kindesalter mehr Beachtung als früher. Andere Kopfschmerzen sind seltener, zu beachten ist allerdings der durch Medikamente ausgelöste und unterhaltene Kopfschmerz.



Migräne

Der Verlauf von Migräneattacken bei Kindern ist in etwa vergleichbar dem bei Erwachsenen, einige Besonderheiten gibt es:

1. Bei manchen Kindern tritt Migräne mit Beschwerden auf, die nicht primär den Kopf betreffen. Geschildert werden Schwindelattacken mit Übelkeit und Erbrechen, unspezifische Bauchschmerzen oder auch von Kopfschmerzen unabhängige neurologische Symptome wie Flimmersehen, Lichtblitze, Empfindungsstörungen. Gelegentlich berichten Kinder auch von „Phantasiebildern“ (sogenanntes Alice-in-Wonderland-Syndrom).
2. Migränetypische Begleiterscheinungen treten eher später auf, vor allem kommt es dann kopfschmerzbegleitend zu Übelkeit und Erbrechen.
3. Migräneattacken im Kindesalter sind in der Regel kürzer und auch eher selbst limitierend. Der typische Schmerzcharakter (pulsierend-pochend) ist nicht so ausgeprägt, auch treten die Kopfschmerzen oft beidseitig auf.
4. Kinder, bei denen eine Migräneattacke auftritt, hören z.B. auf zu spielen, werden unruhig, blass, tendieren dazu, sich hinzulegen oder schlafen im Verlauf einer Attacke ein.

Spannungskopfschmerz

Bei Kopfschmerzen vom Spannungstyp finden sich kaum Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen. Typische Charakteristika sind:

1. Dumpf-drückender, ziehender Schmerz.
2. Ausbreitung im ganzen Kopf-, gelegentlich auch im Augen-Gesichts-Bereich.
3. Deutlich geringere Schmerzintensität als bei Migräneattacken.
4. Keine Verstärkung durch körperliche Bewegung (anders als bei Migräneattacken).
5. Keine typischen Migränebegleitsymptome, manchmal klagen Kinder mit Spannungskopfschmerzen auch über Übelkeit und andere vegetative Beschwerden.

Ursachen

Ursächlich ist das Geschehen bei Kopfschmerzen bisher nicht sicher geklärt, zumindest bei der Migräne spielen aber genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Vielleicht handelt es sich um eine psychosomatische Erkrankung, zusätzlich werden bei Spannungskopfschmerzen Vermutungen in Richtung muskulärer Verspannungen angestellt und natürlich sind Stress und emotionale Belastungsfaktoren relevant. Ganz sicher liegt eine Störung im schmerz-stressverarbeitenden System des Gehirns vor. Wichtig ist, diese Faktoren zu erkennen, um rasch eingreifen zu können und eine Chronifizierung zu verhindern. Es scheint so zu sein, dass Kinder betroffener Eltern ein deutlich höheres Risiko gegenüber der Normalbevölkerung haben, Gleiches gilt für Geschwister von Patienten. Hier spielt möglicherweise das Lernen am Modell eine zusätzliche Rolle.

Migräne - Pochen und Hämmern im Kopf

Es gibt Zwillingsstudien, die belegen, dass genetische Veränderungen im Zusammenhang mit äußeren Faktoren dafür verantwortlich sind, dass Menschen unter Migräne leiden. Dabei ist die Veranlagung, eine Migräneerkrankung zu entwickeln, grundsätzlich nicht „heilbar“. Kinder reagieren gegenüber sogenannten Triggerfaktoren (allgemein Stress, Störung des Wach-Schlaf-Rhythmus, hormonelle Schwankungen etc.) empfindlicher als Erwachsene. Deshalb sind vorbeugende Maßnahmen bei Kindern besonders wichtig.

Spannungskopfschmerz - der Helm auf dem Kopf

Die allgemeine Schmerzempfindlichkeit könnte bei Kindern mit Spannungskopfschmerzen deutlich höher sein als bei Erwachsenen, da sie noch nicht gelernt haben, Situationen, in denen solche Kopfschmerzen auftreten, entsprechend einzuschätzen. Sie ist aber wohl geringer als bei Migränekindern. Ob Erbfaktoren eine Rolle spielen, ist bislang nicht sicher geklärt.

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie wundern sich vielleicht, dass in dieser Ausgabe unseres AKTUELLEN einige Artikel zum Thema

„Schmerz bei Kindern“ von Experten wie Herrn Prof. Boris Zernikow und Herrn Dr. Harald Lucius erscheinen. Vielleicht denken Sie sich, dass das wohl wenig mit dem Mitgliederkreis von UVSD SchmerzLOS e. V. zu tun hat. Denn dort finden sich überdurchschnittlich viele Ältere.

Der Vorstand hat sich bewusst der Schmerzen von Kindern angenommen: Wenn es gelingt, Schmerzen bei Kindern adäquat und frühzeitig einzudämmen, wird die Zahl der chronisch Schmerzkranken in der nächsten Generation hoffentlich deutlich niedriger ausfallen. UVSD SchmerzLOS e. V. setzt sich auch bei unseren Politikern für eine Verbesserung der Situation der Schmerzpatienten in Deutschland ein. Dazu gehört es auch, dass Maßnahmen unterstützt werden, um weniger Menschen chronisch schmerzkrank werden zu lassen.

Heute weiß man beispielsweise, dass in der Generation der heutigen Kinder die Schmerzen nach einer Gürtelrose kaum noch auftreten werden. Fast alle Kinder sind gegen die Windpocken geimpft. Wer keine Windpocken hatte, kann später auch keine Gürtelrose entwickeln. So gibt es immer wieder Meilensteine in der Medizin, die unser Verein ausdrücklich unterstützt.

Im Gegensatz dazu lesen Sie in dieser Ausgabe einen Kommentar von Christa Engelhardt, Studienleiterin an der Evangelischen Akademie Bad Boll. Sie wendet sich gegen die Einstellung, ältere Menschen während der Corona-Krise aus dem Alltag zu separieren. Dies würde sich gegen die gesellschaftlichen Grundsätze der Solidarität und der Würde des Menschen wenden.

Der erweiterte Vorstand von UVSD SchmerzLOS e. V. hat während des sog. „Lockdowns“ der Gesellschaft interessante Erfahrungen gemacht. Lesen Sie dazu einen Artikel von Britta Lambers, sowie die Auswertung unserer Umfrage zu den Einschränkungen für Schmerzpatienten während der Corona-Krise.

Passen Sie weiterhin gut auf sich auf!

Ihre

Heike Norda



Inhalt

Kinder-Kopfschmerz	3
Auszeichnung für Städt. Klinikum Karlsruhe	7
Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen	8
Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet	11
Alles wie immer oder schlimmer als sonst?	12
Statements von Schmerzpatienten	14
Warum ich gerne Mitglied bin	15
Neue Vorstandsbeauftragte von UVSD SchmerzLOS stellen sich vor	16
Hochschulprofessorin engagiert sich für Patienten mit chronischen Schmerzen	17
Menschen mit Behinderung fürchten „Aussortierung“	18
Die Gruppe ins Gespräch bringen	19
Mit Düften gegen den Schmerz	21
Helfen Schmerzsalben mit Diclofenac oder Ibuprofen?	22
Für Sie gelesen	23
Informationen, die weiterhelfen	24
Impressum	26
Unsere Selbsthilfegruppen in D + A	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	28

Unser Spendenkonto: VR-Bank Altenburger Land eG | IBAN DE78 8306 5408 0004 7501 87

Diagnostik

Am wichtigsten ist, zu berücksichtigen, dass der eigentliche Kopfschmerzexperte das erkrankte Kind ist. Deswegen ist eine zurückhaltende, aber trotzdem qualifizierte Anamneseerhebung entscheidend.

Zu den weiteren wichtigen Aspekten gehören:

1. Das Führen eines Kopfschmerztagebuchs, auch kleinere Kinder sind in der Lage, mit Hilfe von Smiley-Skalen und bunten Bildern (Stichwort Janosch-Tagebücher) einen Kopfschmerzkalender zu führen. Fragebögen können bei größeren Kindern verwendet werden.

2. Eine apparative Diagnostik ist nur in Ausnahmefällen erforderlich, insbesondere dann, wenn die Beschreibungen der Kopfschmerzsymptome von den typischen Beschwerden bei Spannungskopfschmerz und/oder Migräne abweichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zahlreiche Kinder unter beiden Kopfschmerztypen leiden, bisweilen ist dann die Trennschärfe nicht sicher gegeben.

3. Trotz Befürchtungen vieler Eltern sind lebensgefährliche Kopfschmerzen bei Kindern sehr selten. In unklaren Fällen sollte ein EEG (Ableitung der Hirnströme) erfolgen, auch eine Kernspintomographie ist hilfreich.



Spannungskopfschmerz äußert sich durch dumpf-drückenden, ziehenden Schmerz.

Therapie

Es gilt der Grundsatz, dass die Therapie möglichst auf nichtmedikamentösen Füßen stehen sollte. Vor allem die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) weist darauf hin. Je nach Kopfschmerzart und Verlauf sind Ruhe, Entspannung und Ablenkung vor allem bei kleinen Kindern essentiell, meistens wird dann das Geschehen vergessen (oder verschlafen). Manchmal lassen sich allerdings stärkere Schmerzen damit nicht ausreichend behandeln. Dann muss darauf geachtet werden, dass insbesondere eine un-

kontrollierte Selbstmedikation unterbleibt, um einen frühen medikamentenbedingten Kopfschmerz zu verhindern. Darüber hinaus spielen vorbeugende Maßnahmen eine große Rolle. Und es ist entscheidend, die Klagen der Kinder ernst zu nehmen und das Leiden nicht zu bagatellisieren (Stichworte: Hysterie, ADHS etc.). Eine chronische Migräne mit mehr als 10-15 Anfallstagen im Monat, ist im Kindesalter selten.

Migräne

Attackenbehandlung einfacher Migräneattacken

Ruhe, ein abgedunkelter Raum, ein kalter Lappen auf der Stirn und etwas Pfefferminzöl sind geeignet, vor allem kleine Kinder zu behandeln. Da viele dieser jungen Patienten im Verlauf der Attacke einschlafen, ist das Geschehen danach meistens vorbei. Wenn Medikamente unerlässlich sind, wird empfohlen, Ibuprofen (10 mg/kg Körpergewicht) oder Paracetamol (15 mg/kg Körpergewicht) einzusetzen. Vielleicht ist Ibuprofen etwas wirksamer als Paracetamol. Darüber hinaus ist auch bei kleineren Kindern die Gabe eines Medikamentes gegen Übelkeit und Erbrechen (Antiemetikum wie z.B. Domperidon) zu empfehlen. Diese Substanz ist verschreibungspflichtig.

Stärkere Migräneattacken können bei Kindern ab 12 Jahren mit sogenannten Triptanen behandelt werden (s.u.), für kleinere Kinder sind diese Substanzen noch nicht zugelassen. Dabei ist darauf zu achten, dass in Familien mit Häufung von Migräneattacken die Medikamente, die bei Erwachsenen helfen, nicht unkontrolliert an Kinder verabreicht werden. Es sollte auf eine Einnahme von Mischpräparaten, die oft zusätzlich Coffein oder sogar Codein enthalten können, verzichtet werden.

Hinweis

Acetylsalicylsäure (Aspirin) darf bei Kindern vor der Pubertät nicht gegeben werden, weil dadurch eine bestimmte Erkrankung (sogenanntes Reye-Syndrom) ausgelöst werden kann.

Behandlung von schweren Migräneattacken

Sollten die Attacken länger dauern und besonders heftig sein, empfiehlt sich dann doch die Einnahme eines Triptans. Wie bereits erwähnt, sind diese Substanzen bei Kindern unter 12 Jahren zwar nicht zugelassen, haben sich aber in der Therapie zumindest unter kontrollierten Bedingungen bewährt. Hierfür ist vorher ein Kopfschmerzspezialist (i.d.R. ein Neurologe) zu Rate zu ziehen. Leider sind einige dieser Substanzen inzwischen freiverkäuflich.

Medikamentöse Prophylaxe

Zudem kann es auch im Kindesalter hilfreich sein, eine Prophylaxe mit Medikamenten zu betreiben, wenn mindestens drei- bis viermal im Monat starke und/oder lang andauernde Migräneattacken vorkommen. Auch hierfür ist ein Kopfschmerzspezialist aufzusuchen, der die Behandlung zusammen mit der Familie plant. Die Prophylaxe sollte mindestens sechs bis acht Monate erfolgen, anschließend ist ein Auslassversuch notwendig. Bewährt haben sich Betablocker wie Metoprolol und Propranolol, die meisten anderen Substanzen sind entweder nicht zugelassen oder weisen ein hohes Nebenwirkungspotenzial auf.

Kopfschmerz vom Spannungstyp

Bei Spannungskopfschmerzen unterscheidet man einen episodischen von einem chronischen Kopfschmerz, der dann mehr als 15 Tage im Monat auftritt. Auch halten diese Kopfschmerzen oft mehrere Tage hintereinander an. Bisweilen genügen Bewegung, Entspannungsbehandlung und Aufenthalt an der frischen Luft, nicht immer problemlos bei Kindern umzusetzen.

Medikamente

Die Therapie mit Medikamenten erfolgt ähnlich wie bei Erwachsenen, im Vordergrund stehen auch hier Ibuprofen und Paracetamol, weitere Substanzen sind nicht zu empfehlen. Lokalmaßnahmen mit Minzöl sind hilfreich. Triptane, Mischanalgetika oder auch andere alte Substanzen, die noch Ergotamine enthalten, sollten bei Kindern nicht zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen eingesetzt werden.

Hinweis

Wie bei Erwachsenen gilt auch bei Kindern, dass bei chronischen Spannungskopfschmerzen Analgetika (Schmerzmittel) auf keinen Fall eingesetzt werden sollten, um das Auftreten eines medikamentenbedingten Kopfschmerzes zu verhindern. Bisweilen wird in der Erwachsenentherapie mit sogenannten Antidepressiva behandelt, die DMKG rät hiervon bei Kindern ab.

Nichtmedikamentöse Therapie von Migräne und Spannungskopfschmerzen

Entscheidend ist, möglichst früh zu verhindern, dass Kopfschmerzen überhaupt chronifizieren. Dazu werden verschiedene nichtmedikamentöse Verfahren

eingesetzt. Einige Verfahren, die aus der Erwachsenen-therapie bekannt sind, haben sich auch bei Kindern bewährt. Bereits ab dem 6. Lebensjahr lässt sich z.B. eine Behandlung mit der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) durchführen. Hierbei wird durch ein batteriebetriebenes Gerät ein sanfter Strom appliziert, der ein Kribbeln auf der Haut erzeugt, wodurch wahrscheinlich die körpereigene Schmerzabwehr aktiviert wird. Einzelne Studien geben an, dass



Faktoren wie Leistungsdruck und soziale Ungleichheiten fördern möglicherweise den Kopfschmerz bei Kindern und Jugendlichen.

sich die Häufigkeit von Spannungskopfschmerzen dadurch um mindestens die Hälfte verringern lässt. Darüber hinaus ist das Führen eines Kopfschmerzkalenders unerlässlich. Und schließlich muss an psychischen oder sozialen Belastungsfaktoren (Schulprobleme, Ängste, Termindruck, Stress etc.) gearbeitet werden.

Psychotherapeutische Verfahren helfen, insbesondere verhaltenstherapeutisch orientierte Angebote sollten genutzt werden.

Zu den nichtmedikamentösen Maßnahmen im Einzelnen gehören:

1. Entspannungsverfahren wie die Muskelentspannung nach Jacobson (Progressive Muskelrelaxation/PMR). Hierbei lernen die Kinder, über verschiedene Kommandos den Spannungszustand ihrer Muskeln kennen und über die Wahrnehmung des Anspannens und Entspannens auf Kommando die „Schmerzan-

fälligkeit“ des Körpers zu verringern. Diese Methode eignet sich auch für junge Patienten unter 10 Jahren. Wichtig ist, dass die Eltern gemeinsam mit den Kindern üben.

2. Phantasie Reisen, die mit Bildern, Tönen oder bestimmten Situationen, gern auch Erinnerungen, arbeiten, die der Angst- und Stressabwehr dienen.



Beim Bio-Feedback-Verfahren lernen die Patienten unter visueller Kontrolle, ganz bewusst bestimmte Muskeln um den Kopf herum anzuspannen und loszulassen.

3. Auch das Autogene Training gehört zu den Entspannungsverfahren, scheint jedoch weniger wirksam zu sein.

4. Ein weiteres Angebot steht mit sogenannten Bio-Feedback-Verfahren zur Verfügung. Dabei lernen Kinder unter visueller Kontrolle, ganz bewusst bestimmte Muskeln um den Kopf herum anzuspannen und loszulassen und auf diese Weise Körpersignale zu beeinflussen. Ein regelmäßiges Üben ist notwendig.

Multimodale Kopfschmerztherapie

In den letzten Jahren haben sich sogenannte multimodale Therapieverfahren einen Platz in der Kopfschmerzbehandlung erobert. Hierbei kommen neben nichtmedikamentösen Maßnahmen auch Medikamente sowie ein spezielles Training und eine Betreuung zur Verbesserung der Reizverarbeitung zur Anwendung. Diese Programme werden zum großen Teil stationär angeboten und beziehen die Eltern ausdrücklich mit ein. Wie bei allen anderen Verfahren ist auch hierbei das Führen eines Kopfschmerzkalenders essentiell. Auf diese Weise können Kinder lernen, ihre

persönlichen Stressfaktoren besser zu identifizieren und damit entsprechend umzugehen. Die Inhalte sind unterschiedlich strukturiert, betreffen beispielsweise eine bewusste Alltagsgestaltung, sogenannte Verstärker wie positive Gedanken, entsprechende Handlungen, die Freude und Kraft mit sich bringen. Leider gibt es bisher nur wenige Zentren in Deutschland, die diese spezielle Therapie anbieten.

Weitere Therapiemöglichkeiten

Ernährung

Unkontrollierte „Diäten“ sind zu meiden. Lange bekannt sind sogenannte „Trigger“ wie Schokolade, bestimmte Konservierungsstoffe, Kaffee (auch Instant) und Käsesorten, die bei Kindern gemieden werden sollten. Ergänzend wird immer wieder über Laktose-, Fruktoseintoleranzen, Allergien gegen Kuhmilch, Lebensmittelfarbstoffe, Konservierungsmittel sowie Abneigung gegen Schweinefleisch und andere Nahrungsmittel berichtet. Deswegen ist im Zweifelsfall ein Ernährungsberater hinzuzuziehen.

Behandlungen auf alternativ-komplementärer Ebene

Daten zu Behandlungen, die nicht dem schulmedizinischen Kontext entspringen, sind sehr spärlich. Beispielsweise lässt sich über Akupunktur oder auch Homöopathie ein Effekt bei Kindern nicht sicher nachweisen. Gleiches gilt für esoterische Angebote, vor denen an dieser Stelle eher zu warnen ist. Zu empfehlen sind allerdings die inzwischen gut bekannten und bewährten Angebote zur Stressbewältigung durch Achtsamkeitslenkung (z.B. Mindfulness-Based Stress Reduction nach Kabat-Zinn) oder meditative Bewegungsverfahren wie Yoga, QiGong und TaiChi). Hierzu liegen ermutigende Studien vor.

Zusammenfassung und Fazit

Zu unterscheiden sind episodische und chronische Kopfschmerzen.

1. In der Regel genügen Zuwendung und Ruhe, Beobachtung des Kindes, insbesondere wenn es noch sehr klein ist.

2. Der Besuch beim Arzt ist sinnvoll und notwendig, wenn regelmäßige oder wiederkehrende Kopf-

schmerzen auftreten, wenn einfache Strategien in der häuslichen Umgebung wie Schlafen, Abdunkeln oder Kühlen nicht ausreichend wirksam sind und die Kopfschmerzen länger anhalten und schließlich, wenn bereits eine Kopfschmerzkrankung festgestellt wurde, sich die Charakteristik der Schmerzen jedoch ändert, insbesondere, wenn neurologische Ausfälle hinzutreten.

3. Eine Selbstmedikation sollte nach Möglichkeit unterbleiben oder nur in Absprache mit dem Arzt erfolgen.

4. Auch im Kindesalter kommen sogenannte „gefährliche Kopfschmerzen“ vor, deren Ursachen eine Verletzung, ein Tumor oder eine Blutung sein können, bedrohlich sind auch Entzündungen des Gehirns und seiner Häute. Dann muss sofort ein Arzt aufgesucht werden, das gilt vor allem bei plötzlich einsetzenden heftigen Kopf- und Nackenschmerzen, ungewohn-

tem Erbrechen, Fieber, starker Benommenheit oder gar beim Auftreten neurologischer Symptome wie Krampfanfällen. Auch sollte man aufmerksam sein, wenn zum ersten Mal im Verlauf einer Kopfschmerzkrankung neurologische Ausfallerscheinungen auftreten (Gangstörungen, Lähmungen, Missempfindungen, ungewohnte Hirnnervenausfälle). Zum Glück sind diese Kopfschmerzen selten.



Autor: Dr. Harald Lucius, Gammellund
Das Titelbild dieses Heftes kommt aus dem Bildarchiv von Univ. Prof. Dr. Çiçek Wöber-Bingöl, Kopfschmerzambulanz für Kinder und Jugendliche/Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Auszeichnung für das Städtische Klinikum Karlsruhe

Ein Bericht von Ute Warnken, SHG Karlsruhe



Ende Januar erhielt ich die Nachricht, dass das Städtische Klinikum Karlsruhe (SKK) die Auszeichnung „Patientenfreundliches Krankenhaus“ erhalten hat. Überrascht war ich nicht, da ich mit einigen anderen Engagierten im Qualitätszirkel bin. Der

Qualitätszirkel besteht aus Mitarbeitern des SKK, den Vertretern der Selbsthilfe und dem Selbsthilfebüro, das in Karlsruhe die Selbsthilfe organisiert. Seit 2008 fördert das SKK gezielt Selbsthilfegruppen, also Patienten mit ähnlichen Erkrankungen und deren Angehörigen.

Dem Ganzen sind etwas zwei Jahre intensiver Vorbereitungszeit vorausgegangen. Acht Qualitätskriterien mussten erfüllt werden. Wir brüteten über Punkte wie „Selbstdarstellung wird ermöglicht, auf Teilnahmemöglichkeit wird hingewiesen, Ansprechpartner ist benannt, Öffentlichkeitsarbeit wird unterstützt, Partizipation der Selbsthilfe wird ermöglicht und die Kooperation ist verlässlich gestaltet“.

Was auf den ersten Blick einfach klingt, hatte es in sich. Wir diskutierten nacheinander über die acht

Punkte. Wie sollte es auch anders sein. Der Teufel steckte im Detail. Vorschläge wurden gemacht und wieder verworfen. Der schwierigste Punkt war, das medizinische Personal zur Zusammenarbeit zu motivieren. Es folgten Gespräche mit den Chefärzten, um ihnen die Zusammenarbeit schmackhaft zu machen. Einfacher war es bei den Pflegekräften. Dort wurde von den Stationsleitungen die Zusammenarbeit besprochen und auch der Nachwuchs wurde nicht vergessen. Dafür gingen wir direkt in die Krankenpflegeschule. Da das Klinikum aus vielen einzelnen Gebäuden besteht, mussten jede Menge Wandhalterungen für die Ablage der Selbsthilfegruppen-Flyer angeschafft und letztendlich angebracht werden. Zum guten Schluss haben wir ein Plakat entworfen, das auf jeder Station auf die Partnerschaft hinweist.

Ein Wort noch zum Schluss: Das SKK hat die Zertifizierung erhalten. Drei Jahre darf es sich nun damit schmücken. Unsere Arbeit, die des Qualitätszirkels, ist damit aber nicht beendet. Wir werden das Projekt weiter begleiten, um es auf Kurs zu halten.

Die Mühe hat sich aber gelohnt. Das Klinikum ist eine von nur 29 Kliniken von insgesamt 1965 Kliniken in Deutschland mit dieser Auszeichnung.

Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen – Was ist das Besondere?



Dr. rer.-nat. Dipl.-Psych. Julia Wager¹, Dr. rer. medic. Ann-Kristin Ruhe¹, Prof. Dr. med. Boris Zernikow^{1*}
¹Deutsches Kinderschmerzszentrum, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

* Corresponding author:

Prof. Dr. Boris Zernikow

Deutsches Kinderschmerzszentrum

Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Universität Witten/Herdecke

Dr.-Friedrich-Steiner Str. 5, 45711 Datteln

Telefon: +49 (0) 2363-975-187, Fax: +49 (0) 2363-975-181

E-Mail: b.zernikow@deutsches-kinderschmerzszentrum.de

Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen zeigen viele Gemeinsamkeiten mit Erwachsenen, die an chronischen Schmerzen leiden. Gemeinsam ist ihnen, dass sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche die Schmerzen als unangenehm erleben, der Schmerz ihre Lebensqualität reduziert und sie von vielen Dingen des täglichen Lebens abhält. Bei Erwachsenen und Kindern kann chronischer Schmerz mit emotionalen Problemen einhergehen wie Angst oder Traurigkeit, aber auch den Schlaf stören und zu Tagesmüdigkeit führen. Aber, es gibt auch Besonderheiten des chronischen Schmerzes bei Kindern und Jugendlichen, auf die wir im Folgenden eingehen möchten.

Ursachen chronischer Schmerzen

Kinder und Jugendliche, die über chronischen Schmerz klagen, haben in der Regel keinen Organschaden und keine körperliche Verletzung. Kleinkinder mit Bauchschmerzen haben zumeist eine normale Magen-Darm-Funktion, vertragen ihre Nahrung ohne Probleme und entwickeln sich altersgerecht. Bei Kindern mit Kopfschmerzen zeigt die Kernspintomographie des Kopfes in der Regel ebenso einen Normalbefund wie das EEG. Jugendliche mit Muskel- und Gelenk- oder Rückenschmerzen treiben oft viel Sport, sind gelenkig und leiden nicht unter Entzündungen, Arthrose oder Bandscheibenvorfällen.

Zudem haben die pädiatrischen Schmerzpatienten in der Regel keine anderen schweren Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Krebs. Sie sind also völlig gesund – bis auf den chronischen Schmerz.

Ein solcher Schmerz wird als „funktionell“ bezeichnet oder als „primär chronischer Schmerz“. Ursächlich liegt ihm meist eine höhere Empfindlichkeit des Nervensystems zu Grunde – der Schmerz ist also „gelernt“ vom Gehirn! Einige Sonderformen chronischer

Schmerzen – wie die Migräne, Schmerzen bei schwerer Mehrfachbehinderung oder das Komplex Regionale Schmerzsyndrom stellen eine Ausnahme dar, die wir auch erläutern möchten.

Epidemiologie chronischer Schmerzen

Die Häufigkeit von chronischen Schmerzen muss für jeden Schmerzort getrennt betrachtet werden und ist stark vom Alter des Kindes abhängig.

Kindergarten- und Grundschulkindern leiden insbesondere an Bauchschmerzen, Schüler von weiterführenden Schulen klagen vor allem über Kopfschmerzen und bei Jugendlichen spielen Rücken-, Muskel-, oder Gelenkschmerzen eine größere Rolle. Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen sind sehr häufig; etwa 30 % berichten, mindestens einmal pro Woche unter Schmerzen zu leiden (Wager et al., 2020). Viel wichtiger als die reine Schmerzstärke ist aber, ob die Kinder durch die Schmerzen beeinträchtigt sind. Etwa 8% der Schulkinder sind so stark durch ihre Schmerzen beeinträchtigt, dass sie in ihren Freizeitaktivitäten oder auch im Schulbesuch deutlich eingeschränkt sind (Daten aus dem CHAP-Projekt; bislang unveröffentlicht). Diese Kinder werden in der Regel bei einem Arzt vorgestellt und werden somit zu pädiatrischen Schmerzpatienten.

Das Kind als Schmerzpatient

In der Erwachsenenversorgung ist der Patient der Hauptansprechpartner von Ärzten, Psychologen und



In der Kinderheilkunde wird die ganze Familie behandelt.

Therapeuten. In der Kinderheilkunde wird die ganze Familie behandelt. Je jünger das Kind ist, je abhängiger ist es von Vater und Mutter, desto mehr richtet sich die Therapie auch an die Eltern des chronisch schmerzkranken Kindes. Eltern können die Schmerzerkrankung ihres Kindes maßgeblich mitbeeinflussen, wie sie auch sonst Kompass und Taktgeber, Vorbild und Leitfigur ihrer Kinder sind. Je älter das Kind wird,

desto mehr fokussiert die Behandlung die Selbstständigkeit des Jugendlichen. Trotzdem spielen die Eltern auch in der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch eine sehr große Rolle.

Elemente der Schmerztherapie

Edukation

Die Basis einer guten Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen im Kindes- oder Erwachsenenalter ist die „Schmerzedukation“. Bei Kindern müssen sowohl die Patienten als auch die Eltern verstehen, was chronische Schmerzen sind, wie sie entstehen und was am besten hilft. Bei Kindergarten- und Grundschulkindern muss die Edukation sehr einfach gehalten werden; oft wird mit den Kindern gezeichnet und gemalt. Aber auch Handpuppen und Spiele helfen dem Kind, den Schmerz zu verstehen. Am wichtigsten bei diesen sehr jungen Kindern ist jedoch, dass sich die Eltern so verhalten, dass sie ihrem Kind helfen. Viele Eltern sind sehr besorgt, dass der chronische Bauch- oder Kopfschmerz Ausdruck einer anderen Erkrankung ist, die die Ärzte nur noch nicht gefunden haben. Manchmal werden die Ängste der Eltern so groß, dass sie diese Ängste auf das Kind übertragen und es damit verunsichern. Die Kinder denken dann: „Wenn Mama so besorgt ist und so viel Angst hat, dann bin ich wohl schlimm krank!“. Eltern und Kinder müssen verstehen, dass durch die chronischen primären Bauch- und Kopfschmerzen nichts „kaputt geht“ im Körper und es gut ist, wie gewohnt und trotz Schmerzen in den Kindergarten oder die Schule zu gehen. Dies bedeutet für Eltern, sich entgegen ihrer elterlichen Intuition zu verhalten und das Kind trotz Schmerzen in die Schule zu schicken. Das kann sehr schwierig und anstrengend sein. Um Eltern zu erklären, wie wir zu diesem Tipp kommen und was sie sonst noch tun können, um ihrem Kind zu helfen, empfehlen wir den Elternratgeber „Rote Karte für den Schmerz“ (Dobe and Zernikow, 2019a). In der Roten Karte wird erklärt, dass es wichtig ist, die Schmerzen ernst zu nehmen, aber nicht zuzulassen, dass sie den Alltag beeinflussen – das ist die gesündeste Haltung, die Eltern von Kindern mit chronischen Schmerzen entwickeln können. Das mag paradox klingen, funktioniert aber sehr gut. Wenn ein Kind über Schmerzen klagt, sind diese Schmerzen wirklich da, und Eltern dürfen auch mitfühlend sein. Hilfreicher als Mitleid ist aber eine konsequente Unterstützung des Kindes, einen normalen Alltag zu führen. So können Eltern z.B. sagen "Ja, es tut weh, und du weißt, dass jetzt am besten Ablenkung hilft. Lenk dich am besten ab, male ein Bild, gehe Fußball spielen, triff Dich mit Deiner Freundin, spiele mit unserem Hund." Viele der Tricks und Verhaltensweisen, die in dem

Buch vorgestellt werden, sind einfach umzusetzen; sie erfordern manchmal nur ein wenig Mut und Geduld, aber keine aufwändigen Hilfsmittel oder Instrumente. Wenn Eltern den Eindruck haben, dass gewisse Tätigkeiten ihrem Kind gesundheitlich nicht zumutbar sind, sollten sie Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. Schmerztherapeuten halten (Dobe and Zernikow, 2019a).

Um Schulkindern und Jugendlichen chronische Schmerzen leicht und locker und mit Spaß zu erklären (bei Kindern spielt der „Fun“-Faktor eine größere Rolle als bei Erwachsenen) haben wir den Film „Den Schmerz verstehen – und was zu tun ist in 10 Minuten!“ (<https://www.deutsches-kinderschmerzszentrum.de/ueber-uns/videos/den-schmerz-verstehen/>) produziert. Der Film nutzt eine verständliche Sprache und eingängige Bilder, um zu erklären, wie sich akute von chronischen Schmerzen unterscheiden, wie chronische Schmerzen entstehen und was man dagegen tun kann. Er ist über die Internetseite des Deutschen Kinderschmerzszentrums kostenfrei verfügbar. Besonders interessierte Eltern und Kinderärzte können dem kostenlosen wissenschaftlichen Begleitheft weitere Informationen entnehmen (Zernikow and Wager, 2014). Zudem halten wir den Film in vielen verschiedenen Sprachen, unter anderem in Türkisch und Arabisch, vor.



Nach einer drei- bis vierwöchigen intensiven stationären Therapie haben 60% der Patienten überhaupt kein Problem mehr mit chronischen Schmerzen.

Schmerzbewältigung

Kinder und Jugendliche können mit ein wenig Anleitung Meister der Schmerzbewältigung werden. Bei ihrer ambulanten oder stationären Therapie lernen sie zahlreiche Methoden kennen, um sich vom Schmerz abzulenken und wieder zurück ins normale Leben zu finden. Das Gehirn von Kindern ist sehr flexibel. Anders als Erwachsene, die oft lernen müssen, trotz chronischem Schmerz ein glückliches Leben zu führen (akzeptanzbasierte Therapie) können Kinder mit der

richtigen Behandlung ihren chronischen Schmerz oft wieder loswerden. Selbst schwer chronisch schmerzkranken Kindern kann geholfen werden. Nach einer drei- bis vierwöchigen intensiven stationären Therapie haben 60% der Patienten überhaupt kein Problem mehr mit chronischen Schmerzen; weitere 20% berichten eine Besserung und nur 20% kann nicht geholfen werden (Hechler et al., 2014). Die richtige Schmerztherapie für Profis haben wir in einem Manual zusammengefasst, sodass auch ambulante Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von unserer Erfahrung profitieren können (Dobe and Zernikow, 2019b).

Weitere Schmerztherapiemethoden

Oft spielen psychische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle in der Entstehung, Aufrechterhaltung und Verschlechterung chronischer Schmerzen bei Kindern.



Musiktherapie führt zur Entspannung und kann die Wirkung anderer Therapien verstärken.

Angst und Depressivität aber auch traumatische Lebensereignisse beim Patienten oder bei nahen Angehörigen wie Geschwistern, Freunden oder den Eltern können eng mit den chronischen Schmerzen zusammenhängen. Auch Kindswohlgefährdungen können sich in chronischen Schmerzen äußern und müssen behutsam aber aktiv angegangen werden. Psychische Erkrankungen der Eltern, wie z.B. Depressionen, Angststörungen oder Süchte, tragen manchmal zu chronischen Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen bei; die Eltern benötigen dann ihrerseits Hilfe. Kinder mit chronischen Schmerzen werden in der Schule öfter gemobbt als gesunde Kinder, sie haben weniger Freunde und werden weniger häufig eingeladen zu Festen und Feiern (Wager and Zernikow, 2018). All diese psycho-sozialen Faktoren müssen mit dem Kind und seinen Eltern besprochen werden. Lösungen lassen sich oft nur im Familiensystem erarbeiten und nicht mit dem Patienten alleine.

Was nicht hilfreich ist

Häufig erhalten Kinder mit chronischen Schmerzen eine Vielzahl unnötiger und potentiell schädlicher Therapie und Medikamente – oft von Ärzten und anderen Therapeuten, die sich mit der Behandlung von (chronisch schmerzkranken) Kindern und Jugendlichen nicht auskennen, weil sie eigentlich erwachsene Patienten behandeln. Eine wichtige Aufgabe von Kinderschmerztherapeuten ist es, die Patienten vor diesen unsinnigen Behandlungen zu bewahren.

Schmerzmedikamente

Schmerzmedikamente spielen bei chronischen primären, funktionellen Schmerzen im Kindes- und Jugendalter eine untergeordnete Rolle. Eine Ausnahme ist die Attackenbehandlung der Migräne: hier sind Ibuprofen und Triptane genauso gut wirksam wie bei Erwachsenen (Diener et al., 2018). Eine medikamentöse Migräne-Prophylaxe ist bei Kindern und Jugendlichen mit Migräne so gut wie nie sinnvoll (Locher et al., 2020), und wir raten in der Regel von ihr ab. Bei Vorliegen einer Grunderkrankung – wie zum Beispiel Krebs – sind natürlich auch bei Kindern Opiode wie Morphin wirksam und sollten sinnvoll eingesetzt werden.

Besondere Schmerzformen

Migräne

Migräne ist eine komplex-neurologische, zu großen Anteilen vererbte Erkrankung, die auch schon kleine Kinder betrifft. Meist äußern sich Migräneattacken bei kleinen Kindern etwas anders als bei Erwachsenen. Kinder haben selten einen einseitigen Schmerz, sondern stattdessen beidseitige Schmerzen – meist an der Stirn. Die Attackendauer ist kürzer, manchmal nur wenige Minuten. Zudem existieren Migräne-Vorläufer-Erkrankungen wie das zyklische Erbrechen oder die abdominelle Migräne, welche als Vorläufer der klassischen Migräne gelten.

Komplex Regionales Schmerzsyndrom (CRPS)

Auch bei Kindern und Jugendlichen treten Schmerzerkrankungen auf, die stark an das CRPS des Erwachsenen erinnern. Meist ist jedoch die untere Extremität betroffen und nicht die obere wie bei Erwachsenen. Auch treten CRPS-artige Erkrankungen meist ohne erinnerbares Trauma oder nach kleinen Verletzungen wie einem leichten Umknicken auf. Schmerzkateter und Analgetika spielen in der Therapie eine untergeordnete Rolle (Zernikow et al., 2015), Physiotherapie und Psychotherapie sind enorm wichtig (Zernikow et al., 2012). Viele Kinder haben kritische Lebensereignisse kurz vor oder nach Beginn des Schmerzes erlebt (Wager et al., 2015). Nicht selten kommt es bei Kin-

dern zu einem Rückfall nach erfolgreicher Therapie, der dann mit derselben Kombination aus Physio- und Psychotherapie meist gut zu behandeln ist.

Fibromyalgiesyndrom

Bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen in vielen Körperbereichen und begleitenden Krankheitszeichen wird manchmal die aus dem Erwachsenenbereich übertragende Diagnose Juveniles Fibromyalgiesyndrom (JFMS) gestellt. Die meisten Kinderschmerztherapeuten halten das nicht für sinnvoll, weil die Symptomatik oft durch einschneidende Lebensereignisse ausgelöst wird. Diese gilt es zu finden und therapeutisch anzugehen. Wenn dann noch eine multimodale Schmerztherapie durchgeführt wird, verschwindet die Symptomatik des sogenannten JFMS in der Regel vollständig und wird nicht zu einer chronischen Erkrankung wie bei vielen Erwachsenen.

Schmerzen bei Kindern mit schwerer Mehrfachbehinderung

Kinder und Jugendliche mit schwerster Mehrfachbehinderung können sich oft nicht sprachlich mitteilen. Sie leiden oft unter Bauchschmerzen bei chronischer Verstopfung, Muskelschmerzen im Rahmen der hohen Muskelanspannung sowie Unruhezuständen mit schmerztypischem Verhalten unklarer Ursache. Die Behandlung dieser chronischen Schmerzpatienten ist die größte Herausforderung der Kinderschmerztherapie und gelingt oft nur im multiprofessionellen Setting einer pädiatrischen Palliativstation.

Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet



Hallo liebe Leser und Leserinnen, kennt Ihr eigentlich Müßiggang? Das ist eine besondere Art von Tätigkeit, die von vielen Menschen als etwas sehr Negatives angesehen wird. Ich finde Müßiggang gut und wende ihn jeden Tag

an. Dann sitze ich zusammen mit meinem Diener, dem Geschäftsstellenleiter, auf meiner Terrasse, und wir üben das Nichtstun. Das ist gar nicht so leicht. Man kann das »nichts tun« auch Muße nennen. Ich persönlich bin im Müßiggang eine Meisterin, und die Menschen könnten da von mir noch einiges lernen. Ich liege dann in der Sonne oder im Schatten, je nach Temperatur, und meine Augen sind geschlossen, aber meinen Ohren und meiner Nase entgeht dabei nichts. Manchmal träume ich dabei vom Katze-und-Maus-

Referenzen:

- Diener, H.-C., Gaul, C. & Kropp, P. 2018. Therapie der Migräne-attacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie. AWMF-Registernummer: 030/057. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-057.html> (abgerufen am 31.03.2020).
- Dobe, M. & Zernikow, B. 2019a. Rote Karte für den Schmerz, Heidelberg, Carl Auer Verlag.
- Dobe, M. & Zernikow, B. 2019b. Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein Manual für Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag.
- Hechler, T., Ruhe, A., Schmidt, P., Hirsch, J., Wager, J., Dobe, M., Krummenauer, F. & Zernikow, B. 2014. Inpatient-based intensive interdisciplinary pain treatment for highly impaired children with severe chronic pain: randomized controlled trial of efficacy and economic effects. *Pain*, 155, 118-128.
- Locher, C., Kossowsky, J., Koechlin, H., Lam, T. L., Barthel, J., Berde, C. B., Gaab, J., Schwarzer, G., Linde, K. & Meissner, K. 2020. Efficacy, Safety, and Acceptability of Pharmacologic Treatments for Pediatric Migraine Prophylaxis: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Pediatr*, Epub ahead of print.
- Wager, J., Brehmer, H., Hirschfeld, G. & Zernikow, B. 2015. Psychological distress and stressful life events in pediatric complex regional pain syndrome. *Pain Res Manag*, 20, 189-194.
- Wager, J., Brown, D., Kupitz, A., Rosenthal, N. & Zernikow, B. 2020. Prevalence and associated psychosocial and health factors of chronic pain in adolescents: Differences by sex and age. *Eur J Pain*, 24, 761-772.
- Wager, J. & Zernikow, B. 2018. Pain in children. In: Eccleston, C., Wells, C. & Morlion, B. (eds.) *European Pain Management*. Oxford: Oxford University Press.
- Zernikow, B., Dobe, M., Hirschfeld, G., Blankenburg, M., Reuther, M. & Maier, C. 2012. Bitte nicht noch mehr verletzen! Plädoyer gegen eine invasive Schmerztherapie bei Kindern mit komplexem regionalem Schmerzsyndrom (CRPS). *Schmerz*, 26, 389-395.
- Zernikow, B. & Wager, J. 2014. "Den Schmerz verstehen - und was zu tun ist in 10 Minuten!" Wissenschaftliche Fakten und Hintergrundinformationen zum Animationsfilm. https://www.deutsches-kinderschmerz-zentrum.de/fileadmin/media/Inhaltsbilder/Literatur/Wissenschaftliches_Begleitheft_Den_Schmerz_verstehen_Zernikow_Wager.pdf.
- Zernikow, B., Wager, J., Brehmer, H., Hirschfeld, G. & Maier, C. 2015. Invasive Treatments for Complex Regional Pain Syndrome in Children and Adolescents: A Scoping Review. *Anesthesiology*, 122, 699-707.

Spiel oder von meinem Freund, dem Peterle. Von dem hatte ich euch schon früher mal berichtet, dem feschen, grauen Kater, den ich soooo toll finde. Mein Diener, der Geschäftsstellenleiter, ist mit dem Müßiggang noch nicht so weit, denn er springt manchmal aus so einer schönen Ruhephase auf, und geht zu seinem Computer und spielt auf seiner Tastatur, als wenn ihm beim Nichtstun etwas eingefallen wäre, das er aufschreiben muss. Also muss die Muße wohl kein Nichtstun sein, sondern eher eine besondere Art von Arbeit. Schon in der Antike wurde der Müßiggang praktiziert und war hoch angesehen. Nur der Adel konnte ihn sich leisten und natürlich wir Katzen.

Aber wollte ich euch nicht noch etwas aus der Geschäftsstelle erzählen? Jetzt habe ich es leider vergessen; also dann eben das nächste Mal.

Ich wünsche euch allen aber noch eine gute Zeit und sage: Tschüüüs!

Alles wie immer oder schlimmer als sonst?

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Schmerzpatienten: Ergebnisse einer Patientenumfrage

Schmerz kennt jeder, aber was ist, wenn der Schmerz chronisch wird, also immer da ist oder immer wieder kommt? Dann gehen viele Erkrankte von Arzt zu Arzt, viele fühlen sich nicht ernst genommen, da Schmerz eine subjektive Empfindung ist. Viele Behandlungsversuche enden unbefriedigend, Betroffene werden immer verzweifelter. Viele Ärzte bieten auch nur Behandlungsversuche mit einem „Baustein“ an, z. B. Spritzen. Ständige Schmerzen „machen“ etwas mit den Erkrankten, man wird psychisch beeinträchtigt, „klein“, schränkt jegliche Aktivitäten ein, oft erfolgt sogar ein „sozialer Abstieg“. Krankheitsbedingte Fehlzeiten im Berufsleben enden oft mit einer Kündigung, wenn betriebsbedingte Entlassungen anstehen. Bewerbungen sind oft erfolglos, der Lebensstandard kann nicht mehr gehalten werden. Erfolgt ein vorzeitiger Beginn einer Erwerbsunfähigkeitsrente, sind die Zahlungen oft nicht ausreichend für den Lebensunterhalt.

Schmerz ist aber eine bio-psycho-soziale Erkrankung. Betroffene sollten auch dementsprechend behandelt werden. Zu oft werden psychologische Behandlungen oder soziale Unterstützung nicht angeboten. Auch Aufklärung über die chronische Erkrankung erfolgt oft weniger durch die Ärzte, die fast immer zu wenig Zeit haben. Manche Erkrankte werden ausführlich oft erst in einer Selbsthilfegruppe informiert über das Leben mit der chronischen Erkrankung.

Hilfreich kann eine Behandlung bei einem sog. „Schmerztherapeuten“ sein, also einem Facharzt (z. B. für Anästhesiologie) mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“. In Deutschland gibt es etwa 3,4 Mio. Betroffene mit schweren und höchst problematischen Schmerzzuständen, dem gegenüber stehen nur etwa 1000 ambulante tätige Schmerztherapeuten, so würden auf jeden Schmerztherapeuten ungefähr 3400 Patienten entfallen. Schmerztherapeuten, die an der „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie“, die von Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben wurde, teilnehmen, wird die Zahl der Schmerzpatienten in der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes auf nur 300 Patienten pro Quartal beschränkt. So kann man sich vorstellen, wie groß der Bedarf ist und dass es zu enormen Wartezeiten kommt. Hilfreich wäre es, wenn die gesamte Ärzteschaft gut ausgebildet wäre für die Erkennung und Behandlung von chronischen Schmerzen. Wenn man zusätzlich berücksichtigt, dass akuter Schmerz nach etwa 3 Monaten chronisch werden kann, nützen den meisten Patienten eine Überweisung an einen Schmerztherapeuten nichts, wenn die Wartezeit für einen neuen Patienten nicht unter 3 Monaten beträgt. Uns berichten Patienten sogar von Wartezeiten von bis zu 2 Jahren in Einzelfällen.

Eine sog. interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie (IMST) ist vielfach angezeigt bei schwerer Chronifizierung und wird meist stationär oder tagesstationär durchgeführt. Auch hier gibt es lange Wartezeiten. Seit Anfang März 2020 waren 75 Prozent der stationären schmerzmedizinischen Einrichtungen in Krankenhäusern, die Patienten mit schweren chronischen Schmerzen teil- und vollstationär behandeln, wegen der Corona-Krise geschlossen. Doch für die Versorgung von Patienten mit schweren und chronischen Schmerzen bedeutet das eine noch längere Wartezeit auf eine multimodale Behandlung, die ambulant kaum zu bewerkstelligen ist.

In einer IMST erhalten Schmerzpatienten ein „Rüstzeug“, um mit der Erkrankung im Alltag besser zu leben. Auch die Akzeptanz der Erkrankung wird gefördert. „Heilen“ in dem eigentlichen Sinn kann man chronische Schmerzen meistens nicht. Für die Betroffenen bedeutet es viel, wenn sie sich ernst genommen fühlen, eine multimodale Therapie erhalten und viel über ihre Erkrankung lernen. Durch den Austausch mit den anderen Schmerzpatienten merken viele: Ich bin nicht allein mit meiner Erkrankung – anderen geht es ähnlich wie mir. Dies führt manche Schmerzpatienten direkt nach einer IMST in eine Selbsthilfegruppe von UVSD SchmerzLOS e. V.

UMFRAGE zu Einschränkungen für Schmerzpatienten während der Corona-Pandemie

UVSD SchmerzLOS e. V. wollte es genau wissen. So wurde eine Umfrage entworfen, in der nach den Einschränkungen und Auswirkungen während der Corona-Pandemie gefragt wurde. Es kamen etwa 70 Antworten an, von denen 61 berücksichtigt werden konnten. Die anderen, die nicht in die Auswertung eingingen, hatten z. B. nicht alle Fragen beantwortet. 2/3 der Teilnehmer waren Frauen. Der Altersdurchschnitt betrug 56 Jahre. Im Mittel hatten die Teilnehmer seit gut 15 Jahren chronische Schmerzen. So kann man davon ausgehen, dass viele hoch chronifizierte Menschen uns antworteten. Bei den Diagnosen war alles dabei: Rückenschmerzen jeglicher Art, Arthrose, CRPS, Kopfschmerzen, Polyneuropathie, Schmerzen durch Multiple Sklerose, Fibromyalgie, aber auch Schmerzen durch psychische Belastungen bzw. Störungen wie Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung.

Ungefähr die Hälfte hatte Einschränkungen bei der Schmerztherapie während der Corona-Pandemie, ungefähr 60% hatten mehr Schmerzen durch diese Einschränkungen.

Vor der Pandemie lag der Schmerz durchschnittlich bei 3,5 auf der Schmerzskala von 0 bis 10, während der

Krise durchschnittlich 5,5. Im Mittel gab es also einen Anstieg um 2 Punkte. Dieser Anstieg sieht zunächst nicht so gravierend aus, kann aber den Unterschied machen zwischen einerseits sich leistungsfähig fühlen und andererseits nicht im Alltag zurecht kommen, arbeitsunfähig sein. Von daher ist dieser durchschnittliche Anstieg bedeutsam.

Bei einzelnen Teilnehmern gab es enorme Sprünge auf der Schmerzskala: von 5 auf 9, von 2 auf 6 oder von 3 auf 7,5.



Grafik 1

Über 50% gaben Einschränkungen bei der medizinischen Therapie an. Damit in Zusammenhang steht evtl., dass 33% Schwierigkeiten bei der Verordnung von Medikamenten durch den Arzt beklagten. Andere Therapien wie Physio und Ergo fielen bei etwa 1/3 der Patienten aus.



Grafik 2

Die meisten Schwierigkeiten wurden mit 30% geschildert bei „kein Termin bei einem Schmerztherapeuten bekommen“. Auch andere Therapien (Physio, Ergo, Wassergymnastik, Rehasport) wurden ohne Ersatz verschoben bei etwa 20%. Etwa 18% erhielten seltener einen Termin beim Schmerztherapeuten. Besonders einschneidend ist, dass bei immerhin 16% die IMST ohne Ersatztermin verschoben werden musste. Hier

bestätigt es sich, dass lange Wartezeiten nicht nur auf ambulante Therapie, sondern auch auf stationäre, spezialisierte Therapien entstanden. Durch die aufgeschobenen Therapien entstehen jetzt noch längere Wartezeiten. Viele Kliniken können diese längeren Wartezeiten nicht vermeiden, zumal momentan (Juni 2020) noch kein Normalbetrieb herrscht.

15% erhielten seltener einen Termin zur ambulanten psychologischen Therapie, die auch wichtig ist für Schmerzpatienten, denn chronischer Schmerz ist ein bio-psycho-soziales Geschehen.

Manche Teilnehmer dieser Umfrage mahnten an, dass die Prioritäten von Schmerzpatienten stärker berücksichtigt werden müssten. Oft wurde auch beklagt, dass Bewegungsangebote fehlten. Viele Schmerzpatienten brauchen diese Angebote, wie z. B. auch Rehasport, damit sich die funktionellen Einschränkungen nicht verstärken.

Auch die Selbsthilfegruppen durften bzw. dürfen sich nicht treffen. Oft sind viele Teilnehmer in den Gruppen älter, deshalb ist der Einsatz von digitalen Medien, z. B. Video-Konferenzen, schwierig.

Aus dieser Umfrage, die nicht repräsentativ ist, aber durchaus einen Querschnitt durch die Erschwernisse für Schmerzpatienten bildet, leitet UVSD SchmerzLOS e. V. diese Forderungen ab:

- Verstärkte Angebote von Telefon- und Videosprechstunden, nicht nur bei Ärzten und Psychologen, sondern auch z. B. bei Physiotherapie
- Ausnahmegenehmigung für Rehasport in kleinen Gruppen ohne den erforderlichen Mindestabstand
- Befristete Ausnahmegenehmigung für Überschreitung der genehmigten Fallzahl bei ambulanten, stationären und teilstationären Behandlungen

Während einer Video-Presskonferenz zum diesjährigen Aktionstag gegen den Schmerz konnte die Vorsitzende von UVSD SchmerzLOS e. V., Heike Norda, diese Forderungen der Presse übermitteln. Auch die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. setzt sich eindringlich für die Verbesserung von Behandlungsmöglichkeiten für Schmerzpatienten ein. Hierfür bedanken wir uns bei Frau Prof. Sommer, der Präsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft.

Ebenso bedanken wir uns bei allen Teilnehmern sowie bei Frau Prof. Lambers für die Hilfe bei der Erstellung der Umfrage.

Autorin: Heike Norda

Statements von Schmerzpatienten, die durch Corona Auswirkungen auf ihre Situation schilderten

(Auszüge aus unserer Umfrage)

Ich habe Fibromyalgie mit Ganzkörperschmerzen und anderen Symptomen wie Müdigkeit, starke Erschöpfung und mehr. Meine Krankenhausaufnahme zur stationären Schmerztherapie wurde verschoben, beim Arzt bekam ich seltener einen ambulanten Behandlungstermin und der Psychologe, bei dem ich in Behandlung war, schloss seine Praxis für einige Wochen. Schlimm war für mich, dass die Krankenhausaufnahme ohne die Aussicht auf einen Ersatztermin abgesagt wurde. Ich habe mir viele Sorgen gemacht, auch, dass es Monate dauern könnte, bis ich einen Ausweichtermin bekommen werde. Meine Schmerzen wurden durch das Ganze viel stärker.

Ich habe Migräne und Spinalkanalstenose und lebe allein. In den letzten Monaten war ich durch die Absage von Behandlungsterminen stark isoliert, niemand hat mir gegen die Einsamkeit helfen können.

Ich leide unter CRPS, einer Erkrankung mit schlimmen Schmerzen an meinen beiden Beinen. Gehen kann ich kaum. Bei mir wurde eine schmerzlindernde Operation ohne konkreten Ersatztermin abgesagt. Meine Schmerzen haben sich von 4 auf 8 auf der Schmerzskala von 0 bis 10 verstärkt. Auch andere Therapien wurden um Monate verschoben. Die Ärzte zucken nur mit den Schultern, wenn ich ihnen sage, dass ich durch die ganzen Absagen mehr Schmerzen habe. Ich wünsche mir, dass die Belange von den Schmerzpatienten nicht immer hinten an stehen und eine höhere Priorität bekommen.

Ich hatte die meisten Schwierigkeiten durch die Maskenpflicht. Zum einen bin ich höreingeschränkt und habe Probleme, andere unter ihrer Maske zu verstehen. Außerdem habe ich Gesichtsschmerzen mit stark überempfindlichen Hautpartien. Mein Arzt hat mir ein Attest ausgestellt, dass ich keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen muss. Aber wenn ich ohne in ein Geschäft geht, sprechen mich andere Menschen darauf an, und das nicht sehr freundlich. Sie glauben es mir nicht, dass ich von dieser Tragepflicht ausgenommen bin.

Ich bin nach einem Unterkieferbruch operiert worden. Meine Reha in einer Reha-Klinik wurde wegen Corona abgebrochen. Zu Hause habe ich dann für 8 Wochen keine Termine bei der Physiotherapie und Ergotherapie bekommen.

Ich leide an Angststörungen und chronischen Schmerzen. Durch die ganze Berichterstattung in den Medien haben sich meine Ängste in den letzten Monaten um ein Vielfaches verstärkt, was sich wiederum bei mir in einem deutlich höheren Schmerzniveau äußert. Aus Angst, ich könnte mich anstecken, traue ich mich kaum noch aus dem Haus. Meine Nachbarin kauft für mich ein. Als ich neulich zur Bank musste, um Geld zu holen, war ich vor Angst ganz nass geschwitz.

Ich leide schon lange unter Rückenschmerzen. Meine Physiotherapie, meine Aquafitness und mein Rehasport waren bzw. sind noch ausgesetzt, und das seit Mitte März. So verschlimmern sich Tag für Tag meine Schmerzen.

Warum ich gerne Mitglied bin

Schmerzen begleiten mich schon mein ganzes Leben. Mal waren sie leichter zu ertragen, mal weniger. Beim Arbeiten war es besonders schlimm. Wenn ich abends nach Hause kam, war mir jeder Handgriff zu viel. Irgendwann konnte ich überhaupt nicht mehr arbeiten und es folgte eine lange Karenzzeit. Da das Leben aber auch mit den Schmerzen weiter gehen musste, und ich das alles nicht mehr mit mir selbst ausmachen wollte, war ich auf der Suche nach einer Selbsthilfegruppe. Es gab zu dem Zeitpunkt aber keine in unmittelbarer Nähe. Eines Tages las ich in unserer Tageszeitung die Ankündigung von SchmerzLOS e.V. Da war sie also. Ursprünglich wollte ich nur als eine Schmerzgeplagte teilnehmen. Es sollte aber anders kommen. Ich bin als Gruppenbegleiterin in unserer Gruppe hängen geblieben und begleite die Gruppe schon seit fast fünf Jahren. Ehrenamtlich wollte ich mich schon länger betätigen. Dann eben eine Selbsthilfegruppe, warum nicht. Auch war zu dieser Zeit beruflich sehr frustriert und wollte mir einen Ausgleich suchen, bei dem ich

gefordert wurde. Gefordert wurde ich auf jeden Fall. Auf einmal war ich als Referentin bei allen möglichen Veranstaltungen im Städtischen Karlsruhe eingeladen. Ich war in die Krankenpflegeschule eingeladen worden, ich war auf internen Veranstaltungen, ich gestaltete den Aktionstag gegen den Schmerz und noch etliche Veranstaltungen.

All diese Aktivitäten haben mein Selbstbewusstsein etwas aufgepoliert. Ich merkte, dass ich mit meinen Fähigkeiten und Wissen andere Menschen unterstützen kann und sie im Umgang mit chronischen Schmerzen ein Stück begleiten kann. Wieder Freude an kleinen Dingen zu finden, wieder leichte sportliche Aktivitäten aufnehmen und auch zu den Schmerzen stehen.

Ich bin gerne Mitglied, weil ich viele interessante Menschen kennen gelernt habe. Und weil es gemeinsam besser geht, im Großen wie im Kleinen.



Ute Warnken, SHG Karlsruhe

Liebes Redaktionsteam, ich habe gerade die Kranken- und Leidensgeschichte von der Handoperation in der neuen SchmerzLOS AKTUELL gelesen. Sie ist sehr gut beschrieben und interessant, vor allem die guten extra aufklärenden Kommentare.

Hoffentlich profitieren viele Schmerzpatienten von dem Bericht und gehen anders, also als mündiger Patient, zu einer OP ins Krankenhaus und zum Arzt.

Die Zusammenarbeit von Arzt und Pflegepersonal muss einfach zum Wohl der Patienten verbessert werden, und zwar auf Augenhöhe bei allen Beteiligten! Viele Patienten trauen sich aber nicht etwas zu sagen, wenn sie vom Arzt und Pflegepersonal nicht ernstgenommen werden. Gerade ältere, ruhige Menschen werden da oft sehr vernachlässigt und müssen unnötig leiden.

Das habe ich bei meiner 95-jährigen Mutter erlebt. Die hat sich dann innerlich aufgegeben, was ganz schrecklich für mich war. Deswegen sollte nicht nur im Krankenhaus sondern auch in Pflegeheimen die Menschen als mündige Wesen behandelt werden.

Könnten Sie in loser Folge Erfahrungs-Berichte von Schmerzpatienten bringen?



Gerade wir chronischen Schmerzpatienten haben ja oft sehr schlechte Erfahrungen mit ignoranten Ärzten gemacht, was ja unsere Schmerzen verstärkt und dem Selbstvertrauen schadet. Darum bauen wir ja gerade diese Schmerzpatienten in der Gruppen zu mündigen Patienten besonders auf.

Sabine Pump, SHG Lübeck

Hinweis der Redaktion:

Liebe Leser und Leserinnen, gern nehmen wir Ihre Erfahrungen in unsere Zeitschrift. Es gibt auch unsere Schreibwerkstatt (<https://www.schmerzlos-ev.de/projekte/schreibwerkstatt/>), in der Sie uns Ihre Schilderungen senden können. Vielen hilft es auch, die eigenen Erlebnisse aufzuschreiben. Senden Sie Ihre Geschichten gern an diese Mailadresse: redaktion@schmerzlos-ev.de

Neue Vorstandsbeauftragte von UVSD SchmerzLOS stellen sich vor



Stephanie Breiteneicher

38 Jahre, getrennt lebend, 2-fache Sternennama

Hobbys: lesen, meinen Aktions- und Bewegungsbereich jeden Tag etwas mehr zu erweitern

Ich glaube an das Gute im Menschen, an die Kraft der Natur und an

die Sinnhaftigkeit des Lebens.

Berentete Mediengestalterin und CRPS-Betroffene

Seit 2012 bin ich CRPS-Betroffene (komplexes regionales Schmerzsyndrom / Morbus Sudeck). Wie leider bei vielen anderen, wurde die Krankheit erst nach 2 Jahren erkannt, nachdem ich eine wahre Ärzteodyssee hinter mir hatte. Nach fast 4 Jahren traf ich die erste andere CRPS-Patientin. Der Austausch mit ihr tat mir so gut, da sie mir Dinge erklären konnte, die nirgendwo stehen (z. B. dass die Sonnenstrahlen die Schmerzen erheblich verstärken können). Auf Grund der hilfreichen Gespräche machte ich mich auf die Suche nach einer Selbsthilfegruppe in Bayern. Leider gab es damals noch keine Gruppe. Erst 2 Jahre später entstand die erste in Mühldorf. Zu meinem ersten Treffen führe ich völlig verängstigt, zu einem, da ich selber noch nie in einer Selbsthilfegruppe war und nicht wusste, was mich dort erwartet und zum anderen hatte ich Angst, auf Unverständnis zu stoßen und dass mir nicht geglaubt werden würde. Doch meine Ängste waren absolut unnötig. Ich trat in einen Raum mit vollkommen fremden Menschen und nach kurzer Zeit hatte ich das



Dr. med. Harald Lucius

64 Jahre, 2x verheiratet, 4 Kinder
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Spezielle Schmerztherapie,
Chirotherapie, Akupunktur
Meditationslehrer (MBSR/MBCT)
Saxofonist und Reisender, praktizierender Buddhist

Seit 1987 beschäftige ich mich mit dem Thema chronischer Schmerz und der Frage, was wir tun können, um chronisch Schmerzkranken dabei zu helfen, trotz ihrer Beschwerden ein gutes Leben zu führen. Seit 1999 leite ich hauptamtlich eine Schmerzambulanz in einer Klinik, in der wir neben ambulanter auch eine multimodale Schmerztherapie anbieten und psychosomatische schmerzbezogene Verfahren einsetzen – in stationären Settings.

Ich bin ehrenamtlich mit Unterbrechungen seit 1988 in der Patienten(selbst)hilfe tätig, zunächst 15 Jahre in der Deutschen Schmerzhilfe e.V. und in der Hospizbewegung.

Gefühl der Zugehörigkeit, denn unsere Schmerzen und die damit verbundenen Sorgen und Ängsten vereinen uns. Tatsächlich war dies mein einziges Treffen, als „normales“ Mitglied, denn die Gruppenbegleiterin musste die Leitung aus gesundheitlichen Gründen abgeben. Was ich mich vorher nicht getraut habe, war ich jetzt bereit zu übernehmen, da mir die Zugehörigkeit und Sinnhaftigkeit der Gruppe bewusst war. Nachdem ich keine Ahnung hatte, was es eigentlich heißt, eine Gruppe zu begleiten, welche Aufgaben und Herausforderungen mir da begegnen würden, schloss ich mich SchmerzLOS e. V. an. Ich erhielt neben dem jährlichen Workshop für Gruppenbegleiter und den regelmäßigen Telefonkonferenzen die nötige Unterstützung, die ich benötigte. Zeitgleich gründete ich mit weiteren CRPS-Mitbetroffenen einen Verein für CRPS-Betroffene. Beflügelt durch die Selbsthilfegruppe wollten wir mehr erreichen um die Erkrankung CRPS besser bekannt zu machen. Leider musste ich ziemlich schnell feststellen, dass es sehr viel Arbeit ist, einen Verein aufzubauen und zu führen und dies meine Grenzen der Belastbarkeit überschreitet und man als kleine Gruppierung nur sehr schwer wirklich etwas erreichen kann.

Daher entschloss ich mich, mich ab diesem Jahr mehr bei SchmerzLOS einzubringen und somit den Verein zu unterstützen, denn nur wenn wir viele kleine Dinge erledigen, können wir viel erreichen.

Mir ist die Arbeit in der SHG und im Verein deswegen so wichtig geworden, nicht nur weil ich mich mit anderen austauschen kann sondern durch mein aktives Einbringen verleihe ich meinem eigenen Leid etwas Sinnhaftes.

Seit mehreren Jahren unterstütze ich nun die Arbeit von UVSD SchmerzLOS e.V. auf unterschiedliche Weise. Aufgrund meiner beruflichen Inanspruchnahme habe ich noch nicht so viel Zeit für diese wichtige Tätigkeit, wie ich mir wünsche, möchte mich aber, wenn ich in 2 Jahren im Ruhestand bin, mehr einbringen.

Meine Angebote für den Verein umfassen Moderatoren-tätigkeiten, Vorträge und Workshops zum Thema Achtsamkeit in der Schmerztherapie, zudem Unterstützung des Vorstands in wichtigen Prozessen und allgemeine schmerztherapeutische Beratungen auf Wunsch. Ich möchte unseren Verein später gern auch in der Öffentlichkeitsarbeit mehr unterstützen.

Meine Vision ist, ein gutes Leben trotz Schmerzen zu führen – in jedem Augenblick.

Das gilt nicht zuletzt für mich selbst, denn „wir können nicht viel für andere tun, solange wir selbst verletzt sind oder leiden“ (S.H. der 16. Gyalwa Karmapa)

Hochschulprofessorin engagiert sich für Patienten mit chronischen Schmerzen



Im Fachbereich Gesundheit & Soziales ist Prof. Dr. Britta Lambers bereits seit 2016 für die Hochschule Fresenius tätig. Sie lehrt als Professorin für Gesundheitsversorgung v. a. die Fächer Gesundheitsökonomie und Wissenschaftliches Arbeiten in unterschiedlichen Studiengängen. Sie leitet ein Forschungsprojekt zum Thema Soziale Einflussfaktoren auf den chronischen Schmerz u. a. in Kooperation mit dem

Interdisziplinären Schmerzzentrum der Albert-Ludwig Universität Freiburg und UVSD SchmerzLOS e.V.

Prof. Lambers ist als Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. aktiv im Arbeitskreis Patienteninformation tätig. Außerdem engagiert sie sich im erweiterten Vorstand des UVSD SchmerzLOS e.V.. Zu Zeiten der Coronapandemie beschäftigt sie die besonders herausfordernde Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz. „Schon unter regulären Bedingungen herrscht eine Unter- und Fehlversorgung von an chronischen Schmerzen leidenden Menschen.“, erzählt sie uns. Der Ausbruch der Coronapandemie hat die Situation verschärft: Aufgrund der Vorhaltung von Betten für Covid-19 - Patienten in stationären Einrichtungen standen bisher weit weniger Kapazitäten als üblich zur Verfügung - hinzu kommt die vorschriftsmäßige Abstandshaltung, die zusätzlich die Anzahl der Betten reduziert. Zwischenzeitlich hat sich die Lage schon etwas positiver entwickelt. Es können je nach Region wieder mehr stationäre Versorgungsplätze angeboten werden. Viele schmerzlindernde Operationen mussten bis auf weiteres verschoben werden. Dies kann für Patienten, die z.B. einen Neurostimulator tragen oder bekommen sollen, eine Zeit voller Unsicherheit und vermehrtem Schmerz bedeuten und zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen. Zudem existieren aktuell eingeschränkte Besuchsmöglichkeiten im Krankenhaus. Es ist bekannt, dass die Chronifizierung und Schmerzentwicklung auf bio-psycho-soziale Umstände reagiert und wie wichtig die Begleitung durch Angehörige ist. Dies ist ein zusätzliches Leid für die Betroffenen.

Auch im ambulanten Sektor ist die Versorgung erschwert. Es muss darauf geachtet werden, dass sich nicht zu viele Patienten in denselben Räumen einer Praxis, z.B. im Wartebereich, aufhalten. Zudem sind die Niederlassungen von zertifizierten Schmerzmedizinerinnen nicht in jeder Stadt aufzufinden. So bedarf es für Betroffenen aus umliegenden Ortschaften langer Anfahrtswege, um diese zu erreichen. Aufgrund vermehrter Ängste bezüglich einer Infektion vermeiden Patienten aber zurzeit die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und einen Besuch schmerzmedizinischer Praxen. Manche Ärzte bieten zwar digitale Sprechstunden an. Doch dies kann nur eine Übergangslösung sein. Zum einen sind die datenschutzrechtlichen Anforderungen bei der digitalen Umsetzung ärztlicher Kon-

sultationen weitaus höher als im Regelfall. Zum anderen ist für chronische Schmerzen eine multimodale und interdisziplinäre Therapie zurzeit der Goldstandard der Versorgung. Dazu zählen über ärztliche Konsultationen hinaus die psycho-, ergo- und physiotherapeutische Begleitung. Eine digitale Variante ist bei vielen dieser Therapien nicht umsetzbar. Auch der Rehasektor ist von den coronabedingten Einschränkungen stark betroffen: Schon bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen wurden ohne Angabe eines Alternativtermins abgesagt. Ohne Kenntnis, wann die Therapie aufgenommen werden kann, sind viele Patienten überfordert, an wen sie sich in der Zwischenzeit wenden oder wie sie bis dahin ihre Schmerzen in einem erträglichen Maß halten können.

Das Angebot organisierter Selbsthilfe über Verbände, welches normalerweise Engpässe und Versorgungslücken im Gesundheitswesen überbrückt, musste ebenfalls zurückgefahren werden. Viele Selbsthilfegruppen und andere -aktivitäten können zurzeit nicht oder nur stark eingeschränkt stattfinden. Der Patientenverband Migräneliga e.V. berichtet darüber hinaus, dass die Anfragen nach alternativen und komplementären Heilmethoden sprunghaft angestiegen sei und dass eine gesteigerte Bereitschaft für Privatzahlung von Methoden ohne Wirksamkeitsnachweis unter Betroffenen bestünde. Prof. Lambers vermutet ein Risiko zur vermehrten Ausbreitung unseriöser Angebote auf dem zweiten Gesundheitsmarkt. Dem entgegenstehen kann nur eine breite Streuung professioneller Informationen zu bestehenden Therapiemöglichkeiten und Versorgungsalternativen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. zeigt sich aufgrund der herausfordernden Lage aktiv und hat spontan Videokonferenzen und Patientenhotlines mit verschiedenen Expertenteams eingerichtet, an denen auch Frau Prof. Lambers mitwirkt. Um die Versorgungsengpässe und Schwierigkeiten noch besser zu verstehen, hat der Verband UVSD SchmerzLOS e.V. in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Lambers eine Umfrage unter Betroffenen gestartet. Am Aktionstag gegen den Schmerz (02. Juni 2020) wurden sowohl die Ergebnisse der Umfrage als auch die bisherigen Erfahrungen der digitalen Angebote in einer Pressekonferenz vorgestellt.

Prof. Lambers zieht ein erstes Zwischenfazit: „Die Einrichtung dieser Telefonkonferenzen bietet nicht nur einen möglichen sozialen Kontakt für Betroffene zur Beantwortung von Fragen, sondern gleichermaßen einen Austausch zwischen Betroffenen und Experten, wodurch beide Seiten wertvolle Hinweise erhalten. Ich bin wirklich beeindruckt, wie viele Informationen über die Versorgungssituation wir schon an den ersten Terminen haben sammeln können. Diese zu empfangen ist das eine – die Deutsche Schmerzgesellschaft und der UVSD SchmerzLOS möchten daraus konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, die mit relevanten Entscheidern aus Politik und Selbstverwaltung diskutiert werden sollen, um die Situation der Versorgung für Schmerzpatienten auch über die Coronapandemie hinaus nachhaltig zu verbessern.“

Menschen mit Behinderung fürchten „Aussortierung“

Aus der Perspektive von Betroffenen

Kommentar von Christa Engelhardt:

„Wir retten in Deutschland möglicherweise Menschen, die in einem halben Jahr sowieso tot wären – aufgrund ihres Alters und Vorerkrankungen“. Im Fernsehen äußerte sich der Tübinger Bürgermeister Boris Palmer jüngst zum Vorgehen im Rahmen der Corona-Pandemie.

Damit meinte er mich – 64 Jahre mit Vorerkrankung – und alle Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Weil wir sowieso angeschlagen und Todeskandidaten sind. Denn ab 65 ist man einfach alt und es wird gestorben. Für kranke und beeinträchtigte Menschen sollte man demnach keinen Aufwand betreiben. Palmer hat sich inzwischen entschuldigt. Aber gesagt ist gesagt. Diese Bemerkung ist zynisch und unerträglich. Solches Denken spaltet die Gesellschaft: in Alte und Junge, Beeinträchtigte und Gesunde. Und sie nährt die Furcht der Betroffenen vor „Aussortierung“. In Deutschland leben 18 % Risikopatienten. Kann eine Behinderung zum Todesurteil werden? Wird Leben gegen Leben gestellt?

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), ein Zusammenschluss aus sieben medizinischen Fachgesellschaften, hat im Rahmen der Corona-Pandemie zu dieser Thematik einen Leitfaden erstellt. Dazu nimmt Raul Krauthausen Stellung:

„Für Menschen mit Behinderung sind diese Triage-Empfehlungen (aus dem französischen „trier“ = aussuchen, aussortieren), wie sie die Fachgesellschaften nun vorschlagen, ein Alptraum. Denn hinreichend unscharf formuliert, dafür zugleich voll von Diskriminierung, dient der Leitfaden als Einfallstor, um sich im Zweifelsfall gegen das Leben eines Menschen zu entscheiden, nur weil er eine Behinderung hat.“

Raul Krauthausen ist Aktivist für Inklusion und Barrierefreiheit, Gründer des gemeinnützigen Vereins Sozialhelden, wurde 2013 mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet und ist aufgrund der sog. Glasknochenkrankheit auf einen Rollstuhl angewiesen.

Wenn im Notfall die Beatmungsgeräte nicht ausreichen, wie wir es in Italien gesehen haben, entscheiden Ärztinnen und Ärzte über Leben oder Tod. In diesem Leitfaden wird zudem beschrieben, wer die höchsten Überlebenschancen hat, soll vorrangig behandelt werden:

„Die Priorisierung von Patienten sollte sich deshalb am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientieren, was nicht eine Entscheidung im Sinne der „best choice“ bedeutet, sondern vielmehr den Verzicht auf Behandlung derer, bei

denen keine oder nur sehr geringe Erfolgsaussicht besteht.“ Dem gegenüber steht Artikel 1 des Grundgesetzes, der die Menschenwürde schützt. Folgerichtig und gemäß der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, resultiert daraus der Grundsatz, dass Leben nicht gegen Leben abgewogen werden darf.

Unter den Kriterien, die einen schlechteren Behandlungserfolg implizieren, werden die sog. „Komborbiditäten“ genannt, wie z.B. „weit fortgeschrittene generalisierte neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen“. Das ist alarmierend und eines der potenziellen Einfallstore. Es gibt viele Menschen mit neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen. Mehr oder weniger weit fortgeschritten und „generalisiert“ ist vieles. Darüber hinaus sind die Betroffenen jedoch gesund. Solche Formulierungen nähren die Befürchtung von betroffenen Menschen, dass sie „aussortiert“ oder nicht versorgt werden könnten, ihre Behinderung im schlimmsten Fall zum Todesurteil wird.

Es heißt, bei der Risikogruppe gehe es um Alte und Schwache. Dass es auch Menschen betrifft, die weder alt noch schwach sind, ist vielen nicht bewusst: Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen.

Krauthausen nimmt wahr, dass die Menschen als Gesellschaft näher gerückt sind und das stimmt ihn zuversichtlich: „Wenn das Virus uns eine Sache gelehrt hat, dann dass wir alle Menschen sind. Dass das Virus keine Ausnahme macht zwischen Deutschen und Nichtdeutschen, Jung und Alt, behindert und nichtbehindert. Sondern, dass wir eine Menschheit sind und wir nur gemeinsam diese Krise bewältigen.“



Seit 1985 ist Christa Engelhardt Studienleiterin für den Themenbereich „Gesellschaft, Politik, Staat“. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Lebensformen, Diversity und Soziales. Quelle: <https://www.ev-akademie-boll.de/nc/aktuell/kreuz-und-quer/artikel/menschen-mit-behinderung-fuerchten-aussortierung.html>

Die evangelische Akademie Bad Boll: „Im Dialog: Gesellschaft gestalten“ – das ist Antrieb und Ziel der Aktivitäten der Evangelischen Akademie Bad Boll. In ihrer Art, Größe und Lage ist die Evangelische Akademie Bad Boll einmalig in Deutschland: 1945 gegründet, ist sie nicht nur die älteste, sondern auch die größte europäische Akademie in kirchlicher Trägerschaft.

Die Gruppe ins Gespräch bringen

Wie geht gute Moderation?

Eine Arbeitshilfe für Selbsthilfegruppen von Heike Norda

Gruppentreffen sind ein wichtiger Bestandteil der Selbsthilfe. Doch nicht immer verläuft ein Treffen gut. Ohne Moderation kann es zu Unzufriedenheit kommen oder zu dem Gefühl, kostbare Zeit vergeudet zu haben.

Wer ein Treffen gut moderiert, hat die Gruppe und die Bedürfnisse der Einzelnen im Blick. Es geht nicht um die Position des Moderators oder dessen eigene Befindlichkeit, sondern es geht darum, dass die Gruppenteilnehmer miteinander ins Gespräch kommen.

Was ist gute Moderation in einer Selbsthilfegruppe? Der Moderator sorgt für eine angenehme Atmosphäre und bringt die Menschen gezielt ins Gespräch. Ein Moderator benötigt Gespür für die Gruppe und Menschen sowie Authentizität, Gelassenheit und ein tolerantes Durchsetzungsvermögen. Einigen Menschen fällt es eher leicht, dieses Handwerk anzuwenden, andere brauchen mehr Zeit und Übung – es ist eine Herausforderung, die aber grundsätzlich praktisch erlernbar ist.

Die Rahmenbedingungen wie Zeit, Gruppenregeln und Ablauf sollten im Blick behalten werden. Dabei muss der Moderierende dies nicht immer alles selbst tun, sondern kann einzelne Aufgaben auch abgeben. Die Zeit könnte ein Gruppenmitglied nach Absprache als „Zeitwächter“ im Blick behalten. Moderation kann helfen, wenn zwei Menschen ein Problem aus zwei verschiedenen Blickwinkeln ansprechen. Moderation kann Klarheit herstellen und sollte sich dabei nicht inhaltlich positionieren. Andererseits stehen alle Gruppenmitglieder auf der gleichen Ebene, auch der Moderator, wenn er Teil der Gruppe ist.

Andere Rahmenbedingungen können gesundheitliche Probleme sein, beispielsweise wenn es Personen mit Höreinschränkungen gibt. Auch diese besondere Rahmenbedingung behält der Moderator im Blick. Eine gute Moderation kann nahezu unsichtbar werden, wenn alle wissen, was auf dem Plan steht. Sie muss immer zur jeweiligen Gruppe zur Situation passen. Jedes Treffen, jede Gruppe, jede Sitzung ist anders. Die Moderation muss sich dementsprechend vorbereiten, ihr Handwerkszeug nutzen und spontan sein. Wenn z.B. neue Mitglieder zur Gruppe dazukommen und die Gruppe sich verändert, muss die Moderation wieder präsenter werden.

Gute Moderation behält auch die Tagesordnung im Blick. Wer redet wie viel? Ist das gut verteilt? Sollte man vielleicht auch stillere Teilnehmer ansprechen? Moderation, die anderen eine Meinung aufzwingt, kann zu Widerständen führen oder zu dem Gefühl von Gruppenmitgliedern, sich manipuliert zu fühlen.

Visualisierung von Ergebnissen kann helfen, Entscheidungsprozesse für alle sichtbar zu machen. Dazu können Ergebnisse an Whiteboards oder auf Flipchartpapier mitgeschrieben werden oder auf Moderationskarten gut sichtbar im Raum aufgehängt werden. Dort kann beispielsweise dokumentiert werden, wo die Gruppe steht, welche Themen es gibt oder wie die Tagesordnung aussieht. Man kann auch einen „Themenspeicher“ führen, wenn Themen auftauchen, die später weiter bearbeitet werden können. Gruppenmitglieder heben bei Bedarf eine „Rote Karte“, wenn etwas zu schnell war, nicht verstanden wurde oder zu leise war.

Gesprächsregeln sollten immer gemeinsam in der Gruppe erarbeitet werden. Die Moderation gibt sie nicht vor, sondern sorgt dafür, dass sich alle gut einbringen können.

Fragetechniken können wichtig sein. Die Anwendung von offenen bzw. geschlossenen Fragen ist immer Bestandteil von Moderation. Offene Fragen sind in der Regel „W-Fragen“ (Was? Warum? Wie? ...) und regen zur Diskussion und dem Austausch von Ideen an. Geschlossene Fragen bieten in der Regel nur die Antwortmöglichkeiten „Ja / Nein / Ich weiß nicht...“. Beispiele: Habe ich dich richtig verstanden? Können wir das so umsetzen? Seid ihr dafür, dass wir das machen? Sie sind hilfreich bei Verständnisfragen oder einem Meinungsbild.

Methoden für den Einstieg

Aktivierung durch Bewegung (Aufstehen oder Hände heben als „Ja“ bei Fragen – Wer ist mit dem Fahrrad hier? Wer trägt eine Brille? Wer hat ein Haustier?) Einstiegsrunde: Mit welchen Gedanken seid ihr hier? (bitte die Antworten kurz fassen, es sollen alle etwas sagen können und gehört werden) Kennenlernen: z.B. anhand des Schlüsselbundes vorstellen („An meinem Schlüsselbund ist dieser Schlüssel. Er dient dazu, ...) Erwartungsabfrage (Mit welchen Erwartungen seid ihr hier? Was erwartet ihr für ein Ergebnis?) Werden

Mit Düften gegen den Schmerz

Erwartungen genannt, die nicht erfüllt werden können (anderes Thema, bestimmte Personen sind nicht da etc., bitte gleich ansprechen).

Gruppen-Regeln gemeinsam aushandeln und sichtbar präsentieren (Kommunikation: Wie gehen wir miteinander um? Z.B. ausreden lassen, Respekt zeigen, keine Diskriminierung, keine Handyutzung während des Treffens)

Methoden für eine Entscheidungsfindung

Themenabfrage: z.B. Mehr-Punktabfrage: Alle haben z.B. drei Klebepunkte, die sie den heute zu besprechenden Themen, Ausflugszielen etc. geben können; die meisten Punkte entscheiden.

Meinungsbild: z.B. Blitzlicht-Runde: Alle sagen kurz ihren Standpunkt, allerdings ohne Diskussion und ohne Erklärung.

Handlungsplan: Wer? macht was? mit wem? bis wann? Liste(+/-)(auch Pro-/Contra-Liste): Was spricht für oder gegen ein Vorhaben oder eine Idee?

Kreativität durch verschiedene Arbeitstechniken, z. B. Kopfstand-Methode: Sachverhalte mal aus einem anderen Blickwinkel betrachten oder Bilder malen, Collagen erstellen für Zukunftsvorstellungen: So sehe ich unsere Gruppe bzw. unser Thema in 5 Jahren...

Feedback-Methoden

„Papierkorb / Herz / Glühlampe“: Papierkorb bedeutet „Das kann weg“. Herz bedeutet „Das behalte ich.“ Glühlampe bedeutet „Das ist neu für mich“. Tipp: Gerne auch drei passende Bilder oder Gegenstände als Erinnerungstütze für die drei Gegenstände herumreichen.

5 Finger-Feedback: Daumen: Das war genial. Daumen hoch dafür! Zeigefinger: Darauf möchte ich hinweisen. Das fand ich bemerkenswert und besonders wichtig. Mittelfinger: Das war noch nicht so gut oder verbesserungswürdig. Dafür zeige ich den „Kritikfinger“. Ringfinger: So fühle ich mich gerade. Kleiner Finger: Das ist mir zu kurz gekommen. Tipp: Hand mit beschrifteten Fingern auf einem Flipchart als Erinnerungstütze visualisieren. Zielscheibe bepunkten: zu unterschiedliche Kategorien wie Gruppenklima, Raum, Thema, Moderation, Arbeitsatmosphäre, Essen, etc. Punkt im Innenkreis: Alles super! Punkt im Außenkreis: Dieser Aspekt ist ausbaufähig. Ampel-Abstimmung oder Feedback: rote, gelbe und grüne Karten

Wenn eine Gruppe nicht nach jeder Sitzung ein Feedback geben möchte, sollte man diese regelmäßig in größeren Abständen einbauen, z. B. alle drei Monate.

Dieser Artikel entstand nach einer Fortbildung im Rahmen der Selbsthilfekademie Schleswig-Holstein.



Zufriedenheit ist ein stiller Garten,
in dem man Erholung findet.

Düfte beeinflussen nicht nur Emotionen und das Gedächtnis, sondern auch die Schmerzwahrnehmung. Dieser Zusammenhang ist Gegenstand der modernen Schmerzforschung und könnte zu neuen therapeutischen Ansätzen führen.

Der Geruchssinn beeinflusst viele Entscheidungen im Leben eines Menschen. Er trägt zur Orientierung und Warnung bei Gefahren bei, beeinflusst die Wahl des Sexualpartners, kontrolliert die Nahrungsaufnahme und hat letztendlich Einfluss auf die gesamte Gefühlswelt und unser Sozialverhalten. Während beispielsweise das Sehen im Schlaf abgeschaltet ist, funktioniert der Geruchssinn Tag und Nacht und lässt sich auch nicht willentlich abstellen.

Die Funktionsweise des Riechens war lange Zeit ein Rätsel, das schließlich in wesentlichen Teilen von den Amerikanern Linda Buck und Richard Axel gelöst wurde, wofür die beiden Wissenschaftler im Jahr 2004 mit dem Medizin-Nobelpreis geehrt wurden. Auf



Die Mehrzahl der Anwendungen basiert hauptsächlich auf dem alten Konzept der Aromatherapie mit ätherischen Ölen.

etwa fünf Quadratzentimeter Schleimhaut in der Nasenhöhle sind zehn Millionen Riechzellen zu finden, deren Fortsätze bis in den Riechkolben des Gehirns führen. Dort gibt es weiterführende Verbindungen zu Hirnstrukturen, welche für Emotionen und Gedächtnis verantwortlich sind, aber auch beim Schmerz aktiviert werden.

Riechen und Schmerzwahrnehmung

Die moderne Schmerztherapie stützt sich zuneh-

mend auf nicht-pharmakologische Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapie, Physiotherapie und Entspannungstechniken. Unter den verschiedenen Methoden der Schmerzlinderung mit medikamentenfreien Verfahren wird dem Einsatz von Gerüchen zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Die Mehrzahl dieser Anwendungen basiert hauptsächlich auf dem alten Konzept der Aromatherapie mit ätherischen Ölen. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Konzept der Aromatherapie oft nicht wissenschaftlich untermauert ist. Im Gegensatz dazu sind positive Effekte der definierten Riechwahrnehmung wissenschaftlich belegt und gelten als ausgezeichnet.

Geruchstraining gegen Depression und Angst

Eine strukturierte Geruchsaussetzung ist bereits eine anerkannte Therapie bei Patienten mit Geruchsverlust und basiert auf der Tatsache, dass das Riechsystem die Fähigkeit hat, sich aufgrund der Veränderbarkeit des Nervensystems (zu dem auch das Gehirn gehört) zu verändern und zu erholen. In den letzten Jahren haben sich jedoch Studien, die ein definiertes Geruchstraining anwenden, nicht nur als wirksam bei der Wiederherstellung der Geruchsfunktion erwiesen, sondern auch zur Milderung von Symptomen der Depression und zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens sowie der kognitiven Funktionen, zu denen das menschliche Denken, die Wahrnehmung, das Fühlen, das Urteilen, das Wollen und das Handeln gehören. Effekte von Gerüchen bei Depressionen wurden auch von Forschern beobachtet, die berichteten, dass Gerüche genauso wirksam sind wie Antidepressiva. Darüber hinaus führen angenehme Gerüche zu reduziertem Angstverhalten und verlangsamtem Fluchtreflex.

Modulation der Schmerzwahrnehmung

Das Schmerzempfinden ist komplex, und die Wahrnehmung eines Schmerzreizes ist nur ein Teil davon. Eine Vielzahl von Prozessen und Lernmechanismen beeinflusst die Schmerzempfindung. Da Schmerz nicht proportional zu dessen Empfindung ist, bietet die kognitive Veränderung der Schmerzwahrnehmung eine Möglichkeit der Schmerzmanipulation. Bei Gesunden weisen zahlreiche Studien auf eine positive Wirkung von Gerüchen auf zentrale Nervenfunktionen und Emotionen hin. Neuere Ergebnisse deuten an, dass die Aussetzung gegenüber Gerüchen positive Auswirkungen auf Stimmung, Angstniveau, Ruhe,



Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit hat, die die Schmerzwahrnehmung verändern können. Dazu gibt es Hinweise darauf, dass Gerüche über das autonome Nervensystem (also des unwillkürlichen Nervensystems) eine physiologische und psychologische Entspannung auslösen.

Hypothesen für spezifische geruchsvermittelte Effekte bei der Schmerzwahrnehmung basieren auf einem biologischen, pharmakologischen und psychologischen Ansatz. Viele geruchsvermittelte Effekte werden aber direkt nach der Anwendung beobachtet, so dass eher psychologische Mechanismen eine Rolle zu spielen scheinen, v. a. emotionales Lernen, Erwartungshaltung und bewusste Wahrnehmung. Dies stünde im Einklang mit dem Mechanismus anderer nicht-pharmakologischer Schmerztherapien wie der Achtsamkeitsmeditation, bei der mehrere andere neuronale Mechanismen als bei Placebo eingesetzt werden, um die Schmerzwahrnehmung zu reduzieren. Erwähnt werden sollte auch der positive Effekt regelmäßigen körperlichen Trainings, das nachweislich die Druck-

schmerztoleranz bei jungen Männern erhöht.

Aktuelle Pilotstudie: Training mit Düften bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

In einer aktuellen Pilotstudie untersuchten Forscherinnen des Universitätsschmerzzentrums Dresden die Wirkung einer strukturierten vierwöchigen Anwendung von angenehmen Gerüchen bei chronischen Rückenschmerzpatienten. Die Ergebnisse zeigten, dass das Geruchstraining einen positiven Effekt auf die Erkennung neu erfahrener schmerzhafter Reize hat, indem es die Schmerzschwelle deutlich messbar erhöht. Die Erkennung von nicht-schmerzhaften Reizen blieb jedoch während des gesamten Experiments stabil. Damit darf die aktive Therapie mit Düften als potenzielles Werkzeug der Desensibilisierung für Schmerz und zum Unterbrechen des „Teufelskreises“ der Schmerzchronifizierung eingeordnet werden. Es müssen aber weitere, größere Studien mit strukturierter Anwendung von Düften durchgeführt werden.

Quelle: MMW - Fortschritte der Medizin 1/2020

Helpen Schmerzsalben mit Diclofenac oder Ibuprofen?

Bei Schmerzen an Muskeln und Gelenken verwenden viele Betroffene frei verkäufliche Salben und Cremes. Die Mittel gehören meist zur Gruppe der Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Dazu gehören beispielsweise Diclofenac, Ibuprofen und Ketoprofen. Untersuchungen zeigen, dass NSAR Entzündungen hemmen und zur Schmerzlinderung beitragen können, vor allem bei leichten Sportverletzungen wie Zerrungen, Verstauchungen und Prellungen.

Laut einer Studie wirken als Salbe oder Creme aufgetragene NSAR an der Muskulatur und an Gelenken, die sich direkt unter der Haut befinden, zum Beispiel an Fingern und Knien. Die Wirkstoffe hemmen die Bildung von Stoffen, die Schmerzen und Entzündungen hervorrufen. In größeren Gelenken und tiefem Gewebe reichern sich NSAR in der Regel nicht in ausreichender Konzentration an.

Salben und Cremes mit NSAR-Wirkstoffen haben ebenso Nebenwirkungen wie Tabletten, aber deutlich weniger stark. Tabletten wirken über das Blutssystem. Diese können den Magen angreifen und sind gefährlich für Menschen mit Herz- und Nierenerkrankungen. Aus Salben gelangt nur etwa ein Zwölftel der aufgetragenen Menge ins Blut. Salben und Cremes haben eine kühlende Wirkung, das Eincremen einen wohltuenden Massage-Effekt. Experten raten zu durchsichtigem Gel statt zur weißen Creme-

Variante: Es gibt Hinweise darauf, dass die Wirkstoffe im Gel tiefer und schneller ins Gewebe dringen. Das Gel kühlt auch besser als Salbe.

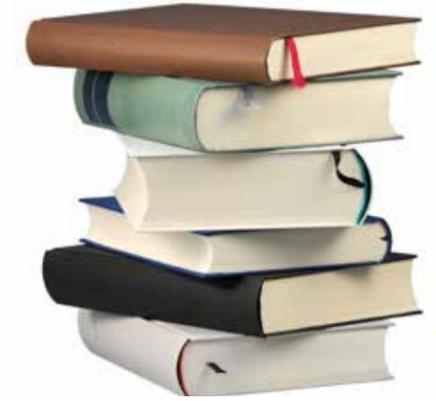
Alternativen zu Salben und Cremes sind Spray und Pflaster: Sprays werden verwendet, wenn das Auftragen von Salben, Cremes und Gels zu schmerzhaft ist, Wirkstoffe in Pflastern müssen nicht einziehen und wirken über einen längeren Zeitraum.

Gibt es natürliche Alternativen wie Arnika und Beinwell? Wegen möglicher Nebenwirkungen der NSAR-Salben greifen viele auf natürliche Wirkstoffe wie Arnika oder Beinwell zurück. Auch sie sollen Entzündungen hemmen und Schmerzen lindern. Aussagekräftige Studien fehlen dazu allerdings.

Wärmepflaster oder Cremes mit einer wärmenden Wirkung helfen bei Muskelverspannungen. Die Wirkstoffe auf Basis von Cayennepfeffer (Capsaicin) sollen die Schmerzen lindern, indem sie die Blutgefäße erweitern und dadurch für ein Wärmegefühl sorgen. Das kann aber auch die Haut reizen und zu einem starken Brennen führen.

Quelle: ndr.de

Für Sie gelesen



Der Patienten-Ratgeber „Schmerz – eine Herausforderung“ 3. Auflage.

In einer repräsentativen Umfrage wurde festgestellt, dass rund 50 % der Bundesbürger Schwierigkeiten hatten, gesundheitsrelevante Informationen nachzuvollziehen und den Erklärungen ihrer Fach- und Hausärzte zu folgen. Nicht selten fehlt den Behandlern auch die Zeit, ihrer Aufklärungspflicht ausreichend nachzukommen. Es wundert dann nicht, dass Betroffene sich über andere Quellen zu informieren versuchen.

Hier sehen die Herausgeber eine Gefahr, denn nicht jede Informationsquelle ist aktuell, neutral und wissenschaftlich auf dem neuesten Stand. Deshalb haben sie dieses Buch geschrieben und es in einer 3. Auflage um 16 Themen erweitert und aktualisiert.

Insgesamt gibt es von fast 60 namhaften Schmerzexperten Beiträge zu über 70 Schmerz-Themen. Diese Besonderheit zeigt sich auch in der Anerkennung des Ratgebers als „offizielle Informationsschrift“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V.

Leser erhalten Informationen über zahlreiche Themen: So werden 13 Schmerzerkrankungen zu Diagnose, Ursache und Therapie vorgestellt, aber auch wie unser Schmerznetzwerk im Körper funktioniert. Wie hängen Schmerz und Psyche zusammen? Was passiert bei einem Migräneanfall? Was ist eine Schmerzkonferenz?

Es kommen Aspekte zum Thema Schmerz zur Sprache, die so in den meisten Schmerzratgebern nicht zu finden sind, z.B. Schmerz und Schlaf, Schmerz bei Frau und Mann, die Wirkung einer Schmerzerkrankung auf die Partnerschaft und Sexualität oder Hinweise zu nützlichen Netzwerken der Versorgung. Auch Betroffene selbst kommen in dieser 3. Auflage zu Wort und berichten von ihrem individuellen „Lösungsweg“. Erst das Wissen über Krankheitszusammenhänge und Behandlungsoptionen ermöglicht dem Betroffenen, seine Therapie motiviert und eigenverantwortlich mitzugestalten.

Auch der informierte Angehörige, der die körperlichen, psychischen oder sozialen Zusammenhänge von

Schmerz nun besser versteht, kann den Betroffenen verständnisvoller unterstützen.

Dieses Buch bietet aber auch dem medizinisch Interessierten, den Selbsthilfegruppen und beruflich mit Schmerzpatienten Beschäftigten für den Laien verständliche Erstinformationen.



Die Herausgeber Dipl.-Psych. Hans-Günter Nobis, Prof. Dr. med. Roman Rolke und Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann engagieren sich seit 2009 im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. für eine patienten-gerechte Aufklärung.
Softcover, ISBN 978-3-662-60400-7, 19,99 €
e-book, ISBN 978-3-662-60401-4, 14,99 €

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

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

Vereinsregister: Lübeck, VR 3401 HL

Redaktion: Heike Norda

Layout: Hartmut Wahl

Bildnachweis:

- Titelbild: Çiçek Wöber-Bingöl, Wien
- S. 3: Andrey Popow/stock.adobe
- S. 4: Serghei/stock.adobe
- S. 5: Africa Studio/stock.adobe
- S. 6: andreaobzerova/stock.adobe
- S. 8: Drazen/stock.adobe
- S. 9: New Africa/stock.adobe
- S. 10: New Africa/stock.adobe
- S. 13: Privat
- S. 20: Norda
- S. 21: apimook/gal2007/ Fox_Dsign/stock.adobe

Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit Stand: 07.07.20

PLZ/Ort	Kontakt
53684 Bad Honnef	Nicole Hegmann fon 02287 - 9749 297 info@honnef-schmerzlos-ev.de
23611 Bad Schwartau I	Sabine Pump fon 0451 - 5854 4627 pump@schmerzlos-ev.de
23611 Bad Schwartau II	Dagmar Ewert fon 04525 - 2575 ewert@schwartauschmerzlos-ev.de
14089 Berlin I	MarTina Wegner fon 0176 - 5106 3630 wegner.schmerzlos.berlin@gmail.com
14089 Berlin II	Christiane Weiß fon 0176 - 6729 702 christi.sch@t-online.de
12203 Berlin III	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
12203 Berlin IV	Ursula Austermann fon 030 - 774 74 33 austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
10249 Berlin V	Michael Buchheim fon 0176 - 711 52 103 fluss99@posteo.de
94489 Deggendorf	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 rolf.fahnenbruck@gmx.de
85435 Erding	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
79096 Freiburg	SchmerzLOS SHG Freiburg fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
37075 Göttingen	Rosemarie Wenzel fon 0151 - 412 421 08 rosemarie_wenzel@web.de
22417 Hamburg I	Esther Mohr fon 0176 - 57075811 mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg III	Petra Masziel fon 0176 - 755 4473 masziel@hamburg.schmerzlos-ev.de
22041 Hamburg IV	Elisabeth-C. Stöck fon 0172 - 1364 453 stoec60@gmx.de
30169 Hannover	Helge Lübers fon 0511 - 5366 770 luebers.hannover.schmerzlos-ev.de@outlook.de
21698 Harsefeld	Sabine Lingrön fon 04166 - 848 348 lingroen@harsefeld.schmerzlos-ev.de
82629 Hopfen am See	Claudia Hofmann fon 0151-1280 5673 clahofmann70@gmail.com
76133 Karlsruhe	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
51389 Köln	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@klee.schmerzlos-ev.de
84034 Landshut	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 rolf.fahnenbruck@gmx.de
23560 Lübeck I	Sabine Pump fon 0451 - 281 798 pump@schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck II	Telefon-Kontakt über KISS Lübeck 0451-6933 9584 gruppe2schmerzlosluebeck@gmail.com
84453 Mühldorf	Stephanie Breitscheider fon 01579 - 2317 200 info@muehldorf-crps.de CRPS-Gruppe
80339 München	Christina Schubert fon 01579 - 2330 100 info@muenchen-crps.de CRPS-Gruppe
24534 Neumünster I	Heike Nanda fon 04321 - 5 33 33 nanda@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster II	Ellinor Kietzmann fon 04321- 419 119 (ZKS) kietzmann@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
94486 Osterhofen	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 rolf.fahnenbruck@gmx.de
24837 Schleswig	Claudia Doermann-Erlen fon 04621 - 33 469 info@schleswig.schmerzlos-ev.de
49439 Steinfeld	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com
21423 Wirsén (Luhé)	SchmerzLOS SHG Wirsén fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Österreich	
A 5722 Wien/Innviertel	Rosemarie Mill fon +43 6649331852 rosi.mill@crps-austria.at CRPS-Gruppe
A 28181 Steiermark	Marie Stoiber fon +43 (664) 2126 377 marie.stoiber@crps-austria.at CRPS-Gruppe

Bitte senden Sie mir die unten angekreuzten Info-Materialien an meine Adresse:

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen): _____

Datum/Unterschrift: _____

Coupon per M@il an
 GST@schmerzlos-ev.de senden
 oder mit Briefpost an:
 UVSD SchmerzLOS e.V.
 Home Office Blücherstraße 4
 23611 Bad Schwartau

3 Euro in Briefmarken sind beigefügt. (Mitglieder erhalten das Material kostenlos)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gemeinsam gegen den Schmerz | <input type="checkbox"/> Faltblatt „Kopfschmerzen verstehen“ |
| <input type="checkbox"/> Faltblatt „Selbsthilfegruppen gründen und leiten“ | <input type="checkbox"/> Faltblatt „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ |
| <input type="checkbox"/> Faltblatt „Schwerbehindertenausweis - Information für Antragsteller“ | <input type="checkbox"/> Faltblatt „CRPS – Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen (Morbus Sudeck)“ |
| <input type="checkbox"/> Klinik-Entlassung! Und wie geht's weiter? | <input type="checkbox"/> Faltblatt „Endometriose-Schmerzen verstehen“ |
| <input type="checkbox"/> Notfall-Ausweis für Schmerzpatienten | <input type="checkbox"/> Faltblatt „Gesichtsschmerzen verstehen“ |
| <input type="checkbox"/> Opioid Ausweis für Schmerzpatienten | <input type="checkbox"/> Schmerzkalendar mit Schmerzsкала |
| <input type="checkbox"/> Faltblatt „Schmerzen verstehen“ | |

Zuwendungsbestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

UVSD 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 24.05.2018 für den Veranlagungszeitraum 2017 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 UVSD 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-erkla%C3%A4rung/>

Unsere Förderer:

GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene

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.

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.

