

SchmerzLOS 

AKTUELL

1/2021



Was hat Schmerz mit Achtsamkeit zu tun?

Schmerztherapie in der physiotherapeutischen Praxis

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,
vor Ihnen liegt wieder ein Heft mit vielen Themen, die für Betroffene mit chronischen Schmerzen hilfreich sein können. Achtsamkeit ist da ein wichtiges Thema, zu dem Dr. Harald Lucius einen interessanten Beitrag geschrieben hat. Wenn man diese ausübt, kann man sich auf den Weg zu einem besseren, weil zufriedeneren, Leben machen. Das Thema CRPS ist für viele Menschen, die an dieser Schmerzerkrankung leiden, aber auch für viele Ärzte, immer noch ein rätselhaftes Phänomen. Aufklärung bietet hier der Artikel von Dr. Andreas Böger. Auch die anderen Themen möchte ich Ihnen ans Herz legen. Wir wissen von unseren Lesern, dass solche Artikel immer wieder dazu beitragen, die Aufklärung und damit das Wissen über die vielfältigen Aspekte der chronischen Schmerzen zu vermehren. In meinen Vorträgen für Patienten gebe ich auch immer den Rat: „Machen Sie sich zum Experten Ihrer Erkrankung!“ Das wünsche ich auch Ihnen, seien Sie selbst Betroffener, Angehöriger oder Therapeut.
Informieren Sie auch immer wieder auf unsere Website <https://www.uvsd-schmerzlos.de>. Wussten Sie, dass wir einen Newsletter herausgeben, der 1-2mal im Monat erscheint? Anmeldungen sind über die Website möglich. Gern nehmen wir auch Ihre Anregungen und Leserbriefe entgegen.



Passen Sie weiterhin gut auf sich auf!

Ihre

Heike Norda

Inhalt

Was hat Schmerz mit Achtsamkeit zu tun?	3
CRPS - Entstehung, Diagnose und Behandlung	7
Umfrage-Auswertung	12
Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet	12
Schmerzhafte Bewegungsunlust	13
Arbeitskreis Patienteninformation	17
Schmerztherapie in der physiotherapeutischen Praxis - ist das möglich?	20
Wie arbeiten Vorstandsmitglieder eigentlich für unseren Verein?	22
Informationen, die weiterhelfen	24
Impressum	26
Unsere Selbsthilfegruppen in D + A	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen?	28

Wir wünschen allen Lesern/Leserinnen ein gutes Jahr 2021 mit diesem Zitat von Albert Einstein:

»Inmitten der Schwierigkeit liegt die Möglichkeit«

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

Was hat Schmerz mit Achtsamkeit zu tun?

Eine Annäherung



1979 gründete Jon Kabat-Zinn an der Massachusetts Medical School in Worcester/USA die Stress Reduction Clinic. Dort entwickelte er in den folgenden Jahren das Training der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) und unterrichtete seine Schüler und später auch Patienten. Der zentrale Begriff dieses Trainings lautet: ACHTSAMKEIT.

Was ist denn eigentlich Achtsamkeit?

Die Ursprünge liegen in der Tat in der buddhistischen Philosophie und der Erkenntnis, dass sich alles in ständigem Wandel befindet, aber Achtsamkeit ist z.B.

Achtsam zu sein, bedeutet,
wach zu sein.
Es bedeutet, zu wissen,
was wir tun.

Jon Kabat-Zinn

auch Teil unserer christlichen Tradition und wesentlicher Bestandteil der analytischen Psychotherapie sowie vieler anderer Praktiken (wobei uns das nicht immer klar ist). Achtsamkeit ist eine (geistige) Einstellung und Haltung, in der wir uns um ein breites und gleichmütig annehmendes Achten und Annehmen aller Phänomene bemüht, die uns begegnen, die auftauchen und wieder verschwinden. Dies bedeutet, alle aufkommenden Empfindungen und Wahrnehmungen mit einer gelassenen Akzeptanz zu „betrachten“, ohne sie verändern, beeinflussen oder auch loslassen zu wollen. Es geht um Wahrnehmung, um das Registrieren von Aspekten, die „im Bewusstsein“ auftauchen und wieder verschwinden und darum, diese Eindrücke im Geist kommen und gehen zu lassen. Hierzu zählen Gedanken aller Art, Emotionen, Erinnerungen, Bilder, auch direkte Sinneswahrnehmungen aus der Umgebung oder dem Körperinneren, emotionale Vorgänge und die Grundsinne Hören, Riechen, Ta-

sten/Fühlen, Sehen und Schmecken. Regelmäßiges Üben ermöglicht ein offenes Wahrnehmen von Phänomenen und letztlich im Optimalfall ein beständiges Gewahrsein nach dem Grundsatz: Ein Buddha ist ein Mensch, der 24 Stunden am Tag in Achtsamkeit lebt (Thich Nhat Hanh). Der tibetische Lama Chögyam Trungpa hat diese Geisteshaltung als Panoramabewusstsein bezeichnet. In der buddhistischen Praxis ist Achtsamkeit das siebte Glied des achtfachen Pfades, die dritte der fünf Fähigkeiten und der erste Aspekt der sieben Faktoren des Erwachens.

Die „moderne“, säkularisierte und im Westen viel praktizierte Form der Achtsamkeit ist also nicht etwa ein „neues Konzept“ oder eine neue „Idee“, sondern wurzelt tief in der menschlichen Tradition. Um Achtsamkeit zu trainieren, ist es notwendig, den Geist auf den gegenwärtigen Moment auszurichten. John Kabat-Zinn hat dazu gesagt: Achtsam zu sein, bedeutet wach zu sein – es bedeutet zu wissen, was wir tun.

Bei MBSR handelt es sich nun nicht um eine Therapie im eigentlichen Sinne, spirituell-religiöse Ausrichtungen sind für das Training nicht erforderlich und MBSR hat auch nicht primär oder gar ausschließlich mit buddhistischen Praktiken zu tun. Andererseits

*Vom Schmerz
weiß der Anatom am
wenigsten,
der Physiologe mehr,
der Kliniker viel
und der Patient am meisten*

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

Und was hat das nun mit dem Schmerz zu tun?

Schmerzen sind uralte und allgegenwärtig, ein integraler Bestandteil unseres Seins. Schmerzen bestimmen einen Großteil unseres Lebens, ob wir wollen oder nicht. Die menschliche (Kultur-)Geschichte ist voller „Schmerzbeschreibungen“ und in der Kunst bildet sich ab, was wir über Schmerzen denken, wie wir sie fühlen und was wir damit tun. Museen und Galerien sind voll von bildlichen oder figürlichen Darstellungen von Schmerz – Jesus am Kreuz, Munchs „Schrei“ oder die Pietà von Michelangelo. Musik bringt uns dem Erleben von Schmerz näher – man denke an Mozarts „Requiem“ oder die Blue Note im Jazz. Scha-

Achtsamkeit ist der einzige Weg, Schmerz umzuwandeln. Alle Samen des Schmerzes liegen in uns und wenn wir in Unachtsamkeit leben, werden diese Samen täglich genährt

Thich Nhat Hanh

manische Rituale indigener Völker hatten und haben zentral mit Schmerz zu tun, denn durch den Schmerz wird den Menschen Heilung zuteil. Wir können dem Schmerz nicht entkommen. Jeder Mensch macht diese Erfahrung, der eine weniger, der andere mehr. Die WHO definierte Schmerz als ein „unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis...“ und diese wenigstens etwas veraltete Beschreibung weist den Weg zum eigentlichen Erkennen. Denn es ist nicht der Schmerz, nicht die Erfahrung, etwas „tut weh“, etwas, das uns krank macht, uns ratlos, traurig und verzweifelt sein lässt. Nicht der gebrochene Knochen schmerzt oder der pulsierende Kopfschmerz im Migräneanfall, nicht das „Aua“ eines Kindes, das sich den Finger geklemmt hat oder die Osteoporose der 80jährigen.

Nein, es ist das LEID, das hinter dem Schmerz aufscheint, das uns quält, wenn der Schmerz einfach nicht verschwinden will, sondern chronisch geworden ist. Wir unterscheiden aus guten Gründen einen aku-

ten von einem chronischen Schmerz, denn natürlich ist der Akutschmerz (der genau so viel Leid verursacht wie ein chronischer) etwas Überlebensnotwendiges. Man denke nur an die Blinddarmentzündung oder einen Knochenbruch. Und damit, mit dieser Art Leid, werden wir auch ganz gut fertig – meistens jedenfalls. Mit dem chronischen Schmerz verhält es sich völlig anders. Dadurch, dass er mit dem Körper nichts mehr zu tun zu haben scheint, sich regelrecht entzieht und sich in unserem Kopf „einnistet“ – dadurch wird



der zum Grund des jahrelangen Leidens chronisch Schmerzkranker. Und gegen dieses Leid gibt es offenbar keine Therapie. Dazu noch einmal Jon Kabat Zinn: Er unterscheidet drei Qualitäten von Schmerz: Kognitiv, geistig-seelisch und physisch. Und er geht noch weiter, in dem er feststellt, dass die Schmerztherapie

gerade den physischen, den körperlichen Schmerz, auf den unsere Aufmerksamkeit, unsere Angst und unser Zorn gerichtet sind, am allerwenigsten beeinflussen kann – was wir alle immer wieder feststellen, aber offenbar immer noch nicht so recht glauben wollen. Es gibt eine einfache Formel, die den Zusammenhang zwischen Schmerz und Leid auf den Punkt bringt:

Schmerz + Widerstand = Leid

Chronischer Schmerz ist nicht „heilbar“ und wir müssen lernen, das zu verstehen, einzusehen und zu akzeptieren! Denn das ist die Voraussetzung für ein „gutes Leben trotz und mit chronischen Schmerzen“ (Vidyamala Burch). Dann nämlich, wenn wir den Kampf, den Krieg gegen den Schmerz, unseren Schmerz, beenden und den Widerstand aufgeben, indem wir ihn akzeptieren und annehmen, dann verringert sich das Leid und damit das zentrale Unglück. Und in der Folge verringert sich der Schmerz als Ausdruck unseres Leids, der seelischen Last. Daher sollte es das Ziel jeder Schmerztherapie sein, vor allem das Leid zu verringern und die Akzeptanz zu fördern. Nicht eben einfach – aber es gibt Hilfe. Und diese Hilfe heißt: Achtsamkeit.

Der große buddhistische Mediationslehrer Thich Nhat Hanh stellte fest: Achtsamkeit ist der einzige Weg, um Schmerz umzuwandeln. Alle Samen des Schmerzes liegen in uns und wenn wir in Unachtsamkeit leben, werden diese Samen ständig genährt. Und wie nun könnte das funktionieren? Wie kriegen wir den Schmerz weg?

Nun zunächst, in dem wie akzeptieren, dass er, wie oben festgestellt, einfach da ist, Teil unseres Lebens ist – der erste schwere Schritt. Etwas akzeptieren, das ich nicht haben möchte? Schier unmöglich scheint uns das. Zudem gilt es, den zweiten Schritt zu tun und den Widerstand, den Krieg gegen den Schmerz aufzugeben. Das heißt eben nicht aufgeben im Sinne von „hat keinen Sinn“ oder sich dem Leid (aha!) hinzugeben, sondern dem Schmerz zu begegnen, auf Augenhöhe und – mit Achtsamkeit. Das bedeutet, wir nehmen Schmerz und alles, was dazu gehört, als Teil unseres Lebens an. Wenn uns das gelingt, verringern sich Leid und Schmerz nach und nach. Und so ganz „nebenbei“ können wir auch lernen, stressfreier zu leben und glücklicher zu sein, denn Stress und Schmerz sind Brüder – auch im anatomischen und neurophysiologischen Sinn.

Herr Janosch, wie wird
man ein ausgeglichener Mensch?



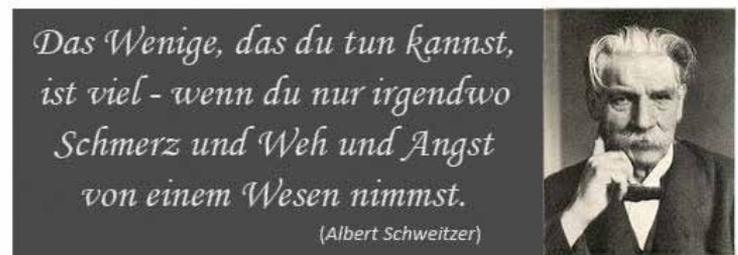
»Nichts haben, nichts wollen, nichts
wissen, nichts denken. Am besten setzt man
sich dafür unter einen Baum.«

Und wie machen wir das?

Versuchen Sie einmal, für einen kleinen Moment Ihre ganze Achtsamkeit, alle Aufmerksamkeit und Konzentration auf einen Körperbereich zu richten, der schmerzt und nehmen Sie einfach nur für diesen Moment wahr, was geschieht, ohne gleich irgendetwas zu verändern oder zu tun. Widerstehen Sie der Versuchung, „davonzulaufen“, bleiben Sie, wo Sie sind und

beobachten Sie. Was nehmen Sie wahr? Werden Sie nervös, unruhig, traurig, spüren Sie Ihren Schmerz, sind Sie gestresst, angespannt, ungeduldig? Ok, lassen Sie alles, wie es ist. Das ist Achtsamkeit. Und das ist der Einstieg in ein Leben mit weniger Leid und damit weniger Schmerz (-wahrnehmung).

Schwierig ist das, ein beschwerlicher Weg, ein manchmal langer Prozess. Aber er lohnt sich.



Und Sie sind nicht allein. Es gibt zahlreiche achtsamkeitsbasierte (und inzwischen auch andere) Verfahren, Trainings, sogar Therapien. Eines dieser Angebote ist die bereits erwähnte Mindfulness-Based Stress Reduction, die weiter unten kurz skizziert wird.

Seit einiger Zeit bietet außerdem das Achtsamkeitsinstitut Ruhr in Zusammenarbeit mit dem britischen Netzwerk Breathworks (Vidyamala Burch) Seminare und Kurse in MBPM (Mindfulness-Based Pain Management) für am Thema Schmerz und Achtsamkeit Interessierte an. In diesem Prozess geht es um den chronischen Schmerz, den Stress und das Leid und wie wir all dem mit Achtsamkeit begegnen können.

Ein wenig mehr noch zum Thema MB: Nach Europa gelangte MBSR vor etwa 20 Jahren. In Deutschland gibt es „Institute für Achtsamkeit“ und etliche Forschungsschwerpunkte. Ein Europäisches Zentrum für Achtsamkeit (EZfA) hat in Freiburg seinen Sitz. Deutschlandweit geben MBSR-Lehrer Kurse in Kliniken, Schulen und Einrichtungen des Öffentlichen Lebens. Zunehmend interessiert sich auch die Industrie für die verschiedenen Angebote. Im therapeutischen Bereich sind weitere Bereiche entstanden, so MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), MBE (Mindfulness-Based Eating) oder MBAT (Mindfulness-Based Addiction Therapy). Begriffe wie Mitgefühl, Empathie, Gleichmut und Mitfreude sind essentieller Bestandteil weitergehender Angebote wie MBCL (Mindfulness-Based Compassionate Living) oder MSC (Mindful Self Compassion).

Übrigens: (Achtsames) Yoga hilft bei chronischen Rückenschmerzen besser als Manuelle Therapie, Massagen und Schmerzmittel. Das ist inzwischen wissenschaftlich gesichert.



Achtsamkeit als Praxis:

Ein Achtsamkeitstraining z.B. nach Kabat-Zinn besteht aus einem Acht-Wochen-Kurs, der in Form von Zwei-bis Drei-Stunden-Übungen einmal wöchentlich sowie einem mehrstündigen Achtsamkeitstag abgehalten wird. Angeboten werden darüber hinaus Jahrestrainings und Blockseminare. Auch online-Kurse können besucht werden.

Ein solcher Achtsamkeitskurs hat drei inhaltliche Schwerpunkte:

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

Und ein besonderes Angebot in dieser kritischen Zeit finden Sie auf der Meditationsseite:
www.achtsamkeit-sh.de

Weitere Informationen bitte den Weblinks entnehmen



Dr. med. Harald Lucius, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, spez. Schmerztherapie, Chirotherapie, Akupunktur MBSR-MBCT-Lehrer, www.schmerztherapie-schleswig.de, Bollingstedter Weg 2, 24855 Gammellund

Weblinks:

www.achtsamkeit-sh.de
www.mbsr-deutschland.de
www.institut-fuer-achtsamkeit.de
www.achtsamkeitsinstitutruhr.de
www.umassmed.edu/cfm/mbsr/
www.mbsr-freiburg.de
www.mbsr-schleswig.de
www.mbsr-verband.org
www.breathworks.uk

Buchtipps zum Einlesen:

- Gesund durch Meditation, Jon Kabat-Zinn, Fischer Verlag, Frankfurt/Main 2006
- Im Alltag Ruhe finden, Jon Kabat-Zinn, Herder Verlag, Freiburg 1998
- Zerbrochen und doch ganz – die heilende Kraft der Achtsamkeit, Saki Santorelli, Arbor Verlag, Freiamt/Schwarzwald 2006
- Gut leben trotz Schmerz und Krankheit, Vidya-mala Burch, Goldmann/Arkana 2009
- Meditation für Skeptiker, Ulrich Ott, O.W. Barth 2015
- Flourishing - welches Glück hätten Sie gern?, Peter Malinowski, Irisana Verlag 2010
- Die Neurobiologie des Glücks, Tobias Esch, Thiem Verlag 2013
- Achtsamkeit üben, Johannes Michalak, Petra Meibert, Thomas Heidenreich, Hogrefe Verlag 2017

Weitere Literatur beim Verfasser

CRPS (Morbus Sudeck)

Entstehung, Diagnose und Behandlung



Unklare und inadäquate Schmerzen nach einer Operation oder einer Verletzung sollten immer auch an einen Morbus Sudeck denken lassen – heute meist complex regional pain syndrom (CRPS) genannt. Wichtig ist, die aktuellen Diagnosekriterien zu kennen, damit die Behandlung rasch beginnen kann. Die funktionelle Wiederherstellung steht mittlerweile im Vordergrund der Therapie. Gleichzeitig gibt es einige Änderungen bei den aktuellen Experten-Empfehlungen.

Einleitung

Diagnostik und Therapie des CRPS haben sich in den letzten Jahren verändert. Neben der Schmerzkontrolle steht zunehmend die Wiederherstellung der Funktionalität im Fokus. Die Schmerzbehandlung soll insbesondere die aktiven Therapieverfahren begünstigen bzw. erst ermöglichen.

Ein CRPS entwickelt sich nach Verletzungen von Extremitäten bei 2–5 % der Patienten, am häufigsten nach distaler Radiusfraktur, einem handgelenksnahen Bruch der Speiche („loco typico“), aber auch z.B. nach Karpaltunnel-OP.

Die meisten Patienten sind zwischen 40 und 70 Jahre alt, wobei allerdings auch durchaus Kinder betroffen sein können. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Vor allem bei zu später und falscher Therapiewahl und fehlender Berücksichtigung komplizierender Faktoren kann das CRPS chronisch werden und schwere funktionelle Behinderungen nach sich ziehen. Leider wird die Diagnose oft erst spät gestellt, nicht selten durch den Physio- oder Ergotherapeuten.

Entstehung

Der Erstbeschreiber Paul Sudeck sprach von einer entgleisten „Heilentzündung“, die besonders für die Veränderungen am Knochen verantwortlich sei. Es

gibt heute im Wesentlichen zwei Hypothesen, die zumindest einen Teil der Symptomatik erklären können. Zum einen diskutiert die Entzündungshypothese eine zuerst lokale, dann generalisierte Entzündungsreaktion, bei der Entzündungsbotsstoffe wie CGRP (Calcitonin-gene-related Peptide) oder Substanz P ausgeschüttet und/oder nicht ausreichend abgebaut werden. Die zweite Hypothese baut auf den vegetativen Störungen als Zeichen einer Beteiligung des sympathischen Nervensystems auf, wobei neuere Forschungsergebnisse die Rolle des Sympathikus in den Hintergrund treten lassen.

Das CRPS wird unterteilt in CRPS I (ohne Läsion eines größeren Nerven, früher M. Sudeck i.e.S.) und CRPS II (mit Nervenläsion, früher Kausalgie i.e.S.). Mittlerweile wird oft eine Einteilung in ein „primär warmes“ und ein „primär kaltes“ CRPS bevorzugt. Diese Kategorien sind deswegen interessant, da sie unterschiedliche therapeutische Optionen nach sich ziehen und eine unterschiedliche Prognose haben. Ein primär warmes CRPS zeigt die typischen Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, Hitze), ein primär kaltes beinhaltet eine eher blasse Hautfarbe und eine kältere Temperatur. Das CRPS II weist häufig eine schlechtere Prognose auf, ebenso ein primär kaltes CRPS.

Diagnostik

Die neueste Leitlinie mit aktuellen Entwicklungen zur Diagnostik und Therapie des CRPS datiert von 2018 [1]. Diagnostisch sind die so genannten Modifizierten Budapest-Kriterien maßgebend (siehe Tab. 1). Wegweisend sind in jedem Fall Gefühlsstörungen, die sich nicht an Nervenversorgungsgebiete halten („handschuhförmig“), motorische und vegetative Störungen, sowie Körperschemastörungen, also einer Fehlwahrnehmung des eigenen Körpers. Häufig kommt es bereits früh nach dem Trauma oder der Operation zu inad-

äquaten Schmerzen bei Belastung und auch in Ruhe. An den Gelenken zeigt sich eine Druck- und Berührungsschmerzhaftigkeit.

Neben einer Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit stehen gelegentlich auch vielfältige neurologische Symptome und vegetative Zeichen wie Änderungen von Hauttemperatur und Hautfarbe, Ödeme, Veränderungen des Haar- und Nagelwachstums und verstärktes Schwitzen. Diese Symptome ändern sich individuell im Verlauf stark.



Abb. 1: Typische Zeichen eines CRPS an der rechten Hand.

Differenzialdiagnosen

Die Diagnose wird also hauptsächlich aufgrund einer sorgfältigen Anamnese und einer gründlichen neurologisch-orthopädisch-funktionellen Untersuchung gestellt. Differenzialdiagnostisch ist immer auch an eine tiefe Venenthrombose (bei warmem CRPS), einen ischämischen Gefäßverschluss (bei kaltem CRPS) oder eine Entzündung zu denken. Im Einzelfall ist die Abgrenzung zu einer aktivierten Arthrose, einem Gichtanfall oder einem Erysipel (einer akuten bakteriellen Infektion der Haut) nicht einfach.



Abb. 2: Beispiel einer Übung beim „motor imagery“: Erkannt werden soll die linke Hand.

Unabdingbar ist der klinische Ausschluss einer anderen Ursache, z. B. Wundinfekt, Gefäßverschluss oder Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis.

In der aktuellen Leitlinie [1] wird keine apparative Diagnostik mehr gefordert. Gleichwohl kann sie im Rahmen einer Begutachtung sinnvoll sein, wobei ein negativer Befund ein CRPS nicht ausschließt. Zur Anwendung können kommen:

1. Ein Knochenszintigramm (nuklearmedizinische Untersuchung), das oft eine bandenförmige gelenknahe Anreicherung im Seitenvergleich zeigt
2. Konventionelle Röntgenaufnahmen im Seitenvergleich, die kleinfleckige osteoporotische gelenknahe Veränderungen erkennen lassen (wobei unklar ist, ob die Veränderungen ursächlich auf das CRPS oder auf die Inaktivität der betroffenen Extremität zurückgehen).

Therapie

Im Zentrum der obligat interdisziplinären Therapie steht die Wiedererlangung der Funktionalität der betroffenen Extremität. Dies ist die Domäne der Physio- und Ergotherapie. In einem abgestuften Übungsplan („graded exposure“) werden – ähnlich wie in der Angsttherapie der Psychotherapeuten – immer schwierigere Situationen und Übungen erarbeitet. Für den Therapieerfolg ist die aktive Mitarbeit des Patienten unerlässlich, auch wenn dies zunächst auch schmerzhaft sein kann. Zunächst werden oft mittels eines Computerprogramms Bilder von rechten und linken Händen gezeigt („motor imagery“), die korrekt zugeordnet werden müssen (Abb. 2). Hintergrund ist hier die Körperschemastörung der Patienten. Zusätzlich wird oft mit spezifischen Bildern gearbeitet, z. B. einer Hand, die ein Feuerzeug anzündet („explicit motor imagery“), also Bilder, die bei den Patienten Schmerzen auslösen können.

Die wichtigste und effektivste Maßnahme ist jedoch die Spiegeltherapie nach Ramachandran (Abb. 3), die ganz erstaunliche Erfolge zeigt, und die die Patienten – einmal korrekt gelernt – problemlos selbst mit einem im Baumarkt gekauften Spiegel durchführen können. Im Grunde bietet der Spiegel dem Gehirn die gespiegelte gesunde Hand als betroffene Hand an und induziert damit eine Reorganisation der Sensorik und Motorik auf kortikaler Ebene, also auf der Ebene der Großhirnrinde. Mittels funktionseller Magnetresonanztomographie (fMRI) durchgeführte Studien zeigen, dass die beim CRPS veränderte Abbildung in der Hirnrinde sich unter dieser Therapie wieder normalisieren kann. Man beginnt oft nur mit visuellen Übungen, dann meist mit sensorischen Übungen, z.B. mit einem Igelball, und geht dann zu motorischen Übungen über.

Eine weitere Methode ist die sog. „pain exposure physical therapy“ (PEPT), die gezielt an die Schmerzgrenze bzw. auch darüber hinaus geht, während früher auf schmerzfreie Bewegung Wert gelegt wurde. Wichtig ist dabei, dass nicht der Therapeut durch passive Bewegung Schmerzen induziert, sondern der Patient selbst diese Bewegung trotz

Schmerzen auszuführen lernt. So hat PEPT einen eindeutig verhaltenstherapeutischen Ansatz, der die Bewegungsangst vieler Patienten allmählich abbaut. In der aktuellen Leitlinie wird die PEPT entgegen einigen Studien nicht mehr empfohlen. Zusätzlich sind aus dem Bereich der Manuellen Therapie und Osteopathie alle nicht schmerzauslösenden Verfahren möglich. Meist wird man dabei den indirekten Techniken den Vorzug geben.

Schmerzkontrolle

Im Zentrum der analgetischen Therapie stehen Medikamente, die den zugrundeliegende Nervenschmerz positiv beeinflussen, siehe Tabelle 2. Dabei werden trotz dünner Beweislage die Kalziummodulatoren Gabapentin und Pregabalin verabreicht. In schwierigen Situationen kann auch das Narkosemittel Ketamin intravenös nach verschiedenen Schemata gegeben werden. Bezüglich Opiaten gibt es keine positive Datenlage bei CRPS, so dass der Einsatz nicht empfohlen werden kann. Lokal kann Dimethylsulfoxid-Salbe (DMSO) aufgetragen werden, die in den Niederlanden zur antientzündlichen Standardtherapie beim CRPS gehört. Die Datenlage ist allerdings



Abb. 3: Spiegeltherapie nach Ramachandran: Die gesunde rechte Hand wird gespiegelt, das Spiegelbild wird vom Gehirn als linke Hand wahrgenommen.

uneinheitlich. Auch eine Ambroxol-Salbenmischung (Ambroxol 10g, DMSO 5g, Linola 50g) kann gut gegen den Berührungsschmerz wirken. Darüber hinaus können nach eigener Erfahrung im Verlauf auch Retterspitz-Umschläge (Flüssigkeit käuflich in der Apotheke) die vegetative Entgleisung bremsen und den Berührungsschmerz reduzieren.

Beim warmen CRPS in der Akutphase wird aufgrund der antientzündlichen und antiödematösen Wirkung mit Kortikoiden behandelt (Tab. 2) in einer Dosis von 1mg/kg KG Prednisolon-Äquivalent. Calcitonin wird als unwirksam charakterisiert.

Eine weitere Säule der medikamentösen Therapie sind Bisphosphonate, die in der Leitlinie in vergleichsweise hoher Dosis empfohlen werden. Wir geben immer eine geringere Dosis und orientieren uns an bei Osteoporose empfohlener Dosierung, da das Risiko von Kiefernekrosen besteht. Dieses Risiko wird in der Literatur mit 0,5% bis 20% angegeben. Offenbar steigt das Risiko mit der Dauer der Einnahme aufgrund eines kumulativen Effekts. Vor Therapiebeginn ist immer eine zahnärztliche Untersuchung mit Fokussuche, prothetischer Versorgung und Sanierung von etwaigen Eintrittspforten und Infektionen im Mund-Rachenbereich zu empfehlen.

Im Rahmen der interdisziplinären Betreuung des Patienten ist die Schmerzpsychotherapie obligat. Hier geht es um eine angstlösende Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, um Entspannungs- und Imaginationsverfahren und natürlich auch um die Behandlung einer psychischen Komorbidität. Bei Kindern ist ein CRPS sehr selten und hat meist eine gute Prognose. Daher sind invasive Maßnahmen bei Kindern meist kontraindiziert.

Fazit für die Praxis

Diagnostik und Therapie des CRPS (Morbus Sudeck) haben sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Ärzte, Physio- und Ergotherapeuten und Betroffene sollten orientierend mit den Diagnose-Kriterien („modifizierte Budapest-Kriterien“) vertraut sein. Die Prognose hängt auch von der Diagnosestellung und dem frühen Therapiebeginn ab. Die Therapie wird interdisziplinär durchgeführt und rückt insbesondere eine Verbesserung der Funktion in den Mittelpunkt. Hier ist u.a. die Spiegeltherapie nach Ramachandran ein wichtiger Baustein. Invasive Verfahren wie Plexusnarkosen sind in den letzten Jahren deutlich in den Hintergrund getreten.

Tabelle 1:

Modifizierte Budapest-Kriterien* für das CRPS	
1.	Anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt wird.
2.	Die Patienten müssen über jeweils mindestens ein Symptom aus drei der vier folgenden Kategorien in der Anamnese berichten: <ol style="list-style-type: none"> Hyperalgesie (Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzreizen), Hyperästhesie (Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen, Allodynie) Asymmetrie der Hauttemperatur, Veränderung der Farbe Asymmetrie im Schwitzen, Ödem reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, „Paresen“ (respektive Schwäche), Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum
3.	Bei den Patienten muss jeweils ein Symptom aus drei der 4 folgenden Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen: <ol style="list-style-type: none"> Hyperalgesie (Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzreizen), Hyperästhesie (Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen, Allodynie) Asymmetrie der Hauttemperatur, Veränderung der Farbe Asymmetrie im Schwitzen, Ödem reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, „Paresen“ (respektive Schwäche), Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum
4.	Eine andere Erkrankung erklärt die Symptome nicht hinreichend.
Es müssen alle Punkte erfüllt sein!	

Literatur:

1. <https://www.dgn.org/leitlinien/3618-ll-030-116-diagnostik-und-therapie-komplexer-regionaler-schmerzsyndrome-crps-2018>



Anschrift des Verfassers
 Dr. med. Andreas Böger
 Chefarzt Schmerzmedizin, Manuelle
 Therapie und Naturheilverfahren
 Vitos Schmerzzentrum Kassel
 Wilhelmshöher Allee 345
 D-34131 Kassel
 M@il: info@schmerz-los-kassel.de

Tabelle 2:

Therapie CRPS: Dosisempfehlung für Erwachsene

(Quelle: Leitlinien Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome; aus: Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2018:)

Therapie des CRPS. Dosisempfehlungen für Erwachsene

Maßnahme	Dosis	Besonderheiten
Bisphosphonate		
– Alendronat	40 mg/Tag für 8 Wochen	hohe Dosis vgl. zur Anwendung in der Indikation
– Pamidronat	60 mg i.v. einmalig	
– Clodronat	300 mg/Tag i.v. an 10 Tagen	
– Neridronat	100 mg/Tag i.v. an 4 Tagen	
Steroide		
– Prednisolon	100 mg/Tag	Ausschleichen über 2–3 Wochen, keine Dauertherapie
Analgetika/Antineuropathika		
– Gabapentin	1200–2400 (3600) mg/Tag	siehe auch LL „Neuropathischer Schmerz“
– Ketamin	individuell titrierte Dauerinfusion (ca. 22 mg/h bei 70 kg) über 4 Tage	stationäre Therapie erforderlich, Missbrauchsgefahr, Hepatotoxizität
DMSO topisch	50% Creme, 5/Tag	macht Hautirritationen, Knoblauchgeruch
Physiotherapie/Ergotherapie/Verhaltenstherapie (Spiegeltherapie, graded motor imagery, exposure in vivo)	möglichst täglich	Eigentherapie und -initiative zwingende Voraussetzung für Wirksamkeit
Psychotherapie		bei Hinweisen auf Komorbidität, bei therapierefraktärem Verlauf
Grenzstrangblockaden	2–3/Woche max. Anzahl: 10	Serie nur nach positiver Testblockade in spezialisierter Einrichtung
Spinal Cord Stimulation		bei therapierefraktären Schmerzen i.R. eines CRPS des Fußes, keine wesentliche psych. Komorbidität,



Umfrage- Auswertung

Auf unsere Umfrage zu den Wünschen und zur Zufriedenheit mit der Vereinsarbeit haben wir leider nur zwölf Antworten erhalten. So fällt die Auswertung schwer.

Insgesamt zeigten sich die Einsender sehr zufrieden mit der Arbeit, die im Verein ehrenamtlich geleistet wird. Die Website, die teilweise als unübersichtlich bemängelt wurde, ist mittlerweile neu aufgesetzt, siehe auch SchmerzLOS AKTUELL 4-2020. Die Zeitschrift SchmerzLOS AKTUELL wird allgemein gelobt, vor allem vor dem Hintergrund, dass sie ehrenamtlich erstellt wird. Auch weitere Unterstützungsangebote, die UVSD SchmerzLOS e. V. anbietet, wurden von den Nutzern gelobt.

Am wichtigsten scheint es aber, dass alle Einsender betonten, wie wichtig ihnen die Unabhängigkeit des Vereins von Geldgebern, wie den Pharmafirmen, ist. Dr. Nicolas Jakobs, Vorstandsmitglied, sagte hierzu: „Diese Unabhängigkeit werden wir nie aufgeben, das ist ja unser Alleinstellungsmerkmal. Von meinen Kollegen wird die Arbeit des Vereins ebenfalls anerkannt und oft Schmerzpatienten empfohlen, sich aktiv mit der Erkrankung auseinanderzusetzen sowie sich bei UVSD SchmerzLOS e. V. zu melden. Ich persönlich schätze es auch, dass wir sozusagen die Verbindung zwischen Schmerzpatienten und Ärzten schaffen und für gemeinsame Interessen eintreten. Schmerzpatienten kann ich mit gutem Gewissen empfehlen, sich mit Fragen an den Verein zu wenden.“



Mona, die Geschäftsstellenkatze berichtet



Hallo liebe Leser und Leserinnen, heute schreiben meine beste Freundin Heike und ich diesen Bericht von mir. Meinen Diener habe ich weggeschickt, er soll mal vernünftiges Katzenfutter einkaufen, das mir auch wirklich schmeckt. Manchmal

bringt er nämlich neues Futter mit, das mir dann nicht immer zusagt.

Ich will euch mal erzählen, was wir so treiben, wenn mein Diener nicht hinguckt. Dann darf ich auch mal ein oder zwei Dreamies direkt aus der Leckerli-Dose fressen. Wie das aussieht, könnt ihr auf dem Foto sehen. Bei meinem Diener muss ich mir ja meine heiß geliebten Leckerlis meistens hart erarbeiten. Entweder wirft er sie in die Luft, damit ich sie fange, oder er legt sie irgendwo z. B. ins Regal, so dass ich mich für



meinen Leckerbissen verrenken muss. Bei schönem Wetter wirft er mir auch im Garten Leckerlis zu, so dass ich im Gras hoch springen muss. Er freut sich immer besonders, wenn ich ein Leckerli gefangen habe. Aber unter uns: Das mache ich nur, weil er daran so eine Freude hat. Ich habe nämlich in unserer Zeitschrift gelesen, dass man weniger Schmerzen empfindet, wenn man sich freut. NUR deswegen mache ich das – ehrlich.

Wenn die beiden dann arbeiten, und das tun sie in der letzten Zeit immer öfter, bekomme ich manchmal zu wenig Aufmerksamkeit. Dann beende ich die Arbeitsphase, damit sich mein Diener und meine beste Freundin mal ausruhen können. Von selbst kommen die ja nicht darauf. Nun muss ich aber wieder nach



draußen und schauen, ob meine grauen Spielgefährten sich mal wieder blicken lassen. Ich wünsche euch allen eine gute Zeit und sage: Tschüüüs!

Schmerzhafte Bewegungsunlust

Körperliche Inaktivität von Kindern und Jugendlichen im digitalen Zeitalter Teil 1: Einführung und Ursachen von körperlicher Inaktivität

Mit dieser Ausgabe beginnen wir eine dreiteilige Beitragsserie zum Thema körperliche Inaktivität von Kindern und Jugendlichen im digitalen Zeitalter und ihre schmerzhaften Folgen. Im ersten Teil werden grundlegende Ursachen der kindlichen und jugendlichen körperlichen Inaktivität erläutert. Im zweiten Teil werden zentrale gesundheitliche Folgeerscheinungen eines inaktiven Lebensstils beschrieben. Im abschließenden dritten Teil werden Interventionsmaßnahmen vorgestellt sowie Handlungs-Empfehlungen zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zur Reduktion von schmerzhaften Bewegungsmangelerkrankungen ausgesprochen. Diese Beitragsserie soll einerseits über ein zentrales gesundheitliches Problem informieren und andererseits Anregungen für alle liefern, die sich für einen gesunden und aktiven Lebensstil engagieren.

Eine regelmäßige körperliche Aktivität ist mit zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen verbunden. Ein bewegungsaktiver Lebensstil trainiert Herz und Kreislauf, wirkt stoffwechselaktivierend und stärkt das Immunsystem. Er steigert die konditionelle Leistungsfähigkeit sowie die Gedächtnis- und Lernleistung, fördert den Muskel- und Knochenaufbau, schärft das Körperbewusstsein in Form einer verbesserten Bewegungskoordination und Körperhaltung und senkt sogar nachweislich (1, 2) das Mortalitätsrisiko. Darüber hinaus wirkt körperliche Aktivität hinsichtlich der psychischen Gesundheit stressabbauend, stimmungsaufhellend und fördert die Entspannung. Auch soziale Fähigkeiten wie beispielsweise Rücksichtnahme und Teamgeist werden durch sportliche Betätigung gefördert. Eine regelmäßige körperliche Bewegung wirkt präventiv gegen eine Vielzahl von Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen (3), Stoffwechselstörungen wie Adipositas (4, 5) und Typ-2-Diabetes (6), Demenz (7), Stressphänomene (8) oder andere gesundheitliche Probleme wie die Volkskrankheit Rückenschmerz (9). Bewegung ist folglich ein wahres Wundermittel mit diversen gesundheitlichen Profiten für jede Altersklasse (10).

Insbesondere im Kindes- und Jugendalter nehmen Bewegung, Spiel und Sport im Hinblick auf eine harmonische körperliche, motorische, emotionale, psychosoziale und kognitive Entwicklung eine zentrale Rolle ein (4, 11). Die körperliche Aktivität stellt eine unbedingte Entwicklungsnotwendigkeit dar, so dass diese vorbehaltlos zu befürworten ist und eine breite Unterstützung erfahren muss. Dabei zeichnen sich speziell Kinder durch einen ausgeprägten Bewegungsdrang in Verbindung mit einer gesunden Neugier

sowie einem ungebremsten Entdeckergeist aus. Prinzipiell sind somit beste Voraussetzungen für einen gesunden aktiven Lebensstil gegeben. Internationale Bewegungsrichtlinien empfehlen für die Altersgruppe



Regelmäßige körperliche Bewegung wirkt präventiv gegen eine Vielzahl von Krankheiten

5 bis 17 Jahre ein Mindestmaß von 60 Minuten täglicher Aktivität in moderater bis hoher Intensität. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren sollten sich pro Woche mindestens 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv bewegen (12). In Deutschland raten Experten eine Mindestbewegungszeit von 90 Minuten (mindestens 12.000 Schritte/Tag) für Kinder und Jugendliche an (13). Bezogen auf den optimalen Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen Resultate der European Youth Heart Study (14), dass sich Kinder ebenfalls etwa 90 Minuten täglich bewegen sollten. Bei 9-Jährigen zeigte sich der beste Schutz sogar erst bei täglichen 116 Minuten Aktivität pro Tag. Ein Bewe-

gungsausmaß über den internationalen Mindestempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist demnach ein zusätzlicher gesundheitlicher Benefit. Die derzeitige Realität bezüglich der Bewegungsaktivität zeichnet jedoch ein anderes Bild. Laut aktueller Studienlage bewegen sich weltweit rund zwei Milliarden Menschen zu wenig (15). Global erfüllen 23 % der Erwachsenen und 81 % der Heranwachsenden (11 bis 17 Jahre) nicht die Mindestbewegungsempfehlungen der WHO (16). Hierzulande ist sogar fast jeder Zweite, bezogen auf die WHO-Bewegungsempfehlungen,



Die heutigen Lebensumstände befördern einen bewegungsarmen Lebensstil.

zu inaktiv (15) und nur insgesamt 15,3 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren erreichen das Mindestmaß von 60 Minuten täglicher Bewegung (17). Weniger als ein Viertel spielt aktiv mehrere Stunden lang und den Schulweg legen nur knapp 40 % zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück (18). Die Schwimmfähigkeit der Kinder im Grundschulalter ist laut DLRG ebenfalls ungenügend. Im Durchschnitt besitzen lediglich 40 % der 6- bis 10-Jährigen ein Jugendschwimmabzeichen (Bronze). Somit sind 60 % dieser Altersgruppe keine sicheren Schwimmer (19). Darüber hinaus ist eine grundsätzliche Abnahme des Aktivitätsniveaus mit steigendem Alter festzustellen, wobei Jungen in allen Altersklassen noch eine höhere körperliche Aktivität im Vergleich zu Mädchen aufweisen (17, 20). An der im Jahr 2014 von kanadischen Wissenschaftlern gegründeten Initiative Active

Healthy Kids Global Alliance hat Deutschland mit der Initiative Active Healthy Kids Germany im Jahr 2018 erstmalig teilgenommen und ein umfassendes Bewegungszeugnis anhand von zehn international standardisierten Indikatoren in Form von Schulnoten für den deutschen Nachwuchs erstellt. Die Datenerhebungen basieren dabei auf wissenschaftlichen Studien, nationalen Erhebungen sowie Berichten aus staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen. Neben dem individuellen täglichen Ausmaß von körperlicher Aktivität und sitzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen wurden auch deren Lebenswelten und Einflussquellen wie Schule, Familie und Freunde sowie politische Maßnahmen hinsichtlich ihrer Bewegungsfreundlichkeit mit dem Ziel analysiert, eine leicht verständliche Übersicht über die Dimensionen zu geben, in denen Handlungsbedarf zur Förderung eines aktiven Lebensstils besteht.

Die Resultate der Erhebung sind durchwachsen. Deutsche Kinder und Jugendliche bewegen sich deutlich weniger als Gleichaltrige in vielen anderen Staaten – im internationalen Vergleich von 49 Ländern befindet sich Deutschland auf Rang 17 mit einer Durchschnittsnote von Drei. Dabei ist ein deutlicher Kontrast festzustellen.

Während äußere Einflussfaktoren auf die Bewegung (Schule, Familie, Kommune und Sportvereine) durchaus recht positiv bewertet wurden, sind die individuellen Verhaltensmuster (aktives Spielen, sitzendes Verhalten, aktiver Schulweg, körperliche Aktivität insgesamt) knapp an der Benotung mangelhaft vorbei und weisen somit deutliche Schwächen auf (18, 21, 22). Es stellt sich die Frage nach den Ursachen für diese augenscheinliche Bewegungsunlust und in dem Zusammenhang auch nach den damit verbundenen gesundheitlichen Folgen sowie den notwendigen zu ergreifenden Gegenmaßnahmen.

Die heutigen Lebensumstände befördern einen bewegungsarmen Lebensstil. Die zahlreichen Annehmlichkeiten der modernen Welt, wie z.B. anstrengungsbefreite Mobilität, Smart Homes, Lieferdienste,

Rolltreppen und Fahrstühle, berufliche Tätigkeiten in überwiegend sitzender Position sowie ein ausgeprägtes passives Freizeitverhalten fördern das weltweit verbreitete Inaktivitätsproblem. Dies betrifft auch Kinder und Jugendliche. Eine Analyse der Sitzzeiten von Schülern zwischen 4 und 20 Jahren ergab mit durchschnittlich rund 10,5 Stunden (ca. 70 % der Wachzeit) pro Werktag und mehr als 7,5 Stunden (über 50 % der Wachzeit) pro Wochenendtag einen gewaltigen Anteil an sitzenden Tätigkeiten im Alltag von Kindern und Jugendlichen, mit steigender Tendenz in den höheren Klassenstufen. Während werktags schulbezogene Sitzzeiten dominant sind, steigen die Sitzzeiten für Freizeitaktivitäten an Wochenenden (23). Dabei gilt der sitzende Lebensstil laut internationalen Erkenntnissen (IDEFICS-Studie) bereits bei Vor- und Grundschulern als wichtiger Auslöser der Adipositas (24). Perspektivisch erhöhen lange Sitzzeiten von täglich über acht Stunden sogar nachweislich das Sterberisiko (25). Kinder und Jugendliche wachsen heutzutage mit einem vielfältigen Medienrepertoire auf, welches fester Bestandteil ihres Lebens geworden ist und sich stetig erweitert.

Im Rahmen der aktuellen KIM-Studie (Kindheit, Internet, Medien), einer seit dem Jahr 1999 regelmäßig durchgeführten Basisstudie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland, wurde festgestellt, dass gegenwärtig 74 % dieser Zielgruppe täglich fernsieht, gefolgt von 42 % täglicher Handynutzung. Zudem beschäftigt sich über ein Fünftel der Befragten regelmäßig mit digitalen Spielen und mehr als ein Viertel surft jeden Tag im Internet (26). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung empfiehlt einen besonnenen Umgang mit digitalen Medien. So sollen sich Kinder im Alter von 7 bis 10 Jahren höchstens eine Stunde pro Tag damit beschäftigen. Aus der AOK-Familienstudie 2018 geht jedoch hervor, dass werktags 44 % und an Wochenenden sogar 79 % der 7- bis 10-Jährigen diese Empfehlung überschreiten (27). Ergebnisse des deutschen Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS) zeigen, dass 11- bis 17-jährige Jungen sich täglich durchschnittlich 3,8 Stunden mit audiovisuellen Medien beschäftigen, gleichaltrige Mädchen 2,7 Stunden; etwa ein Drittel der Jungen und ein Fünftel der Mädchen sogar mehr als fünf Stunden. Je älter die Kinder und Jugendlichen sind, je niedriger der besuchte Schultyp und der sozioökonomische Status, desto höher ist ihre Mediennutzungszeit (28). Die derzeitige Pandemielage scheint laut aktueller DAK-Studie die Situation noch zusätzlich zu verschärfen. Im Vergleich zum Herbst 2019 ist die durchschnittliche tägliche Verweildauer von 10- bis 18-Jährigen in den sozialen Me-

dien während des Lockdowns im Frühjahr 2020 um 66 % (von 116 auf 193 Minuten) angestiegen, die tägliche Nutzungsdauer von Onlinespielen werktags sogar um bis zu 75 % (von 79 auf 139 Minuten) und an Wochenenden auf mehr als drei Stunden (29). Rund 80 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sitzen mehr als zwei Stunden täglich vor dem Fernseher, Computer oder Smartphone (18). Die empfohlenen freizeitleichen Inaktivitätszeiten von weniger als zwei Stunden pro Tag (30) werden somit von einer Mehrzahl deutlich verfehlt.



Überwiegend sitzende Position sowie ein ausgeprägtes passives Freizeitverhalten fördern das weltweit verbreitete Inaktivitätsproblem.

Zusammenfassend lässt sich aus den bisherigen Ausführungen festhalten, dass das individuelle Bewegungsverhalten bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen unzulänglich ist und viel zu viel Zeit mit inaktiven Tätigkeiten im Sitzen verbracht wird, insbesondere durch eine vermehrte freizeitleiche Nutzung audiovisueller Medien (TV, PC, Spielkonsole und Smartphone). Die reduzierte Bewegungszeit bzw. vermehrte Inaktivität ziehen gravierende gesundheitliche Konsequenzen nach sich, die sich auf verschiedenen Ebenen bemerkbar machen. Im zweiten Teil dieser Beitragsreihe wird dann auf zentrale gesundheitliche Folgeerscheinungen von körperlicher Inaktivität näher eingegangen. (Literatur-Nachweis nächste Seite)



Autor: Dr. Robert Zickermann
Diplom-Sportwissenschaftler, Fachdozent
für Bewegung und Gesundheitsförderung im
Fachbereich Gesundheit & Soziales an der
Hochschule Fresenius Köln

Literatur

- Arem, H., Moore, S. C., Patel, A. et al. (2015). *Leisure Time Physical Activity and Mortality: A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship*. *JAMA Intern Med.*, 175 (6), 959-967.
- Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K. et al. (2011). *Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study*. *Lancet*, 378 (9798), 1244-53.
- Lee, D. C., Pate, R. R., Lavie, C. J. et al. (2014). *Leisure-Time Running Reduces All-Cause and Cardiovascular Mortality Risk*. *J Am Coll Cardiol.*, 64 (5), 472-81.
- Graf, C. (2010). *Rolle der körperlichen Aktivität und Inaktivität für die Entstehung und Therapie der juvenilen Adipositas*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54 (7), 699-706.
- Kobel, S., Wartha, O. & Steinacker, J. M. (2017). *(Übergewichts-) Prävention in Deutschland*. *Dtsch Z Sportmed.*, 68 (4), 81-84.
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B. et al. (2010). *Exercise and Type 2 Diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement*. *Diabetes Care*, 33 (12), e147-167.
- Hörder, H., Johansson, L., Guo, X. et al. (2018). *Midlife cardiovascular fitness and dementia: A 44-year longitudinal population study in women*. *Neurology*, 90 (15), e1298-e1305.
- De Moor, M. H., Beem, A. L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I. & De Geus, E. J. (2006). *Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study*. *Prev Med.*, 42 (4), 273-279.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2012). *Rückenschmerzen*. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 53. Berlin: RKI.
- Hollstein, T. (2019). *Fakten und Zahlen für das individuelle Maß an Bewegung*. *Deutsches Ärzteblatt*, 116 (35-36), A1544-A1548.
- Kettner, S., Wirt, T., Fischbach, N. et al. (2012). *Handlungsbedarf zur Förderung körperlicher Aktivität im Kindesalter in Deutschland*. *Dtsch Z Sportmed.*, 63 (4), 94-101.
- World Health Organization. (2015). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen-Nürnberg: FAU.
- Andersen, L. B., Harro, M., Sardinha, L. B., Froberg, K., Ekelund, U., Brage, S. & Anderssen, S. A. (2006). *Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study)*. *Lancet*, 368 (9532), 299-304.
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. & Bull, F. C. (2018). *Worldwide Trends in insufficient physical activity from 2001-2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants*. *Lancet Glob Health*, 6 (10), e1077-e1086.
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization.
- Krug, S., Jekauc, D., Poethko-Müller, C., Woll, A. & Schlaud, M. (2012). *Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55 (1), 111-120.
- Demetriou, Y. (2019). *Bewegungszeugnis für Kinder und Jugendliche – Deutschland ist versetzungsgefährdet*. *pt-Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 71 (8), 48-53.
- DLRG e.V. (2017). *Schwimmfähigkeit der Bevölkerung*. Verfügbar unter: <https://www.dlrg.de/informieren/die-dlrg/presse/schwimmfaehigkeit/>
- Armstrong, N. & Welsman, J. R. (2006). *The Physical Activity Patterns of European Youth with Reference to Methods of Assessment*. *Sport Med.*, 36 (12), 1067-1086.
- Demetriou, Y., Bucksch, J., Hebestreit, A., Schlund, A., Niessner, C. et al. (2019). *Germany's 2018 report card on physical activity for children and youth*. *Ger. J. Exerc. Sport Res.*, 2, 113-126.
- Aubert, S., Barnes, J. D., Abdeta, C. et al. (2019). *Global Matrix 3.0 Physical Activity Report Card Grades for Children and Youth: Results and Analysis From 49 Countries*. *J Phys Act Health.*, 15 (S2), 251-273.
- Huber, G. & Köppel, M. (2017). *Analyse der Sitzzeiten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren*. *Dtsch Z Sportmed.*, 68 (4), 101-106.
- Santaliestra-Pasías, A. M., Mouratidou, T., Reisch, L. et al. (2015). *Clustering of lifestyle behaviours and relation to body composition in European children. The IDEFICS study*. *Eur J Clin Nutr.*, 69 (7), 811-816.
- Patel, A. V., Bernstein, L., Deka, A. et al. (2010). *Leisure Time Spent Sitting in Relation to Total Mortality in a Prospective Cohort of US Adults*. *Am J Epidemiol*, 172 (4), 419-429.
- Feierabend, S., Rathgeb, T. & Reutter, T. (2018). *KIM-Studie 2018. Kindheit, Internet, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- AOK-Bundesverband (Hrsg.). (2018). *AOK-Familienstudie 2018*. Berlin: KomPart.
- Lampert, T., Sygusch, R. & Schlack, R. (2007). *Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), 643-652.
- DAK-Gesundheit (Hrsg.). (2020). *Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona*. Hamburg: DAK-Gesundheit.
- Kavey, R. E., Daniels, S. R., Lauer, R. M., Atkins, D. L., Hayman, L. L. & Taubert, K. T. (2003). *American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood*. *Circulation*, 107 (11), 1562-1566.

Gender-Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Artikel die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Arbeitskreis Patienteninformation: Wir informieren rund um das Thema Schmerz!

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychologische Schmerzexpert*innen in Forschung, Weiterbildung und spezieller schmerzpsychotherapeutischer Versorgung. Sie setzt sich u.a. dafür ein, Forschungsergebnisse für die Anwendung in der Praxis nutzbar zu machen, Möglichkeiten ausreichender Fort- und Weiterbildung zu schaffen sowie Richtlinien für die Qualitätssicherung in der Schmerzpsychotherapie zu erarbeiten. Darüber hinaus stellt die Information der Öffentlichkeit, gesellschaftlicher Institutionen und nicht zuletzt die Information der von Schmerz Betroffenen ein zentrales Anliegen dar. Diesem Anliegen hat sich der Arbeitskreis Patienteninformation der DGPSF verschrieben. In dem vorliegenden Artikel wollen die Mitglieder des Arbeitskreises Patienteninformation sich und ihre Arbeit Ihnen, liebe Leser*innen, vorstellen.

„Ich bin seit 9 Jahren im Bereich der interdisziplinären, multimodalen Schmerztherapie tätig. Häufig treffe ich Patienten, die sich in ihrer Schmerzgeschichte im Internet zum Thema Schmerz informiert haben. Dabei ist die Informationsflut sehr groß. Offen bleibt oft die Frage, was davon hilfreich und was davon eher weniger hilfreich im Umgang mit den Beschwerden sein kann. Mein Anliegen im Arbeitskreis ist es daher, Informationen so zu gestalten, dass sie leicht zugänglich, seriös sowie prägnant und mit möglichst großem praktischem Bezug für Patienten aufbereitet sind.“



*Dipl.-Psych. Anne Gärtner
Psychologische Leiterin am
UniversitätsSchmerzCentrum
Dresden*

Im Jahr 2018 hat sich unser Arbeitskreis personell neu zusammengesetzt. Zuvor haben sich unsere Kollegen Bernd Kappis, Dr. Joachim Korb und Hans-Günter Nobis im Arbeitskreis für die Patienteninformation engagiert. Wir möchten an ihre erfolgreiche Arbeit anknüpfen. Wir, das sind zunächst einmal Dr. Tobias Fehlinger, Anne Gärtner, Eva Liesering-Latta, Lena Mause, Stefanie Schwarz und

Julia Stuhldreier. Wir alle sind Psycholog*innen bzw. Psychologische Psychotherapeut*innen und arbeiten in der Versorgung von Schmerzpatient*innen oder in der Schmerzforschung. Viele von uns haben sich für die Arbeit in der Schmerztherapie speziell weitergebildet und sind Spezielle Schmerzpsychotherapeut*innen. Zu unserem Team gehört auch Heike Norda. Als 1. Vorsitzende der Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland SchmerzLOS e.V. bringt sie die wichtigste Perspektive in unsere Arbeit ein, nämlich Ihre, die Perspektive der Schmerzpatient*innen.

„In meinem beruflichen Alltag in der Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein und Praxis für (Schmerz-)Psychotherapie wird mir immer wieder bewusst, wie wichtig das eigene Wissen von Betroffenen hinsichtlich ihrer Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten ist. Dabei ist es nicht immer einfach, aus der Flut verfügbarer Informationen und „Experten“-Meinungen das wesentliche und wissenschaftlich fundierte für sich herauszufiltern und in Einklang zu bringen. Der Arbeitskreis Patienteninformation gibt uns die Möglichkeit, Betroffene hierbei zu unterstützen.“



*Dipl.-Psych. Eva Liesering-Latta
Spezielle Schmerzpsychotherapie*

Chronische Schmerzpatient*innen erleben oft eine jahrelange Leidensgeschichte. Eine Studie mit einer großen Anzahl an Schmerzpatient*innen hat gezeigt, dass es im Durchschnitt ca. sieben Jahre dauert, bis sie einer Behandlung in einer auf Schmerz spezialisierten Einrichtung zugeführt werden. In derartigen Einrichtungen arbeiten meist Schmerzmediziner*innen, Psychotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und ggf. weitere beteiligte Berufsgruppen als ein Behandlungsteam eng zusammen. Diese sog. Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie erzielt die besten Behandlungseffekte, wie zahlreiche Studien gezeigt haben. Dies liegt daran, dass chronische Schmerzen ein komplexes Problem darstellen. Wenn ein Problem komplex

ist, braucht es mehrere Fachleute aus verschiedenen Bereichen, die das Problem gemeinsam und im engen Austausch mit den Betroffenen angehen.

„Die Behandlung von chronischen Schmerzen bedarf interdisziplinärer Teamarbeit! Ich freue mich, als Schmerzpsychotherapeutin den Blickwinkel auf die Schmerzen um psychische und soziale Faktoren erweitern zu können. Durch eine ganzheitliche Betrachtung der Schmerzen entstehen oft neue Möglichkeiten der Behandlung und Bewältigung von chronischen Schmerzen, an die viele Patientinnen und Patienten aufgrund der Dauer und Hartnäckigkeit ihrer Beschwerden schon gar nicht mehr geglaubt haben. Das Thema Patienteninformation liegt mir am Herzen, da es leichter ist, ein Problem zu lösen, wenn man es zuvor gut verstanden hat.“



*Lena Mause, M.Sc.
Spezielle Schmerzpsychotherapie
Ltd. Psychologin der Tagesklinik
für Schmerzmedizin am Vivantes
Wenckebach-Klinikum Berlin*

In der letzten Ausgabe von SchmerzLOS „Aktuell“ konnten Sie bereits viel über die bio-psycho-sozialen Hintergründe von Schmerz lesen und einen Eindruck davon bekommen, was eine spezi-

„Erwartungen und eigene Perspektiven sind wichtig in der Verarbeitung und Behandlung von Schmerzen. Durch eine seriöse und qualitativ hochwertige Informationsvermittlung können realistische Erwartungen und Perspektiven aufgebaut werden. Diese nehmen in der Behandlung und Beeinflussung vom chronischen Schmerzen eine bedeutende Rolle ein. Jedoch haben Betroffene oft Schwierigkeiten, die benötigten Informationen zu erhalten. Um in Zukunft allen Betroffenen den Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen zu ermöglichen, engagiere ich mich im Arbeitskreis Patienteninformation.“



*Julia Stuhlreyer
Psychologin im Bereich Schmerz-
medizin und Schmerzpsychologie
am Universitätsklinikum Ham-
burg-Eppendorf*

elle Schmerzpsychotherapie bringen kann. Wenn chronischen Schmerzpatient*innen erstmalig eine Psychotherapie empfohlen wird, sind manche verunsichert, fühlen sich nicht ernstgenommen oder abgeschoben. „Ich bin doch nicht verrückt!“ oder „Ich hab’s doch im Rücken und nicht im Kopf!“ können typische Reaktionen sein. Solche Reaktionen sind gut nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass sich psychische Belastungen bei einem Großteil von chronischen Schmerzpatient*innen erst als Folge der Schmerzerkrankung eingestellt haben. In vielen Fällen gab es daher vor der Schmerzerkrankung keine Berührungspunkte mit Psychotherapie. Folglich können auch mangelnde Erfahrungen, Ängste oder Unwissenheit eine skeptische Haltung gegenüber Psychotherapie erklären. In anderen Fällen führen schlechte Vorerfahrungen mit Psychotherapie zu Misstrauen und schränken die Offenheit für einen neuen psychotherapeutischen Behandlungsversuch ein.

„In meiner tagtäglichen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten im DRK Schmerz-Zentrum erlebe ich immer wieder die Verunsicherung, Verzweiflung und sich alleingelassen fühlen aufseiten der Betroffenen. Ich engagiere mich im Arbeitskreis Patienteninformation um einer breiten Masse an Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich fundierte und gut aufbereitete Informationen zu verschiedenen Schmerzbildern zu holen. Ich hoffe, damit zumindest dem einen oder anderen Patienten einen schnelleren Zugang zu den richtigen und hilfreichen Informationen und dement-sprechenden Einrichtungen zu vermitteln, wo Patienten verstanden werden und ihnen geholfen wird.“



*M.Sc.-Psych.
Stefanie Schwarz
Psychologische
Psychotherapeutin (VT)*

An dieser Stelle kommt nun unser Arbeitskreis Patienteninformation wieder ins Spiel. Wir verstehen es als unsere Aufgabe, an der Vermittlung wissenschaftlich fundierten Wissens über (chronische) Schmerzen mitzuwirken und dafür zu sorgen, dass die Informationen auch ohne vorheriges Medizinstudium verstanden werden können. Dabei wollen wir uns besonders auf Informationen aus den Be-

reichen der Psychologie und (Schmerz-)Psychotherapie konzentrieren. Wir möchten Ihnen einen besseren Einblick in schmerzpsychotherapeutische Behandlungsansätze ermöglichen und zum Abbau von Ängsten gegenüber dieser Herangehensweise beitragen. Das ist der Grund, warum wir uns in unserem ersten Projekt um die Patienteninformationen gekümmert haben, die Sie auf der Homepage der DGPSF finden. Dort können Sie sich u.a. über die Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Psyche, über mögliche Inhalte und den Ablauf einer Schmerzpsychotherapie sowie über spezielle Schmerzeinrichtungen näher informieren. Schmerzpatient*innen lassen Sie anhand ihrer Berichte an ihren eigenen Erfahrungen in der Schmerzpsychotherapie teilhaben. Des Weiteren können Sie über die Homepage eine Liste anerkannter Spezieller Schmerzpsychotherapeut*innen abrufen. Nicht zuletzt gibt es Informationen über psychologische Aspekte bei verschiedenen Schmerzerkrankungen und deren Behandlung. Wer das Wissen darüber weiter vertiefen möchte, findet Verweise auf die jeweiligen Patienteninformationsseiten der Deutschen Schmerzgesellschaft und auf Patientenleitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

„Die seriöse Information von Schmerzpatienten halte ich gerade aus meiner Sicht als Patientin für wichtig und setze mich deswegen im Arbeitskreis Patienteninformation ein. Immer noch ist es für Laien nur schwer erkennbar, welche Websites wichtige Informationen in patientengerechter Sprache enthalten. Deshalb möchte ich besonders auf diese Website, die noch im Aufbau ist und stetig wächst, hinweisen.“



Heike Norda
Vorsitzende
UVSD SchmerzLOS e. V.

Bisher haben wir als Arbeitskreis Expert*innen aus der Schmerzpsychotherapie und Schmerzmedizin um eine Aktualisierung ihrer Texte auf der DGPSF-Homepage gebeten. Expert*innen für den eigenen Schmerz sind aber natürlich auch Sie, liebe Leser*innen. Wir möchten die Informationen auf unserer Homepage in Zukunft gerne noch lesefreundlicher gestalten und v.a. noch besser an Ihre

„Chronische Schmerzen gehen oft mit Frust, Verzweiflung und Hilflosigkeit einher. Häufig nimmt die Lebensqualität deutlich ab. Das eigene Leben wird teilweise sogar als nicht mehr sinnerfüllt erlebt. Ich bin in der Schmerzpsychotherapie tätig, weil ich mit den Betroffenen gemeinsam daran arbeiten möchte, trotz Schmerzen ein aktives und an den eigenen Werten und Zielen orientiertes Leben zu führen. Um diesem oft mühsamen Weg eine Chance zu geben, braucht es gut informierte Patient*innen, die um die Möglichkeiten und Grenzen einer Schmerzpsychotherapie wissen. Daher engagiere ich mich im Arbeitskreis Patienteninformation.“



Dr. Tobias Fehlinger
Psychologischer Psychotherapeut
und Spezieller Schmerzpsychotherapeut in der Schmerzambulanz und Schmerztagesklinik am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck

Bedürfnisse anpassen. Aus diesem Grund möchten wir Sie herzlich einladen, ein bisschen durch die Patienteninformationen auf der DGPSF-Homepage zu stöbern und uns Ihre Eindrücke mitzuteilen. Schreiben Sie uns bitte, was Ihnen gefallen hat und was hilfreich für Sie war. Wir bitten Sie aber auch explizit um konstruktive Kritik. Welche Themen vermissen Sie? Wo war etwas unverständlich für Sie?

Die Homepage finden Sie unter folgender Adresse: www.dgpsf.de
Unter dem Reiter „Für Patienten“ gelangen Sie zu den Patienteninformationen.

Ihre Anmerkungen und Vorschläge senden Sie uns bitte bis zum 31.03.2021 per E-Mail an: tobias.fehlinger@uksh.de



Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und bedanken uns herzlich für Ihre Zeit!

Schmerztherapie in der physiotherapeutischen Praxis - ist das möglich?

Physiotherapie bei Schmerzpatienten benötigt Zeit, Vertrauen und viel Aufmerksamkeit beider Seiten. Die therapeutische Praxis ist hingegen geprägt von kurzen Zeitfenstern, geringer Vergütung und unvorteilhaften Überzeugungen aller Seiten. Ein Weg hinaus ist nicht in Sicht. Was also tun, wenn man als Therapeut einen Schmerzpatienten gut betreuen möchte? Woran erkenne ich als Patient, dass mein Therapeut in der Lage ist auf mein spezielles Problem einzugehen?



Gegenseitiges Verständnis trägt zum Erfolg der Therapie bei

Rahmenbedingungen der Ausbildung

Dazu erst einmal ein kleiner Exkurs in die physiotherapeutische Ausbildung. Dort hat das Thema Schmerztherapie kaum Platz. Erkenntnisse aus der Schmerzforschung werden es wohl erst in einigen Jahren in das Curriculum schaffen. Prüfungsthema sind Schmerztherapie und Gesprächsführung nicht. Somit wird es nur in seltenen Fällen gelehrt. In der Ausbildung werden zudem keine Themen wie graduierte Aktivitätssteigerung, Grundlagen in Verhaltenstherapie oder die Förderung von Selbstwirksamkeit gelehrt. Lieber befasst sich die deutsche Physiotherapie weiterhin mit verschiedenen Arten von Elektrotherapie, Ultraschalltherapie oder Bädern und Güssen. Diese Therapiemethoden mögen ihre Berechtigung haben, jedoch ist der Nachweis der Wirksamkeit dieser Anwendungen genauso fraglich, wie ihre Praktikabilität in der physiotherapeutischen Praxis. Darüber hinaus werden sie nur noch selten von Fachärzten verschrieben.

Wie soll also ein frisch ausgebildeter Physiotherapeut eine Idee haben, wie man einen Schmerzpatienten adäquat behandelt? Die Antwort: Es ist fast nicht möglich! Schlimmer noch – ggf. wird man als Therapeut Teil des Problems.

Therapeutische Behandlungsmöglichkeiten

Viele Behandlungsmöglichkeiten in der Physiotherapie basieren auf kurzfristiger Zunahme des Schmerzes während der Therapie. So genannte Triggerpunktbehandlungen, Faszientherapie, teilweise Manuelle Therapie und andere Therapieformen tun einfach weh. Einem Patienten mit simplen Mobilitäts einschränkungen oder verhärteter Muskulatur wird dies ggf. auch helfen – nur eben keinem Schmerzpatienten. Die Schmerztherapie in der Physiotherapie verfolgt ganz andere Ansätze. Somit hier mein Appell an Sie: Wenn Sie sich in der physiotherapeutischen Praxis melden, erwähnen Sie, dass Sie Schmerzpatient sind. Gehen Sie offen damit um. Sie sollten versuchen, einen Therapeuten zu finden, der entsprechend fortgebildet ist oder das Bachelor Studium zum Physiotherapeuten absolviert hat oder sich zumindest privat viel mit dem Thema beschäftigt hat.

Fortbildungen

In Deutschland gibt es viele Fortbildungen, die sich mit Schmerztherapie befassen. Auch das Hochschulstudium beinhaltet teilweise schmerztherapeutische Ansätze. Therapeuten, die sich dahingehend weitergebildet haben, werden mit Ihnen zusammen Therapieansätze entwickelt, die Ihre Selbstwirksamkeit stärken, passive Maßnahmen finden, die Ihnen helfen – nicht Schmerzen zufügen – und diese langfristig ausschleichen. Somit liegt der Fokus der Behandlung auf Gesprächsführung, Edukation, kleinschrittiger Aktivitätssteigerung und stellt Sie, als Patienten, in den Mittelpunkt der Behandlung, nicht die Therapieform.

Umsetzung in der Praxis

All dies zu berücksichtigen ist ungemein schwer, sofern man sich vergegenwärtigt, dass eine normale physiotherapeutische Einheit nur ca. 20 Minuten umfasst und eine Vor- und Nachbereitung der Einheit von den Krankenkassen finanziell nicht gewürdigt wird. Zudem haben viele Patienten eine gewisse Erwartungshaltung an die Therapie. „Der Therapeut muss doch etwas tun!“, „Die Therapeutin hat nur mit mir geredet – da gehe ich nicht wieder hin!“. Diese Sätze sind es, die eine Schmerztherapie in der Praxis so unglaublich schwer machen. Es treffen unschöne Erwartungshaltungen, Erfolgsdruck und Zeitmangel aufeinander. Diese Mischung lässt Therapeuten und auch Patienten immer wieder in schlechte Gewohnheiten zurückfallen. Denn wenn man Hand angelegt hat, es probiert hat, den Rücken über ein paar Handgriffe wieder „gerade zu rücken“, hat man doch alles

gegeben oder? Je mehr passive Maßnahmen jedoch nicht anschlagen, desto weiter schreitet die Chronifizierung voran.

Der Ausweg

Meiner Auffassung nach gibt es einen Ausweg aus dieser Zwickmühle. Er basiert auf einigen Grundregeln des Zusammenspiels zwischen Therapeut und Patient:

1. Gegenseitiges Verständnis: Wer sich auf eine Therapie mit einem vermeintlichen Experten auf dem Schmerzgebiet einlässt, darf nicht enttäuscht sein, wenn Einheiten zum Großteil aus aktiven Übungen, Gesprächen und Planung bestehen. Auf der anderen Seite muss ein Therapeut dafür sorgen, dass die Fortschritte sichtbar gemacht werden. Außerdem darf er sein Gegenüber nicht negativ einstufen und sollte seinen Patienten abgeben, sofern keine Erfolge durch die Therapie erzielt werden können.
2. Fokus weglenken von passiven Maßnahmen: Die Leitlinien, beispielsweise zum Thema Rückenschmerz, sprechen eine einheitliche Sprache – passive Therapie kann angewandt werden, sollte jedoch nicht den Hauptteil der Behandlung einnehmen. Sie dienen zur kurzzeitigen Schmerzlinderung oder Erweiterung der Beweglichkeit. Dies sollte dann in ein aktives Setting übertragen werden. Kurzzeitige Schmerzreduktion ist wichtig, um dann adäquat trainieren zu können oder einfach den Spaziergang einige Meter erweitern zu können.
3. Langfristig denken: Komplexe Problemstellungen können selten einfach behoben werden. Es ist durchaus möglich, dass in der Diagnostik etwas übersehen wurde und die Beschwerden deshalb dauerhaft bestehen. Es ist jedoch auch möglich, dass sich die Chronifizierung durch viele kleine Faktoren aufgebaut hat. Dazu könnten der Job, das soziale Umfeld, die Vorerkrankungen und vieles mehr zählen. Um das Schmerzproblem in diesem Fall erträglicher zu machen, muss man auf all diesen Ebenen arbeiten. Eine Therapie- oder Trainingsintervention allein bringt nichts, wenn Sie weiterhin durch die Arbeit gestresst sind und in Ihrer Freizeit für zu viele Menschen sorgen müssen. Aufgabe des Therapeuten ist es nicht, Ihnen Ihren Schmerz zu nehmen, sondern Ihnen Wege aufzuzeigen, wie Sie ihn durch Bewegung erträglicher machen. Ihr soziales Umfeld, den Job, die Ernährung und all die anderen möglichen Treiber für Ihr Problem müssen Sie selbst angehen oder sich auch auf diesem Gebiet Hilfe suchen.

Zusammenfassung

Zum Ende des Artikels möchte ich die anfangs gestellten Fragen erneut aufgreifen. Was tun, wenn man als Therapeut einen Schmerzpatienten adäquat behandeln möchte?

Behandeln Sie den Menschen, nicht das Krankheitsbild! Wenn die Geschichte, die physiotherapeutische Untersuchung und die ersten Therapiesitzungen darauf hindeuten, dass der Mensch vor Ihnen ein komplexeres Problem hat, entfernen Sie sich von bestimmten Behandlungstechniken und finden die Dinge, die Ihrem Gegenüber kurz- und langfristig einen Benefit bringen. Bewegungstherapie, graduierte Aktivitätssteigerung, progressive Muskelrelaxation und bestimmte Atemtechniken bieten sich hierfür an. Erzielen Sie keine Fortschritte mit Ihrem Gegenüber, sollten Sie über eine Weiterleitung zu einem erfahrenen Therapeuten oder zu einem Arzt mit der Fortbildung „spezielle Schmerztherapie“ nachdenken. Vergessen Sie in diesem Fall Ihren Stolz. Ihr Patient wird es Ihnen danken.

Woran erkenne ich als Patient, dass mein Therapeut in der Lage ist auf mein spezielles Schmerzproblem einzugehen?

Am Anfang einer guten Physiotherapie steht in jedem Fall eine umfangreiche Befragung und Untersuchung. Auch standardisierte Fragebögen erscheinen im Umgang mit chronischen Schmerzproblemen als sinnvoll. Evaluiert der Therapeut zu Beginn einer jeden Einheit die Erfolge oder Misserfolge der letzten Therapiesitzung, wählt er Interventionsformen mit Bedacht, hat ein offenes Ohr für Ihre Probleme und passt die Therapie an Ihre subjektive Empfindung an, so ist es ein guter Therapeut. Zudem zeichnet eine moderne Physiotherapie ein gewisses Maß an Edukation und aktiven Maßnahmen aus. Das heißt, Sie bekommen viel über ihre Problemstellung erklärt und können in einem sicheren Umfeld körperlich aktiv werden.

Physiotherapeuten müssen nicht reine Handwerker sein. Sie sind auch Life-Coaches und Zuhörer. Sie sind Menschen, zu denen man ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann, um gemeinsam Probleme anzugehen. Ich hoffe, dass ich Ihnen auf der Suche nach einem adäquaten Therapeuten und einer erfolgversprechenden Therapie helfen konnte. Seien Sie offen für Neues und gehen Ihr Problem an!



Autor:

Philipp Rey

*B.Sc. Physiotherapie Lübeck
und Bad Schwartau*

www.philipprey.com

Wie arbeiten Vorstandsmitglieder eigentlich für unseren Verein?

Jeder der drei Vorstandsmitglieder (Heike Norda, Hartmut Wahl, Dr. Nicolas Jacobs) hat eigene Arbeitsbereiche. In diesem Artikel werde ich meine Vorstandsarbeit ein wenig schildern.

Ich beschreibe eine Urlaubswoche im Oktober 2020, in der ich nicht verreist bin – Corona lässt grüßen, denn die vor bereits einem Jahr gebuchte Reise musste ich stornieren.

Wie viele Mitglieder wissen, erledige ich meine ehrenamtliche Tätigkeit für den Verein in aller Regel von zu Hause aus, es sei denn, ich nehme Termine außerhalb wahr. Der Tag startet gegen 9 Uhr mit einem Anruf einer Schmerzpatientin, die eine Selbsthilfegruppe in der Nähe ihres Wohnortes sucht. Später kommen weitere Anrufe, in denen es dann um die Suche nach einem Arzt bzw. Psychologen geht, die sich auf Schmerzbehandlung spezialisiert haben. Abends trifft sich meine Selbsthilfegruppe in Neumünster, zu der ich immer gern gehe. Es hilft mir, mich positiv mit meiner eigenen Erkrankung auseinanderzusetzen und von den Erfahrungen anderer zu profitieren.

In den nächsten Tagen gilt es, mehrere Anfragen abzuarbeiten bzw. zu bedienen. Die Zeitschrift „Der Allgemeinarzt“ möchte in einem Artikel eine Vorstellung des Vereins inklusive der Punkte, die sich aus einer Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten ergeben. Nach Beratungen mit den anderen Vorstandsmitgliedern formuliere ich auch einen Wunsch, nämlich dass alle Hausärzte wissen, wo sich die nächste Selbsthilfegruppe von Schmerzpatienten befindet, wie man diese erreicht und dass diese Ärzte Betroffene wertschätzend auf die Selbsthilfe hinweisen.

Wir diskutieren länger, welches Bild wir mit dem Artikel absenden sollen. Irgendwie gibt es ja kein typisches „Bild des Vereins“. Aber was wäre das auch? Wir entscheiden uns schließlich für das Bild der drei Menschen unterschiedlichen Alters, die sich gemeinsam bewegen. Dieses Bild ist auch auf dem Vereinsflyer abgedruckt und auf einem unserer Rollups.

Mein Vortrag für den Deutschen Schmerzkongress, der in diesem Jahr erstmalig online stattfindet, ist auch noch nicht fertig. Es ist eine Ehre, dass eine Patientenvertreterin von UVSD SchmerzLOS e. V. für das Präsidentensymposium eingeladen ist und unter dem Kongressthema „Gleich und doch verschieden“ über die Schmerztherapie aus Patientensicht referieren darf. Die Mitreferenten sind

eine Ärztin und Forscherin, ein Physiotherapeut und eine Psychologin. Eingeladen haben die beiden Kongresspräsidenten, Frau Prof. Bingle und Herr Dr. Gaul. Als Vorbereitung auf diesen Vortrag haben wir von SchmerzLOS eine umfangreiche Umfrage durchgeführt. Nun müssen die Kernaussagen in eine Redezeit von 12 Minuten integriert werden, dazu aussagekräftige PowerPoint-Folien angefertigt werden. Das alles ist enorm zeitaufwändig. Mittendrin erhalte ich die Nachricht, dass der Schmerzkongress als reine Online-Veranstaltung stattfinden wird. Eine vorbereitende Online-Konferenz mit den anderen Referenten und den Kongresspräsidenten ergibt, dass wir alle etwas mehr Redezeit bekommen, weil vermutet wird, dass online weniger Diskussion durch die Zuhörer und Zuschauer möglich sein wird. So kann der Vortrag dann wieder etwas erweitert werden.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle in Husum (Nordfriesland) bat um einen Rückruf. Dort hatten wir im März, kurz vor dem Lockdown, mit einer öffentlichen Vortragsveranstaltung, bei der außer mir auch zwei in der Region tätige Schmerztherapeuten referiert hatten, eine neue Selbsthilfegruppe gegründet. Das erste Folgetreffen musste dann aber kurzfristig abgesagt werden, weil der Lockdown und damit die Kontaktbeschränkungen begonnen hatten. Die Kontaktstelle informierte mich nun, dass es die steigenden Erkrankungsfälle nicht zulassen, dass in absehbarer Zeit das Folgetreffen stattfinden kann. Wir haben zwar eine Liste der Interessierten an der neuen Selbsthilfegruppe, aber ob diese Menschen, die in der Gruppe aktiv werden wollten, das nach evtl. über einem Jahr noch möchten, bleibt abzuwarten. Gemeinsam beschließen wir, den weiteren Verlauf erst einmal abzuwarten.

Zwischendurch meldet sich telefonisch ein Vertreter einer Firma für Werbemittel, bei dem wir bisher relativ regelmäßig Werbegeschenke, z. B. Kugelschreiber, bestellt hatten. Da wir momentan keine Veranstaltungen haben, benötigen wir auch keine Werbegeschenke. Also muss ich den Vertreter vertrösten.



Unser Schatzmeister, Hartmut Wahl, meldet sich und schlägt einen Termin für ein Treffen vor, weil ein neuer Haushaltsplan für das Jahr 2021 erstellt werden muss.

Dieser ist die Grundlage für den relativ umfangreichen Pauschal- Förderantrag für Selbsthilfeorganisationen bei den Krankenkassen.

In diesem Jahr wird die Planung der Ausgaben für das kommende Jahr noch schwieriger als sonst, weil niemand weiß, wie sich die Corona-Situation weiter entwickeln wird.

Im September haben wir an die Bundestagsfraktionen, die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages und den Gesundheitsminister Jens

Spahn geschrieben, weil die Bundesregierung im Sommer eine Anfrage der FDP-Fraktion zur Situation der Schmerztherapie damit beantwortet hatte, dass in Deutschland genügend Therapieplätze zur Verfügung stünden. Dies kann man hier nachlesen: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/210/1921045.pdf>. Sie beruft sich dabei auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wir stellten fest, dass die Situation aus

Sicht von betroffenen Schmerzpatienten ganz anders aussieht. Unserer Meinung nach ist die ärztliche Versorgung nicht als gesichert zu betrachten, wenn es monatelange Wartezeiten auf eine fachärztliche Versorgung gibt. Bisher liegen uns nur Eingangsbestätigungen vor, so dass wir darüber nachdenken, Antworten auf unser Schreiben anzumahnen.

Gleichzeitig habe ich immer die sog. „Deadline“ im Auge, also das Datum, bis zu dem die Beiträge für unsere vierteljährlich erscheinende Vereinszeitschrift SchmerzLOS AKTUELL fertig sein müssen. Die beiden Layouter (Hartmut Wahl und Stephanie Breitenicher) sollen auch nicht zu sehr in zeitliche Nöte geraten. Aus diesem Grund haben wir beschlossen, den Abgabetermin bei der Redaktion noch weiter vorzulegen.

Nun muss ich meinen Laptop hochfahren, weil gleich eine Online-Konferenz zur Vorbereitung einer Fortbildung der Selbsthilfeakademie stattfinden wird. Dabei geht es um das Thema „Selbsthilfe mischt sich ein – welche Ressourcen kann die Selbsthilfe besser nutzen, um sich zu vertreten?“ Ein spannendes Thema, zu dem ich ein Statement abgeben soll. Es freut mich, dass Vertreter unseres Vereins so häufig zu Veranstaltungen eingeladen werden und dass das, was wir sagen, auch wertschätzend aufgenommen wird.

An einem Abend in dieser „Urlaubswoche“ findet noch eine Vorstandssitzung per Skype statt, bei der es u. a. um die Planung des 10jährigen Jubiläums des Vereins in 2021 geht. Hier ist es mal wieder schwierig zu planen, denn wir möchten auch eine Veranstaltung anbieten, wissen aber nicht, wie es Mitte 2021 mit möglichen Kontaktbeschränkungen aussehen wird.

Es gibt also immer wieder eine Menge zu tun, aber die Arbeit macht auch viel Freude. Bei Fragen zu unseren Tätigkeitsbereichen stehen wir Mitgliedern gern Rede und Antwort. Besonders freuen wir uns auf Vorschläge, Ideen oder sogar Angebote aus dem Kreis der Mitglieder, aktiv mitzuarbeiten - zum Wohl und im Interesse der Schmerzpatienten.

Autorin: Heike Norda

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: WavebreakmediaMicro/stock.adobe

S. 3: Delphotostock/stock.adobe

S. 7: Blue Planet Studio/stock.adobe

S. 9: angellodeco/stock.adobe

S. 12: magele-picture/stock.adobe

S. 12: strichfiguren.de/stock.adobe

S. 13: Racle Fotodesign/stock.adobe

S. 14: Jessica Lewis/ pexels.com

S. 15: Lightfield Studios/stock.adobe

S. 19: VadimGuzhva/stock.adobe

S. 20: Photographee.eu/stock.adobe

S. 22/23: RuslanGuzov/iStock

Zusendung von Info-Material

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr./M@il (für Rückfragen) _____

Datum/Unterschrift _____

3 Euro in Briefmarken sind beigelegt. **(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-Informationen für Antragsteller“ | <input type="checkbox"/> Faltblatt „CRPS - Komplexes Regionales Schmerzsyndrom verstehen (Morbus Sudeck)“ |
| <input type="checkbox"/> Klinik-Entlassung! Und wie gehts 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 Schmerzpatienten | <input type="checkbox"/> Schmerzkalender mit Schmerzskala |
| <input type="checkbox"/> Faltblatt „Schmerzen verstehen“ | |

Coupon per M@il an
GSt@schmerzlos-ev.de
senden oder mit Briefpost an:
Home Office Blücherstraße 4
23611 Bad Schwartau

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 selbstauferlegten Prinzipien zu erfüllen und wird zusätzlich unangekündigt durch die Initiative überprüft. Die ausführliche Selbstverpflichtung finden Sie auf:

www.uvsd-schmerzlos.de/
verein/selbstverpflichtung/



Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft

Unsere Förderer:

GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene



BARMER

Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit Stand: 05.01.21

53604 Bad Honnef	SchmerzLOS SHG Bad Honnef fon 0451 - 5854 4625 info@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@schwartau.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin I	MarTina Wegner fon 0176 - 5106 3630 wegner.schmerzlos.berlin@gmail.com
14089 Berlin II	Christiane Weiß fon 0178 - 6729 782 chrissi.shg@gmx.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
94469 Deggendorf	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 rolffahnenbruck@gmx.de
85435 Erding	Heike Hopfinger fon 01520 - 7422 726 heike.hopfinger28@gmail.com
79098 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 Maziol fon 0170 - 755 4473 maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
22041 Hamburg IV	Elisabeth-C. Stöck fon 0172 - 1364 453 stoeck60@gmx.de
30169 Hannover	Helge Libera fon 0511 - 5366 770 libera.hannover.schmerzlos-ev@outlook.de
21698 Harsefeld	Kai Begemann fon 04163 - 823120 begemann@harsefeld.schmerzlos-ev.de
87629 Hopfen am See	Claudia Hofmann fon 0151 - 1240 5673 diahofmann70@gmail.com
24103 Kiel	Doris Piy fon 0431 - 1280 7852 piy@kiel.schmerzlos-ev.de
76133 Karlsruhe	Ute Warnken fon 0721 - 49 52 91 warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
51109 Köln	Ulrich Klee fon 0221 - 6804 604 info@koeln.schmerzlos-ev.de
84034 Landshut	Rolf Fahnenbruck fon 0172 - 2146 382 rolffahnenbruck@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 Breiteneicher fon 01579 - 2317200 info@muehldorf-crps.de CRPS-Gruppe
80339 München	Christina Schubert fon 01579 - 2330 100 info@muenchen-crps.de CRPS-Gruppe
24534 Neumünster I	Heike Norda fon 04321 - 5 33 31 norda@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 rolffahnenbruck@gmx.de
24837 Schleswig	Claudia Doormann-Erken fon 04621 - 33 469 info@schleswig.schmerzlos-ev.de.
49439 Steinfeld	Udo Schroeter fon 0177 - 7646 558 udo8791@gmail.com
21423 Winsen (Luhe)	SchmerzLOS SHG Winsen fon 0451 - 5854 4625 info@schmerzlos-ev.de
Österreich	
A 5722 Niedernsill	Rosemarie Nill fon +43 664 - 9331852 morbus.sudeck@gmx.at CRPS-Gruppe
A 2851 Steiermark	Mario Stoiser fon +43 664 - 2126 377 teams@gmx.at

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.

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