



**Vierbeiner als Meister des Hoffens**  
**Schmerzhaftes Bewegungsunlust**

**Neue  
Angebote für  
Mitglieder**  
(Seite 19)



## Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie werden beim Aufschlagen dieser Zeitschrift schon bemerkt haben: Es gibt einige Veränderungen bei UVSD SchmerzLOS e. V. Unsere Zeitschrift wird jetzt von Stephanie Breiteneicher gestaltet, bei der ich mich herzlich für die vielen Stunden bedanken möchte, die sie ehrenamtlich in die Gestaltung unserer Printprodukte und die immer wieder anfallenden Änderungen unserer Website steckt. Über weitere Veränderungen wird Ihnen Mona, die bisherige Geschäftsstellenkatze, von ihrem „Schlüsselloch“ berichten.

Die Pandemie beeinflusst immer noch unsere Planungen, so dass wir die geplante Veranstaltung zur Feier unseres Jubiläums „10 Jahre SchmerzLOS“ auf unbestimmte Zeit verschieben müssen. Es lassen sich momentan langfristig keine größeren öffentlichen Veranstaltungen planen. Wir werden diese Veranstaltung aber so bald wie möglich nachholen. Wenigstens der Workshop für unsere Selbsthilfegruppen-Begleitungen wird voraussichtlich im September stattfinden können.

Lesen Sie unsere Beiträge, deren Themen von Tieren über das Gespräch mit dem Narkosearzt, Spiegeltherapie bis zum gesunden Arbeiten neben weiteren spannenden Artikeln reichen. Wir danken den Autoren der Artikel recht herzlich. Passen Sie weiterhin gut auf sich auf!

Ihre

*H. Norda*

**Der Hund ist ein Begleiter,  
der uns daran erinnert,  
jeden Augenblick zu genießen.**

*Marla Lennard*

## Inhalt

Vierbeiner als Meister des Hoffens- .....	3
Gönnen Sie sich „Pause forte“ – das neue „Therapeutikum“ .....	4
Interview mit MarTina Wegner.....	5
Schmerzhafte Bewegungsunlust.....	6
Eine Operation steht an - davor aber auch ein Gespräch mit den Narkoseärzten.....	10
Mona berichtet:.....	13
Musik linderte die Schmerzen beim Verbandswechsel nach einer Operation.....	14
Gerichtsentscheid: Lebensmittel mit Cannabidiol be- nötigen eine Zulassung.....	14
Wissenswertes über das Träumen .....	15
Neue Angebote für Mitglieder von UVSD SchmerzLOS e. V.....	19
Gesundes Arbeiten - Reicht aus den Knien heben und den Bildschirm einstellen aus?.....	20
Spiegeltherapie kann helfen beim Phantomschmerz.....	21
Heilungsbewährung läuft kurz vor der Rente aus – Was kann man tun?.....	22
Leserbrief .....	23
Heilmittelverordnungen länger gültig .....	23
Informationen, die weiterhelfen .....	24
Unsere Selbsthilfegruppen bundesweit .....	27
Leiden Sie unter ständigen oder immer wiederkehrenden Schmerzen? .....	28

## Impressum

**SchmerzLOS AKTUELL – erscheint 4 x pro Jahr.**

**V.i.S.d.P./ Redaktion: Heike Norda  
Vorsitzende UVSD SchmerzLOS e.V.  
Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten  
in Deutschland  
Ziegelstraße 25a, 23556 Lübeck  
Tel.: 0451 - 5854 4625  
E-Mail: [info@schmerzlos-ev.de](mailto:info@schmerzlos-ev.de)**

**Gestaltung: Stephanie Breiteneicher**

**Titelfoto: Cristina Conti / Stock.adobe**

**Unser Spendenkonto:**

**VR-Bank Altenburger Land eG**

**IBAN DE78 8306 5408 0004 7501 87**



# Vierbeiner als Meister des Hoffens-

## Von Hunden Optimismus lernen

**T**iere hoffen auf ein neues Zuhause“ oder „Tierheimhunde hoffen auf ein Weihnachtswunder“: Solche Schlagzeilen kennt man, wenn es um Hunde und ihre angebliche Hoffnungen geht. Aber das ist Unsinn.

Soweit man weiß, leben Hunde im Hier und Jetzt. Sie nehmen es, wie es kommt, sie passen sich den Gegebenheiten an. Das heißt nicht, dass sie nicht auch unter widrigen Bedingungen leiden würden. Der Forschung ist aber bisher nicht bekannt, dass sie Langfristhoffnungen wie den Wunsch nach einem neuen Zuhause zu Weihnachten hegen könnten. Trotzdem sind Hunde Weltmeister im Hoffen.

Sie hoffen eigentlich ständig: auf den Spaziergang, Futter, Zuwendung, aufs Spielen, auf eine Streichelinheit. Immer haben sie uns dabei im Blick, denn wir sind ihr Nadelöhr, diejenigen, die entscheiden, ob aus ihrer Hoffnung Freude wird oder Enttäuschung.

Jeder Hundebesitzer kennt das: Ein vorsichtiges Wedeln, wenn man vom Sessel aufsteht. Gesteigerte Frequenz, wenn man in den Flur geht, seine Jacke anzieht, den Schlüsselbund greift. Sobald man die Leine in die Hand nimmt, gibt es für den Hund kein Halten mehr. Die Hoffnung, dass er mit nach draußen darf, hat sich erfüllt. Die Augenblicke zwischen Hoffen und Bangen, alleinbleiben und mitdürfen sind vorbei.

Wissenschaftler fanden heraus, dass es auch unter Hunden Optimisten und Pessimisten gibt, dass es auch bei ihnen Gefühle gibt. An der Universität Sydney konditionierten sie Hunde auf einen hohen und einen tiefen Ton. Nach dem hohen Ton erhielten die Hunde eine Schale Milch, was für sie positiv besetzt war. Nach dem tiefen Ton gab es nur eine Schale mit langweiligem Wasser. Sobald die Hunde den hohen Ton hörten, reagierten sie mit Vorfreude, beim tiefen Ton eher gleichmütig.

Dann setzten die Forscher einen Ton ein, der genau in der Mitte zwischen dem hohen und dem tiefen Ton lag. Hier entschied sich nun, wer Optimist und wer Pessimist war. Manche Tiere reagierten mit Vorfreude

und hofften auf Milch, andere zeigten sich eher gelangweilt, weil sie Wasser erwarteten. Die Zahl der Optimisten war leicht in der Überzahl.

Ein eher pessimistischer Hund muss aber kein Nachteil sein, denn er neigt zur größeren Vorsicht und Zurückhaltung, was ihn eher für die Ausbildung zum Assistenzhund qualifiziert. Hier sind keine Draufgänger gefragt, sondern vorsichtige Hunde, die ihre Menschen umsichtig durch das Leben begleiten.

Die Optimisten eignen sich eher als Spür- und Suchhunde. Mit unerschütterlicher Zuversicht lassen sie sich auch von Rückschlägen nicht leicht entmutigen und geben nicht so schnell auf.

Der wohl berühmteste Optimist der bisherigen Hundeschichte ist der japanische Hund Hachiko. Er begleitete seinen Besitzer, einen Professor an der Universität von Tokio, jeden Morgen zum Bahnhof und holte ihn abends dort wieder ab. Als der Professor während einer Vorlesung an der Universität starb, gab Hachiko trotzdem nicht auf. Er ging fast 10 Jahre lang, bis er selbst starb, jeden Tag zum Bahnhof und wartete dort auf seinen Besitzer. Als er selbst 1935 starb, war er in Japan zur Legende geworden – zum treuesten Hund der Welt.

### Tiere geben uns viel Kraft

Sogar die Forschung hat belegt, dass wir uns Optimismus von den Vierbeinern „abschauen“ können. Aber Haustiere geben dem Menschen so viel mehr, wie emotionalen Halt, Ruhe und sind echte Freunde fürs Leben. Wissenschaftlich erwiesen ist, dass in unserem Körper beim Streicheln das Wohlfühl- und Bindungshormon Oxytocin ausgeschüttet und gleichzeitig das Stresshormon Cortisol reduziert. Das tut unserer Seele gut und schenkt neue Kraft für den Alltag. Wenn eine schnurrende Katze gekraut wird, vibriert ihr Körper. Das wirkt entspannend auf den Menschen, senkt den Blutdruck und kann sogar Schlafstörungen vorbeugen.

Wer ein Haustier hat, ist gezwungen, den Tagesablauf zu strukturieren. Der Hund muss regelmäßig zum Spaziergang nach draußen, der Katze muss der Napf gefüllt werden und mehr.

Die regelmäßige Bewegung draußen beim Gassi gehen ist für Schmerzpatienten besonders wichtig, aber auch die Freude, die beim Umgang mit dem Vierbeiner ausgelöst wird. Tiere sind auch empathisch. Liegen wir krank oder traurig auf dem Sofa, gesellen sie sich gern dazu. Hunde legen dann gern mal den Kopf auf die Knie ihres Menschen. Das tut einfach gut. Und nicht zuletzt kommen Hundehalter beim Spazierengehen auch mit andren Menschen schneller ins Gespräch.

Wer in einer Mietwohnung wohnt, in der Tierhaltung nicht erlaubt ist, kann sich ehrenamtlich um Tiere aus dem Tierheim kümmern. Auch im Rahmen der Nachbarschafts- oder Freundschaftshilfe bzw. als Tierbetreuer für Urlaubs- oder Krankenzeiten kann man sich um Hunde/Katzen kümmern und vom positiven Einfluss profitieren.

Quelle: shz.de



Bild © Africa Studio / Stock.adobe

## Gönnen Sie sich „Pause forte“ – das neue „Therapeutikum“

### Jetzt ist Pause!

Eine gezielte Pause kann die Schmerzwahrnehmung senken und verhilft den Schmerzgeplagten zu mehr Ausgeglichenheit, Ruhe und Zufriedenheit.

Der „Wirkstoff“ des Therapeutikums sind Pausen, anzuwenden 3 - 10 mal täglich. Eine mögliche „Nebenwirkung“ ist die Irritation des Umfelds, wenn man öfter als bisher eine entspannende Pause eingelegt. Der Beipackzettel bietet 99 tolle Tipps für die Gestaltung der Pausen zuhause und am Arbeitsplatz. Die „Zubereitung“ kann darin bestehen, dass man sich aus den Anregungen für Pausen einige aussucht, auf Kärtchen schreibt und in die Schachtel steckt.

UVSD SchmerzLOS e. V. ist nicht unter die Pharmafabrikannten gegangen, sondern wir haben diese tolle Idee von Dr. Martin von Wachter aus Aalen.

Für Mitglieder des Vereins liegt dieses „Therapeutikum“ Pause forte der SchmerzLOS AKTUELL bei.

Nichtmitglieder erhalten Pause forte für 3 Euro (inkl. Versand) zum Selbstkostenpreis in der Geschäftsstelle. Schreiben Sie eine E-Mail an:

[info@schmerzlos-ev.de](mailto:info@schmerzlos-ev.de)



# Interview mit MarTina Wegner

**F**rau Wegner, Sie sind Schmerzpatientin, Ansprechpartnerin für eine Selbsthilfegruppe in Berlin und haben eigene Tiere. Können Ihnen Ihre Tiere in Ihrem Alltag helfen?

*Ja, unbedingt! Ich hatte wieder mehr Verantwortung. Haustiere sind für mich Familienmitglieder. Da ich selbst keine Kinder habe, bekommen die Tiere meine Zuneigung, Fürsorge und Zeit.*

*Durch meine Erwerbsunfähigkeit (u.a. bedingt durch die chronischen Schmerzen und Depressionen) hatte ich plötzlich viel Zeit. Während meiner Berufstätigkeit hatte ich zwar schon 2 Kätzchen, jedoch sind dies Wohnungskatzen, die keinen Freilauf haben.*

*Die Hundespaziergänge sind für mich keine notwendige Übel, sondern eine Freude! Da ich unter Fibromyalgie leide, ist regelmäßige Bewegung dringend erforderlich. Je nach Witterung (ja, auch die Hundedamen mögen keine längeren Gänge bei Sturm, Regen oder Hagel) verbinde ich meine alltäglichen Termine wie z.B. Physiotherapie, Psychotherapie, Einkäufe, Arztbesuche mit Gassi Gängen in der Natur. Die Hunde sind Autofahren gewöhnt und warten brav in ihren Boxen, während ich meine Vorhaben erledige. Die Spaziergänge verschaffen mir Erholung und freie Gedanken. Die abendliche kurze Hunderunde ist nochmal ein schönes Ritual, um sich auf die Nachtruhe vorzubereiten.*

Gibt es besondere emotionale Momente im Zusammenhang mit Ihren Hunden und Katzen, z. B. wenn Sie traurig sind?

*Die gibt es in der Tat! Tiere allgemein sind sehr aufmerksame, sensible Wesen. Sobald sie merken, dass meine Stimmung oder meine Befindlichkeit schwanken, ich traurig bin oder starke Schmerzen habe, gesellen sie sich verstärkt zu mir und*

*fordern Streicheleinheiten ein, lecken die Hände oder stupsen mich mit Köpfchen oder Schnauze. Das Kuseln und Streicheln wirkt beruhigend und stimmungsaufhellend. Laufe ich zu lange auf Hochtouren, bellt meine eine Hüdin so lange, bis ich mich hinsetze, um mich auszuruhen.*

*Auch das Beobachten der Tiere beim Spiel, beim Schlafen oder beim gemeinsamen Wandern macht mir viel Spaß und hat mir schon einige wunderbare Augenblicke und Glücksmomente beschert.*

*Auch Kontakte zu anderen Tierhaltern bereichern das Leben und lassen einen oftmals die eigenen Probleme oder Schmerzen vergessen.*

Geben die Tiere Ihrem Alltag eine besondere Struktur?

*Absolut! Der gesamte Tagesablauf richtet sich mehr oder weniger nach den Hunden. Meine Zwei sind zwar ziemlich pflegeleicht, aber benötigen dennoch ein großes Maß an Aufmerksamkeit.*

*Trotzdem bleibt eine gewisse Flexibilität erhalten. So lange man daran denkt, dass die Tiere tagsüber ca. alle 6 Stunden "geschäftlich" unterwegs sein müssen, Hunger und ein großes Ruhebedürfnis haben, kann man leben wie man es mag. Da ich meine Tiere liebe, fällt mir das nicht schwer. Mit zunehmendem Alter ändern sich auch die Bedürfnisse der Tiere wie beim Menschen. Alles wird etwas langsamer.*

Würden Sie anderen Menschen empfehlen, sich ein Haustier anzuschaffen?

*Ein Haustier ist immer eine Bereicherung.*

*Trotzdem kommt es immer darauf an, wieviel Zeit jemand erübrigen möchte, welchen Platz man zur Verfügung hat und wie mobil man ist. Auch der finanzielle Aufwand darf nicht vergessen werden. In Notfällen sollte sich jemand um das Tier kümmern können.*

*Man sollte sich bei sehr eingeschränkter Mobilität keinen Welpen oder eine aktive Hunderasse anschaffen. In den Tierheimen warten auch viele treue Seelen.*

*Ich würde nicht auf ein Haustier verzichten wollen! Selbst der Urlaub wird fast ausschließlich mit den Familienmitgliedern verbracht.*

Haben Tiere auch Nachteile?

*Wenn man häufiges Staubsaugen (speziell im Frühjahr und Herbst während des Fellwechsels), bisweilen Katzenkotze vom Teppich entfernen, lästiges Hundegebell bei Ankündigung des Paketboten oder überteuerte Hundesteuer zu zahlen als Nachteil erachtet, dann ein eindeutiges JA.*

*Die Zauberworte heißen Erziehung, Konsequenz, Geduld und Priorität.*

*Für mich persönlich gibt es keinen einzigen Nachteil! Ich profitiere unbedingt vom Zusammenleben mit meinen Haustieren!*

Frau Wegner, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.



# Schmerzhafte Bewegungsunlust

## Körperliche Inaktivität von Kindern und Jugendlichen im digitalen Zeitalter

### Teil 3: Interventionsmaßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Steigerung körperlicher Aktivität

**L**ebensstilbezogene Faktoren wie das Bewegungs- und Ernährungsverhalten stellen wichtige Einflussgrößen für die Gesundheit dar. Da sie wesentlich an der Entstehung und dem Verlauf von chronischen Erkrankungen beteiligt sind, sollte frühzeitig ein gesunder Lebensstil gefördert werden (1). Im Hinblick auf die dramatische Entwicklung des kindlichen und juvenilen Bewegungsverhaltens sollten verstärkt Anstrengungen unternommen werden, um die körperliche Aktivität des Nachwuchses zu steigern und ein Ernährungsbewusstsein einzuüben und zu festigen. In Deutschland sind langfristig evaluierte und wissenschaftlich hochwertige Interventionsstudien zur Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter bisher noch Mangelware. Die Anzahl nachgewiesener wirksamer Präventionsprogramme ist niedrig. Es gibt zwar eine Vielzahl an Aktivitäten und Projekten, diese sind aber häufig als Einzelinitiativen oder Programme mit Modellcharakter zeitlich und räumlich begrenzt und können kaum langfristige Effekte vorweisen. Es bedarf dauerhaft angelegter, niederschwelliger, nachhaltig strukturierter, kosteneffektiver sowie wissenschaftlich begründeter Programme (2). Hervorzuheben ist in dem Zusammenhang die KOPS-Studie (Kiel Obesity Prevention Study), welche seit 1996 in der Stadt Kiel mit dem Ziel durchgeführt wird, die Determinanten für Übergewicht bei Kindern im Grundschulalter zu charakterisieren und dieses durch passende Interventionen im Setting Schule, kombiniert mit individuellen Familienmaßnahmen, zu verhindern. Die Schulinterventionen erstrecken sich von einem bereits evaluierten Bewegungsprogramm (Bewegte Pausen) über Ernährungsfortbildungen für Lehrer sowie zielgruppengerechten Ernährungsunterricht für die Schüler bis hin zu Informationsabenden für die Eltern. Die individuellen Maßnahmen der Familienintervention bestehen aus Beratungseinheiten zu den Themen Bewegung, Ernährung und Essverhalten bei den Familien vor Ort. Nach 15 Jahren Laufzeit wurden im Rahmen der Studie insgesamt über 15.000 Heranwachsende im Alter von 5- bis 16 Jahren untersucht. Anhand von drei Messzeitpunkten innerhalb von acht Jahren wurden knapp 1.200 Kinder vom Einschulungs- bis ins Jugendalter (16 Jahre) begleitet, wobei bei den an

den Interventionsmaßnahmen teilnehmenden Kindern langfristig zwar nur kleine, aber durchaus nennenswerte Erfolge erzielt wurden. So konnte durch die Schulintervention der Ernährungszustand der Kinder mit hohem Sozialstatus und mit normalgewichtigen Müttern nachhaltig verbessert werden. Bezogen auf die Familienintervention wird allerdings deutlich, dass Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status auch mit dem individuellen Ansatz in Form von Beratungsangeboten vor Ort bisher kaum erreicht werden konnten (3).

Eine weitere herauszustellende, langfristig angelegte Studie, ist das CHILT-Projekt (Children's Health International Trial), welches seit dem Jahr 2000 im Raum Köln an 17 Grundschulen durchgeführt wird. Hierbei handelt es sich um ein Programm zur Vorbeugung von Bewegungsmangel und Übergewicht bei Grundschulkindern. Dabei wurden während der gesamten Grundschulzeit Gesundheitsunterricht sowie aktivitätsfördernde Maßnahmen durch Bewegungspausen angeboten. Insgesamt wurden über 600 Kinder (436 Interventionskinder, 179 Kontrollkinder) während ihrer Grundschulzeit über vier Jahre begleitet. Positive Effekte lassen sich bei der Interventionsgruppe bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Übergewichtsproblematik feststellen. Im Vergleich zur Kontroll-



gruppe haben sich die Koordinations- und Ausdauerleistungsfähigkeiten der Interventionskinder signifikant verbessert und parallel konnte trotz geringer Effektgröße ein gesteigerter Rückgang des Anteils an Übergewicht in der Interventionsgruppe festgestellt werden. Somit können schulbasierte Interventionen die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern erhöhen und zusätzlich einer Übergewichtsentwicklung entgegenwirken. Zur Optimierung dieser positiven Effekte bedarf es aber einer konsequenten und qualitätsgesicherten Umsetzung passender Maßnahmen, die das gesamte kindliche Umfeld berücksichtigen (4).

Der von der Bundesregierung initiierte Nationale Aktionsplan IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung ([www.in-form.de](http://www.in-form.de)) - hat sich zum Ziel gesetzt, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Neben umfassenden Informationen und Angeboten zum Thema werden unter anderem auch erfolgreiche Maßnahmen zur kinderzentrierten Primärprävention aufgelistet, welche sich besonders dadurch auszeichnen, dass die Interventionen zielgruppengerecht konzipiert sind und die gesamte Lebensumwelt miteinbezogen ist. Kindergärten und Schulen bieten sich als optimale institutionelle Settings an, um Primärpräventionsmaßnahmen zu implementieren, da dort nahezu alle Kinder, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Hintergrund, ohne Stigmatisierung erreicht werden können. Kindergarten- und Grundschulkindern sind in der Regel meist sehr wissbegierig und offen gegenüber gesundheitsbezogenen Themen, so dass grundlegende Verhaltensveränderungen bezüglich Ernährung und Bewegung erzielt werden können (5). In weiterer Folge bietet die Schule die günstige Gelegenheit der flächendeckenden Integration von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Gesundheitserziehung im Schulalltag sowie der Vermittlung sinnvoller Möglichkeiten zur Freizeit-

beschäftigung, da Kinder und Jugendliche einen Großteil ihres Alltags über Jahre hinweg dort verbringen (2). Es ist zu beachten, dass die entsprechenden Programme langfristig angelegt, nachhaltig und theoriebasiert konzipiert und in das reguläre Curriculum integrierbar sein müssen. Die programmvermittelnden Personen (z.B. Lehrer und Erzieher) müssen zudem gut fortgebildet und fachlich unterstützt sein (5). Das im Setting Grundschule angelegte Präventionsprogramm *Gesund macht Schule* ([www.gesundmachtschule.de](http://www.gesundmachtschule.de)) - eine ursprüngliche Initiative der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg - zielt darauf ab, Kinder der Primarstufe (6-10 Jahre) und deren Familien sowie Lehrpersonal und Mitarbeiter des Offenen Ganztags für ihre eigene Gesundheit zu interessieren und zu begeistern und dabei die Gesundheitskompetenz, vor allem der Kinder, zu fördern. Schwerpunktthemen sind Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Stressbewältigungsverfahren. Ein zentrales Element dieses Förderprogramms sind Schulpatenärzte, die als Experten für Prävention und Gesundheitsförderung das Lehrpersonal bei der Unterrichtsgestaltung und der Elternarbeit unterstützen. Derzeit wird das Programm von den Ärztekammern Nordrhein, Hamburg und Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt. Von den beteiligten Grundschulen in den entsprechenden Regionen haben momentan 70 % das Programm in ihren Schulalltag integriert, so dass 60.000 Kinder mit der Maßnahme erreicht werden. Ein weiteres Positivbeispiel ist das von der Baden-Württemberg Stiftung finanzierte Programm *Komm mit in das gesunde Boot* ([www.gesundes-boot.de](http://www.gesundes-boot.de)), welches niederschwellig einen ganzheitlichen gesunden Lebensstil bei Kindergarten- und Grundschulkindern fördert. Umfassende Unterstützung für die Umsetzung der Maßnahmen vor Ort erfolgt durch die von Fachpersonen entwickelte Bereitstellung von Ideen und praxiserprobten Materialien. Thematische Schwerpunkte, welche direkt in den Kindergarten- bzw. Schulalltag integriert werden, sind Bewegungsförderung, Reduktion der Mediennutzung sowie die Förderung eines gesunden Essverhaltens (6). Identifikationsfiguren dieses Präventionsprogramms sind die Comic-Piratenkinder Finn und Fine, welche die Kinder durch eine Fantasiewelt auf dem Weg zu einem gesunden Lebensstil begleiten. Vorab konzipierte Evaluationsstudien (7, 8) haben durch signifikant positive Interventionseffekte in Form einer Reduktion des Medienkonsums, eines verbesserten Frühstücksverhaltens, einer gesteigerten Ausdauerleistungsfähigkeit, eines erhöhten Obst- und Gemüsekonsums sowie einer Reduktion der Krankheitstage eindrucksvoll die Wirksamkeit dieses Präventionsprogramms belegt (5, 9, 10). Eine wesentliche Schlüsselrolle in diesem Kontext spielen auch die Eltern. Einrichtungen wie Kinder-



Bild © Rawpixel.com / Stock.adobe

gärten und Schulen sind gut geeignet, um Kontakte zu Eltern herzustellen und um diese aktiv in Interventionsmaßnahmen einzubinden. Die Ergebnisse der KOPS-Studie haben eindeutig gezeigt, dass Übergewicht bzw. Adipositas der Eltern die stärkste Determinante von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen ist (3). Zudem konnte im Rahmen der CHILT-Studie ein Zusammenhang zwischen dem aktiven Freizeitverhalten der Eltern und ihrer Kinder festgestellt werden. Kinder von bewegungsaktiven Eltern sind deutlich häufiger selbst aktiv und haben ein niedrigeres Körpergewicht als ihre Altersgenossen mit Eltern, die vorwiegend einen inaktiven Lebensstil führen (11). Dies belegt den hohen Stellenwert eines familiären Interesses an körperlicher Aktivität und einer damit verbundenen Lebensführung für eine gesunde Kindheit (12). Daher ist eine Miteinbeziehung und Unterstützung der Elternschaft bei der Umsetzung entsprechender Interventionsprogramme von großer Bedeutung für den Erfolg einer Maßnahme.

Ein weiteres wichtiges Setting im Hinblick auf körperliche Aktivität in der Lebensumwelt Heranwachsender ist der Sportverein. Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen einerseits auf, dass ein Großteil der Kinder, die Vereinssport betreiben, grundsätzlich sportlich aktiver sind. Andererseits nehmen Kinder aus sozial schwachen Familien oder mit Migrationshintergrund weniger an Vereinssportangeboten teil (13). Durch eine gezielte Vernetzung von Kindergärten bzw. Schulen und Sportvereinen können alle Institutionen gleichermaßen profitieren und auch spezielle Zielgruppen leichter erreicht werden. Für Kindergärten und Schulen besteht durch Kooperationen mit Sportvereinen die Möglichkeit, erweiterte Bewegungsangebote für all ihre Kinder und Jugendlichen, unabhängig von ihrem sozio-

ökonomischen Status, in Sportstätten anzubieten, die in der Regel in den eigenen Räumlichkeiten nicht zur Verfügung stehen. Sportvereine haben im Gegenzug die Gelegenheit, unter den Teilnehmern und deren Eltern Begeisterung für ihre angebotene Sportart zu wecken, um dadurch neue Mitglieder für sich gewinnen zu können.

Auch die (haus-)ärztliche Beratung kann durch das in Zusammenarbeit vom Deutschen Olympischen Sportbund, der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention nach schwedischem Vorbild entwickelte Rezept für Bewegung einen bedeutenden Beitrag hinsichtlich eines bewegungsaktiven Lebensstils leisten. Körperliche Aktivität sollte in ihrer Wirkung gleich einem Medikament betrachtet, eingesetzt und deshalb mit einem Bewegungsrezept verordnet werden (14). Das Patientengespräch bietet hierbei optimale Rahmenbedingungen, um Eltern mit ihren Kindern über die zahlreichen Vorteile körperlicher Aktivität zu informieren und durch die symbolische Ausstellung des Sportrezeptes zur Bewegungsintensivierung zu motivieren (15). Auf dem Rezeptformular wird eine schriftliche Bewegungsempfehlung, passend zum Profil des Patienten mit notwendigen Trainingshinweisen für die durchführende Übungsleitung, formuliert. Eine wesentliche Voraussetzung für dieses Modell ist eine enge Zusammenarbeit von Ärzteschaft und lokalen Sportanbietern, in erster Linie Sportvereinen, so dass eine barrierefreie Weitervermittlung funktioniert. Genau an dieser Stelle besteht allerdings noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Beim schwedischen Vorbildmodell verweisen Ärzte ihre Patienten gezielt an mit ihnen vernetzte Coaches, welche sich mit den lokalen Bewegungsangeboten bestens auskennen und die Patienten langfristig entsprechend des ausgestellten Sportrezeptes betreuen. Diese koordinierende und unterstützende Instanz fehlt bislang in Deutschland (16). Hierzulande bestehen aktuell kaum persönliche oder organisierte Kontakte zwischen der Ärzteschaft und dem lokalen Sport, wodurch das Rezept für Bewegung als bisher nicht abzurechnende ärztliche Leistung noch relativ wenig ausgestellt wird. Somit müsste von beiden Seiten eine Netzwerkintensivierung erfolgen. Sportvereine sollten den Ärzten ihre Gesundheitssportangebote erläutern und Informationsmaterial für die Arztpraxen zur Verfügung stellen. Die Ärzte sollten sich das Wissen über die Präventionsangebote der lokalen Vereine aneignen, um ihre Patienten entsprechend beraten und passgenau vermitteln zu können (17). Die Forderung der Ärzteschaft nach stimmigen Rahmenbedingungen in Form einer finanziellen Honorierung dieser präventiven ärztlichen Tätigkeit sowie die von Medizinerseite geforderte Aufnahme von Organisationen der ärztlichen Selbst-



verwaltung in die Nationale Präventionskonferenz als Instanz der nationalen Präventionsstrategie könnten bessere Voraussetzungen für eine routinemäßige patientenzentrierte Lebensstil- und Bewegungsberatung schaffen (16).

Bewegungsmangel und die damit verbundenen gesundheitlichen Folgen stellen eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar, welche entsprechende Gegenmaßnahmen erfordert. In Deutschland besteht ein hoher Bedarf an flächendeckenden Präventions- und Interventionsprogrammen zur Steigerung der körperlichen Aktivität im Kindes- und Jugendalter. Eine sektorübergreifende intensive Zusammenarbeit verschiedener gesellschaftlicher Bereiche ist dabei dringend erforderlich. Für Kinder und Jugendliche ist aktive Bewegung eine Entwicklungsnotwendigkeit, für die in all ihren Lebenswelten Zeit und Raum zur Verfügung stehen muss. Insbesondere in Zeiten der zunehmenden Digitalisierung werden attraktive Bewegungsangebote für den kindlichen bzw. jugendlichen Alltag dringend gebraucht, um alternative reizvolle Beschäftigungen neben der Nutzung digitaler Medien aufzuzeigen. Es muss wieder ein Selbstverständnis von Bewegung im Tagesablauf der Heranwachsenden geschaffen werden. Bei den zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen von körperlicher Aktivität sollte es eigentlich genug Beweggründe geben.



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

### Literatur

1. Buksch, J., Häußler, A., Schneider, K. et al. (2020). Bewegungs- und Ernährungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 5 (3), 22-38.
2. 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.
3. Plachta-Danielczik, S., Landsberg, B., Lange, D., Langnäse, K. & Müller, M. J. (2011). 15 Jahre Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Ergebnisse sowie deren Einordnung und Bedeutung für die Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54 (3), 304-312.
4. Graf, C. & Dordel, S. (2011). Das CHILT-I-Projekt (Children's Health International Trial). Eine multimodale Maßnahme zur Prävention von Bewegungsmangel und Übergewicht an Grund-

schulen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54 (3), 313-321.

5. Kobel, S., Wartha, O. & Steinacker, J. M. (2017). (Übergewichts-) Prävention in Deutschland. *Dtsch Z Sportmed.*, 68 (4), 81-84.
6. Wartha, O., Kobel, S., Lämmle, O., Mosler, S. & Steinacker, J. M. (2016). Entwicklung eines settingspezifischen Gesundheitsförderprogramms durch die Verwendung des Intervention-Mapping-Ansatzes: „Komm mit in das gesunde Boot – Kindergarten“. *Präv Gesundheitsf*, 11 (2), 65-72.
7. Kobel, S., Wartha, O., Wirt, T. et al. (2017). Design, Implementation, and Study Protocol of a Kindergarten-Based Health Promotion Intervention. *BioMed Research International*, 3 (a98), 1-9.
8. Dreyhaupt, J., Koch, B., Wirt, T. et al. (2012). Evaluation of a health promotion program in children: Study protocol and design of the cluster-randomized Baden-Württemberg primary school study [DRKS-ID: DRKS0000494]. *BMC Public Health*, 12 (1), 157-168.
9. Lämmle, C., Kobel, S., Wartha, O., Wirt, T. & Steinacker, J. M. (2017). Intervention Effects of the School-Based Health Promotion Program „Join the Healthy Boat“ on Motor Abilities of Children with Migration Background. *Health*, 9 (3), 520-533.
10. Kobel, S., Wirt, T., Schreiber, A. et al. (2014). Intervention Effects of a School-Based Health Promotion Programme on Obesity Related Behavioural Outcomes. *J Obes*. 2014, (1), Article ID 476230, 8 pages.
11. Graf, C., Koch, B., Dordel, S. et al. (2003). Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (47), A3110-A3114.
12. Sigmund, E., Turoňová, K., Sigmundová, D. & Přidalová, M. (2008). The effect of parents' physical activity and inactivity on their childrens' physical activity and sitting. *Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn.*, 38 (4), 17-24.
13. Lampert, T., Mensink, G. B. M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), 634-642.
14. Löllgen, H., Wismach, J. & Bachl, N. (2018). Körperliche Aktivität als Medikament. *Arzneiverordnung in der Praxis*, 45 (3), 126-134.
15. Hollstein, T. (2019). Fakten und Zahlen für das individuelle Maß an Bewegung. *Deutsches Ärzteblatt*, 116 (35-36), A1544-A1548.
16. Füzéki, E. & Banzer, W. (2019). Bewegungsförderung aktuell – Glas halb voll oder halb leer? *Dtsch Z Sportmed.*, 70 (11), 263-264.
17. Hartmann, H. (2016). Gesundheitssysteme und Sportorganisationen im gleichen Boot beim Kampf gegen die gefährliche Zeitbombe Bewegungsmangel. *Dtsch Z Sportmed.*, 67 (3), 51-52.

### 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.



# Eine Operation steht an - davor aber auch ein Gespräch mit den Narkoseärzten.

## Was sollte ich als Patient mit chronischen Schmerzen beachten?

**E**in Mensch mit chronischen Schmerzen ist nicht vor Operationen gefeit. Eingriffe können in Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung erforderlich werden oder unabhängig davon sein. Bevor aber zur Tat geschritten wird, gibt es immer vorbereitende Termine beim Operateur und beim Anästhesisten. Hierbei erfragen die Ärzte Vorgeschichte, Begleiterkrankungen, bisherige und laufende Diagnostik und Behandlungen, Medikamente, aber auch die soziale und seelische Situation des Patienten. Zielgerichtete Untersuchungen vervollständigen die eingeholten Informationen.

Andererseits informieren die Ärzte über das, was an Eingriff und Narkose beabsichtigt ist, um dann auf individuelle Fragen einzugehen. Erst wenn man wechselseitig für Klarheit und Einverständnis gesorgt hat, unterschreiben die Beteiligten das mittlerweile schriftlich Dokumentierte.

Soweit ist das Vorgehen meistens bekannt. In jeder Einrichtung wird dies etwas unterschiedlich organisiert. Für die Narkoseärzte sind Eingriffe bei Menschen mit chronischen Schmerzen häufig:

Im Jahr 2018 wurden deutschlandweit 17 Millionen vollstationäre Operationen an Patienten durchgeführt, 2019 waren es 17,23 Millionen (Statist. Bundesamt) Entsprechend der Daten der Barmer GEK (Arztreport) steigt die Zahl der Patienten mit chronischen Schmerzen deutschlandweit kontinuierlich an. Zuletzt lag diese Zahl bei 3,25 Millionen Menschen. Entsprechend der Schätzungen der Deutschen Schmerzliga soll die Zahl der chronisch Schmerzkranken aber sogar bei 10 bis 15 Millionen liegen. Und 4-5 Millionen Menschen sind durch Schmerzen schwer beeinträchtigt. (<https://www.anästhesistenten-im-netz.de> vom 15.03.2021).

Tagtäglich werden zahlreiche Patienten mit chronischen Schmerzen operiert. Die Angst der Patienten, dass im Zusammenhang mit einer Operation auf die chronische Schmerzerkrankung nicht genug geachtet wird, ist verständlich und bedarf entsprechender Gespräche zwischen Patienten und Therapeuten, Operateuren und Pflegekräften im Vorfeld einer Operation. Vor allem ist es wichtig, die Patienten ernst zu nehmen.

Was also steht für die Narkoseärzte im Fokus, und was sind die Besonderheiten für Sie als Patient mit chronischen Schmerzen?

**Bei einem sorgfältigen Prämedikationstermin (Anästhesie-Sprechstunde) sollte der Narkosearzt u.a. folgende wichtige Punkte berücksichtigen:**

1. Die chronischen Schmerzpatienten überhaupt erst einmal als solche identifizieren
2. Den hausinternen Akutschmerzdienst hinzuziehen, wenn er denn etabliert ist
3. Bestehende Ängste und Erwartungshaltungen erfragen und besprechen
4. Spezielle Anliegen der Patienten in seinem Lebensumfeld ebenfalls in der Prämedikationsvisite ansprechen, um sie auch auffangen zu können
5. Eventuell vorhandene Anästhesieprotokolle früherer Operationen berücksichtigen, ggf. anfordern, falls nicht sofort verfügbar
6. Bei chronischen Schmerzpatienten die Anästhesie möglichst in Form einer Regionalanästhesie durchführen
7. Einen multimodalen Ansatz durch verschiedene Berufsgruppen für den postoperativen Verlauf mit dem Patienten zusammen planen, d.h. neben Ärzten, Pflegekräften und Akutschmerzdienst ebenso Physio- und Ergotherapie und Krankenhaus-Seelsorge einbeziehen.

## Was bedeutet das im Einzelnen?

### Ad 1:

Patienten, die unter starken Schmerzen chronisch leiden, sind selbst bei Notfalleingriffen im Allgemeinen gut zu identifizieren:

Die interne Dokumentation ist inzwischen vorwiegend elektronisch (Papierlose Patientenakte), so dass alle Informationen über den Patienten vorhanden sind, und das Behandlungsteam nicht darauf warten muss, bis das Archiv sie zur Verfügung stellt.

Die Anbindung an Hausärzte und niedergelassene Fachärzte ist meist so eng, dass eine zügige Information über die Gesundheit des Patienten erfolgt.

Des Weiteren wird die elektronische Patientenkarte ebenfalls ihren Beitrag leisten, um Informationen an die Behandler zu geben.

### Somit können sich auch folgende Fragen beantworten lassen:

- Gab es bei Voroperationen Schwierigkeiten bei der postoperativen Schmerztherapie?
- Liegt eine vorbestehende Langzeit-Opioid-Therapie vor?
- Gibt die bereits erfolgte Operation Anlass zur Entwicklung von neuropathischen Schmerzen?
- Handelt es sich um einen Patienten mit vorbestehenden Nervenschädigungen (Z.n. Amputation, Z. n. Brustkorberöffnungen)
- Äußert der Patient Ängste vor postoperativen Schmerzen?

#### Ad 2:

Der Akutschmerzdienst der meisten Kliniken ist an 7 Tagen und an 24 Stunden rund um die Uhr erreichbar. Wenn diese optimale Lösung nicht überall gegeben ist, sind aber in jedem Krankenhaus sind fachkundige Ärzte tätig. Sollte das Schmerztherapie-Management für den Verlauf nach der Operation unzureichend sein, werden diese und Pflegekräfte den Patienten zur Seite gestellt. Unter planbaren Bedingungen wird das Schmerz-Management bereits von diesen Ärzten speziell für diese Patienten erarbeitet.

#### Ad 3:

Bei den Ängsten der Patienten handelt es sich vorwiegend um Angst vor etwaigen Schmerzen beim Aufwachen aus der Narkose: heutzutage werden die Narkosen unter dem Einsatz verschiedener Messverfahren aufrechterhalten. Dabei wird die Narkosetiefe kontinuierlich gemessen, so dass ein ungewolltes Aufwachen während der Operation sehr unwahrscheinlich geworden ist.

Die Schmerztherapie während und nach Operationen wird immer dem Bedarf angepasst. Außer Opioiden gibt es eine ganze Reihe anderer Medikamente, die zur Verstärkung der Opioid-Wirkung benutzt werden und eine sogenannte Opioid-induzierte Hyperalgesie vermeiden (Schmerzen, die infolge der Verabreichung dieser Schmerzmittel entstehen). U.a. gehören zu diesen Substanzen die Medikamente Clonidin, Ketamin, Lidocain.

Da bereits im Vorfeld der Operation ein großes Team an Therapeuten in den Prozess involviert ist, ist ein Plan zum Schmerzmanagement bereits nach dem Ausschleusen aus dem Operationssaal vorliegend, das von allen anschließenden Behandlern angewandt wird. Gibt es weiteren Änderungsbedarf, wird der Akutschmerzdienst hinzugezogen.

#### Ad 4:

Patienten mit chronischen Schmerzen haben auch weitere individuelle Sorgen und Ängste, die das tägliche soziale Leben betreffen und die Lebensqualität samt Schmerzempfinden beeinflussen.

#### Ad 5:

Zunehmend sind die Narkoseprotokolle und Protokolle über den postoperativen Verlauf ebenso elektronisch gespeichert wie Arztbriefe, Dokumentationen und Freitext-Eingaben, so dass noch im Vorfeld der Operation diese Unterlagen gesichtet werden können, um den Verlauf der geplanten oder auch ungeplanten Operation möglichst reibungslos und unkompliziert ablaufen zu lassen. Falls dennoch keine medizinischen Unterlagen vorhanden sein sollten, werden bei Kenntnis anderer Mitbehandler diese sofort kontaktiert.

#### Ad 6:

Wenn sich chronische Schmerzpatienten einer Operation unterziehen müssen, wenden die Narkoseärzte, wenn möglich, ein Regionalanästhesieverfahren als alleiniges Narkoseverfahren oder aber auch in Kombination mit einer Vollnarkose an.

Werden Operationen an den unteren Extremitäten durchgeführt, bieten sich Regionalanästhesien als rückenmarksnahe Verfahren oder als periphere Verfahren mit Nervenblockaden (Einzelinjektion oder Kathetertechnik) an. Sind Eingriffe am Brustkorb oder dem Bauch mit seinen inneren Organen geplant, so kommt die Epiduralanästhesie zusätzlich zur Vollnarkose in Frage. Ebenso ist ein rückenmarksnahe Verfahren als Spinalanästhesie oder als Epiduralanästhesie bei Operationen an beiden unteren Extremitäten für die Patienten sehr vorteilhaft.

Zum Setzen des Regionalverfahrens ist der Patient wach und ansprechbar, und es ist jederzeit möglich, dass die Narkoseärzte den Patienten zusätzlich ein Beruhigungsmedikament injizieren können, sog. Sedierung, wenn die Angst und die Nervosität überwiegen und die Patienten es auch wünschen.

#### Ad 7:

Chronische Schmerzpatienten haben oft die Befürchtung, mit ihrer großen Angst und ihren Schmerzen alleine gelassen zu werden. Hier ist eine ausführliche Aufklärung über das Management der perioperativen



Schmerztherapie erforderlich. Im Regelfall sind alle Fachdisziplinen in den Ablauf involviert, um den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen zu können und einen reibungslosen Ablauf mit einer zügigen Verlegung ins häusliche Umfeld sicher zu stellen.

### Sie können als Schmerzpatient nun zum Gelingen der Planung und des gesamten Eingriffs beitragen:

Schreiben Sie in Vorbereitung auf den Termin mit den Narkoseärzten übersichtlich und stichwortartig über Ihre Schmerzerkrankung das Wesentliche auf, gerne am PC oder maschinell. Die oft verwendeten Standard-Frageformulare fragen danach meist nicht umfassend genug. Verfassen Sie aber keine langen „Romane“.

Konkret interessieren sich die Narkoseärzte schmerzbezogen für:

- Schmerzbeginn mit eventuell auslösendem Ereignis
- Schmerzverlauf bis heute
- Ort und Stärke der Schmerzen
- Beeinflussungsfaktoren, Linderung und Verschlimmerungen
- Bisherige und jetzige Untersuchungen, Diagnosen, Behandlungen samt Wirksamkeit
- Erfahrungen mit eingesetzten Schmerzmitteln bezüglich des Effekts und der Verträglichkeit
- Frühere und jetzige Medikamentennamen und -dosierungen, besonders Medikamentenpflaster mit deren Wechselintervall
- Frühere Operationen mit Verlauf, besonders der jeweiligen Schmerzbehandlung
- Welche Ärzte oder Einrichtungen können hierüber gut ergänzende Auskünfte erteilen?

Beschreiben Sie auch, welche Körperhaltungen für Sie schmerzbedingt schlecht oder nicht möglich sind, damit man Sie während des Eingriffs entsprechend lagern kann. Gibt es bei Ihnen Körperbereiche, die berührungsschmerzhaft sind?

Nicht nur die Schmerzmittel, sondern alle regelmäßig von Ihnen eingenommenen Medikamente sollten Sie im Rahmen des vorbereitenden Gesprächs daraufhin durchgehen, wie Sie sie vor während und nach dem geplanten Eingriff einnehmen oder zugeführt bekommen. Ein mitgebrachter aktueller und vollständiger Medikamentenplan leistet hierbei gute Dienste.

Für die Opioid-Medikamente wie Tramadol, Morphin, Buprenorphin und andere Substanzen dieser Gruppe ist es wichtig, dass sie nicht plötzlich rund um die OP abgesetzt werden, wenn Sie sie bisher regelmäßig zu sich genommen haben. Sonst können Entzugserscheinungen auftreten. Zeigen Sie den Ärzten, wohin Sie Ihre Schmerzpflaster hinkleben, und schreiben Sie unterstützend mit wasser-

festem Stift gut lesbar Medikamentennamen, Wirkstärke und Datum des nächsten fälligen Wechsels auf das Pflaster. Der Aufdruck des Herstellers ist oftmals nur sehr dezent aufgebracht.

### Alle Beteiligten sollen hiervon wissen.

Bisweilen tragen Schmerzerkrankte ein implantiertes System, etwa eine Medikamentenpumpe mit Reservoir oder stimulierende Sonden an Nervenstrukturen. Weisen Sie alle Beteiligten auf diese Geräte hin, damit Sie bei der Lagerung für den Eingriff, bei der Anwendung von Geräten (MRT, CT, Röntgen usw) berücksichtigt werden können.

Im Rahmen der Betreuung vor, während und nach dem Eingriff übernehmen sehr oft die Narkoseärzte die dann wichtige Therapie akuter Schmerzen in Verbindung mit der OP, aber auch die Fortführung Ihrer laufenden Schmerztherapie. In größeren Häusern leistet das vielfach der Akutschmerzdienst, ein Team aus Ärzten und Pflegekräften, das entweder direkt tätig ist oder das Sie betreuende Personal berät.

Es gibt aber auch Absprachen zwischen Operateuren und Anästhesisten, die diese Zuständigkeit anders regeln. Fragen Sie konkret nach der für Sie vorgesehenen Schmerztherapie und den dann Verantwortlichen, an den Sie sich direkt wenden können, wenn das Thema nicht ohnehin besprochen wird.

In den meisten Einrichtungen existieren die erwähnten Standardpläne zur Schmerzbekämpfung bei verschiedenen Eingriffen oder bestimmten Patientengruppen. Besprechen Sie mit dem beratenden Narkosearzt, wie diese Pläne auf Ihre persönliche Schmerzerkrankung und -therapie angepasst werden.

Vielleicht wenden Sie bereits nicht-medikamentöse Verfahren wie Entspannung, Fokussierung, Ablenkung, Transkutane Nervenstimulation (TENS) oder Anderes zur Schmerztherapie an. Erkundigen Sie sich, ob Sie dies auch rund um die OP, zum Beispiel im Aufwachraum, anwenden können.

Eingriffe in Lokal- oder Regionalanästhesie, bei denen Sie wach bleiben, lassen sich oft besser überstehen, wenn Sie selbst ausgewählte Musik von zuhause mitbringen und über Kopfhörer anhören können. Fragen Sie nach diesbezüglichen Möglichkeiten.

Wenn Sie auf Schmerzmedikamente bestimmter Hersteller gut eingestellt sind, erkundigen Sie sich, ob Sie genau dieselben Substanzen auch in der operierenden Einrichtung bekommen, oder wirkstoffgleiche Ersatzpräparate,

die dann aber eventuell andere Hilfsstoffe enthalten. Möglicherweise können Sie Ihre bewährten Medikamente mitbringen, wovon dann aber alle Beteiligten wissen sollen. Die Güte der Betreuung rund um einen operativen Eingriff wird stark mitbestimmt dadurch, wie gut das Sie umsorgende Team über Sie und Ihre speziellen Bedürfnisse informiert ist. Übersichtliche knappe Angaben sollten Sie und Ihre beratenden Ärzte gemeinsam vor der OP zusammenstellen, besprechen und Sie elektronisch oder schriftlich begleiten. Lassen Sie sich schildern, wie bei Ihnen dafür gesorgt wird, dass Informationen auch umfassend weitergegeben werden.

Ihre eigene Haltung und Stimmung kann die Schmerz-situation stark beeinflussen. Herrschen gerade belastende Momente und Gedanken bei Ihnen, führt das schnell zur verstärkten Schmerzwahrnehmung. Fühlen Sie sich hingegen recht wohl, sind sie umfassend ins Bild gesetzt worden, haben Sie Zutrauen in das Team und gute Gelingen des kommenden Eingriffs, dann ist der OP Zeitpunkt richtig gewählt.



**Autoren:**

*Dr. med. Beate Sedemund-Adib und Dr. med. Martin Lindig leiten die Anästhesie-Ambulanz und Schmerzzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck*  
*Direktorin: Frau Prof. Dr. med. Carla Nau*

**Quellenangabe:**

- Sawan et al, 2014; Tumber, 2014; Richebé & Beaulieu 2009  
- Seraina Angst, Diplomarbeit Perioperatives Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzpatienten, Basel 2016  
Statistisches Bundesamt



## Mona berichtet:

Hallo liebe Leser und Leserinnen,

bei uns sind große Neuerungen eingetreten. Das Wichtigste: Ich bin keine Geschäftsstellen-Katze mehr! Könnt ihr euch das vorstellen? Mein Diener Hartmut Wahl hat seine Vorstandsämter niedergelegt, weil er sich allmählich zu alt dafür fühlte. Eigentlich sieht er ja noch nicht so alt aus. Aber wenn ich ihm eine Maus mitbringe, die noch halb lebendig ist und mit ihr auf dem Teppich spiele, hat er Mühe, die Maus vor mir zu kriegen. Nun genießen wir beide seinen Ruhestand. Das heißt, er versucht ihn zu genießen. Wie ich euch schon mal schrieb, muss er noch an seinem Müßiggang arbeiten, da bin ich besser. Und ich bin nicht im Ruhestand, sondern fange weiter fleißig Mäuse. Wenn ich dann mal einen Vogel mitbringe, findet mein Diener das ja gar nicht schön und versucht dann immer, dem Vogel seine Freiheit wieder zu geben. Das verstehe ich überhaupt nicht, denn mit Vögeln kann man doch so schön spielen. Endlich ist die warme Jahreszeit da, so dass wir beide wieder auf der Terrasse sein können. Ich mag es, wenn mein Diener sich mit den Pflanzen beschäftigt. Beim Eingraben versuche ich ihm zu helfen, aber das will er nicht. Könnt ihr das verstehen?

Wusstet ihr schon, dass meine Augen so grün wie Gras sind? Schaut es euch mal an!

Einige Freunde haben mich schon gefragt, ob ich hier weiter schreiben werde. Keine Sorge: Ich habe mit meiner besten Freundin vereinbart, dass ich weiter in eurer Zeitschrift schreibe, wenn ihr das noch möchtet. Dazu darf ich mich auch weiter Geschäftsstellenkatze nennen, denn einige Aufgaben wie Postversand erledigt mein Diener noch.

Ich wünsche euch allen eine gute Zeit und sage:  
Tschüüü!



# Musik linderte die Schmerzen beim Verbandswechsel nach einer Operation

**D**er erste Verbandswechsel nach einer Operation kann ziemlich schmerzen. Mit einem guten Song auf dem Ohr tut es jedoch nur halb so weh.

Inzwischen gibt es einige Studien, nach denen Musik die postoperativen Schmerzen deutlich lindert. Ärzte aus Brasilien konnten dies nun auch für den häufig sehr schmerzhaften ersten Verbandswechsel nach einer Operation aufgrund einer Tibiaschaftfraktur (Bruch des Schienbeins im Bereich des Schaftes) nachweisen. Hörten die Patienten vor und während des Wechsels ihre Lieblingsmusik, waren die Schmerzen nur halb so schlimm.

An der Studie nahmen 70 Patienten teil, fast ausschließlich junge Männer, die das Schienbein nach einem Motorradunfall gebrochen hatten. Bei allen hatten die Chirurgen unter Spinalanästhesie operiert, alle bekamen anschließend die übliche postchirurgische medikamentöse Schmerztherapie. Alle erhielten zudem einen MP3-Player mit Kopfhörer. Diesen sollten sie eine Viertelstunde vor dem ersten Verbandswechsel aufziehen und während des Wechsels, der ebenfalls rund 15 Minuten dauerte, aufbehalten.

Nur die Hälfte hatte jedoch Musik auf dem Gerät, die übrigen nicht. Diese mussten die Kopfhörer nur tragen, damit die untersuchenden Ärzte nicht wussten, wer Musik zu hören bekam und wer nicht. Sämtliche Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip der Musik- und Kontrollgruppe zugeordnet. Die Patienten in der

Musikgruppe durfte die Musik selbst wählen, die meisten entschieden sich für beliebte brasilianische Stilrichtungen.

15 Minuten vor dem Verbandswechsel hatte etwas mehr als die Hälfte in jeder Gruppe moderate bis starke Schmerzen, definiert als 4 oder mehr Punkte auf einer numerischen Analogskala von 0-10 Punkten. Nach dem Verbandswechsel gaben immerhin 12 Patienten in der Musikgruppe, aber nur einer in der Kontrollgruppe an, keine Schmerzen zu spüren. Dafür hatten 14 Patienten in der Kontrollgruppe starke Schmerzen, keiner jedoch in der Gruppe mit Musik. Moderate bis starke Schmerzen nannten 77% in der Kontroll-, aber nur 20% in der Musikgruppe – eine hochsignifikante Differenz.

Im Schnitt erreichte der Wert auf der numerischen Analogskala vor dem Verbandswechsel 3,4 Punkte in der Musikgruppe, danach war er auf 2,4 Punkte gefallen. Im Gegensatz dazu stieg der Wert in der Kontrollgruppe von 4,7 auf 5,8 Punkte. Nach dem Verbandswechsel waren die Schmerzen in der Musikgruppe also weniger als halb so stark wie in der Kontrollgruppe.

Die Ärzte aus Brasilien sehen im Musikhören eine gute Ergänzung zur medikamentösen Therapie. Sie vermuten, dass Musik die Patienten von den Schmerzen ablenkt, die Stimmung bessert und den Stress reduziert. Allerdings war die Teilnehmerzahl dieser Studie relativ klein.

Quelle: *Springermedizin*

## Gerichtsentscheid:

### Lebensmittel mit Cannabidiol benötigen eine Zulassung

**L**ebensmittel mit dem Cannabis-Wirkstoff Cannabidiol dürfen nur mit Zulassung verkauft werden. Es handelt sich um „neuartige Lebensmittel“, für die EU-Recht eine Prüfung vorsehe, entschied das Verwaltungsgericht Berlin. Der Antragsteller verkauft CBD-haltige Kapseln und Öle. Das zuständige Bezirksamt in Berlin untersagte den Vertrieb. Dies hat das Verwaltungsgericht nun bestätigt. Nach der europäischen Novel-Food-Verordnung dürfen „neuartige Lebensmittel“ nur nach einer Prüfung verkauft werden. Hier fehle die entsprechende Zulassung.

Es handele sich auch um „neuartige Lebensmittel“, weil Lebensmittel mit CBD vor dem nach der Verordnung maßgeblichen

Stichtag 15. Mai 1997 noch nicht bekannt gewesen seien. Dass das Cannabidiol hier nur als Aroma zugesetzt werde, sei nicht ersichtlich. Gegen diesen jetzt bekannt gegebenen Beschluss vom kann der Antragsteller noch Beschwerde beim Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg in Berlin einlegen.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg hatte entschieden, dass Handelsbeschränkungen für Lebensmittel mit CBD nur dann zulässig sind, wenn Gesundheitsrisiken nachgewiesen werden können.

Quelle: *Ärztezeitung.de*



# Wissenswertes über das Träumen

## Träumen allgemein

Jeder normale Mensch träumt mehrere Male in der Nacht. Bei vielen Völkern der Vergangenheit galten die Träume sogar als heilig. Sie waren neben dem Lauf der Sterne oder dem Vogelzug wichtige Informationsquellen, weil sich so Götter und Geister der Seele offenbaren. Schon Ärzte nutzen die Träume vor tausend Jahren zum Erkennen von Krankheiten. Die ältesten handschriftlichen Aufzeichnungen von Träumen finden sich auf Papyrus (2000 v. Chr.) in griechischer Sprache. Der Traum galt als Ausdruck geistigen Geschehens im Gehirn während des Schlafes. Nach dem Arzt und Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud (1856-1939) soll der Traum in seiner primitivsten Art eine Verteidigung gegen das Erwachen sein. Da der Mensch auch im Schlaf Reize seiner Umwelt aufnimmt, versucht der Traum diese durch logische Bilder zurückzudrängen, um nicht wach zu werden (das Läuten des Weckers wurde zunächst als das Schellen von Schlittenglöckchen geträumt). Der Mensch wird schließlich wach, wenn der „Weck-Reiz“ eine hohe Bedeutung hat (z.B. Geräusche der spät heimkehrenden Tochter) oder wenn die „Störung“ lange andauert. Träume können zwischen 3 bis 70 Minuten dauern, machen ca. 20% des Schlafes bei Erwachsenen aus und werden in der Regel nur dann erinnert, wenn wir aus ihnen erwachen. Der Hippocampus und die beiden Neurotransmitter Noradrenalin und Acetylcholin erschweren es, Erinnerungen an Träume aufzubauen, weshalb sie schnell vergessen werden.

**Wir können uns in der Regel nur an Träume erinnern, aus denen wir erwachen.**

Viele Träume sind lediglich Reaktionen auf äußere (z.B. Geräusche, Berührungen, Temperatur) und innere Nervenreize (Blasendruck, Verdauung, Blutdruck, Fieber, Minderdurchblutung von Arm und Bein). So träumte ein Mann mit Fieber, in einem Heizkessel eingesperrt zu sein. Manche Traum inhalte sind verbunden mit bedeutungsvollen Interessen, Vorlieben, Sorgen und Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch mit **verdrängten Botschaften**, deren wir uns aus Selbstschutz nicht bewusst werden dürfen. Der Psychiater **Carl Gustav Jung** (1875-1961) schrieb, dass sich in Träumen auch „Ur-Konflikte/Ur-Ängste/Ur-Wünsche der Menschheit sog. **Archetypen** widerspiegeln können. Für S. Freud sind viele Bilder/Symbole im Traum hauptsächlich dem Sexualtrieb geschuldet.

Im Gegensatz zu Männern träumen Frauen lebhafter

und intensiver, warum Angstträume von Frauen intensiver sein sollen. Sowohl Musik, Gerüche und Berührungen können im Traum erlebt werden. Auch farbiges Träumen ist möglich - eine Besonderheit bei Frauen.

**Alle körperlichen und seelischen „Aufregungen“ in positiver oder negativer Hinsicht werden im Traum verarbeitet.**

Es gibt nur wenige Menschen, die sich während des Träumens bewusst sind, dass sie träumen ohne von dieser Erkenntnis aufzuwachen. Man nennt diese Art des Träumens auch „**luzides Träumen**“ (von lateinisch lux, lūcis = Licht) oder auch „**Klartraum**“. Geübt gelingt es sogar, den Traum dann positiv zu beeinflussen. Die Bilder im Traum stammen aus den im Gehirn festgehaltenen Lebenserinnerungen all unserer Sinne, weshalb auch Erinnerungen/Eindrücke aus der frühesten Kindheit geträumt werden können.

## Traumschlaf = „REM-Schlaf“

Schlafforscher in den USA entdeckte 1953 den **REM-Schlaf** (REM = Rapid Eye Movement), der von schnellen Augenbewegungen begleitet wird. Dieser REM-Schlaf wird von Schlafforschern auch „**paradoxe Schlaf**“ genannt, weil die Gehirnwellen dem des Wachzustandes ähnlich sind. Menschen, die während der REM-Phase geweckt wurden, berichteten häufig, geträumt zu haben. Anhand der Schnelligkeit von Augenbewegungen kann man schließen, ob ein Träumer eher Beobachter oder Handelnder im Traum ist. Normalerweise nimmt der sichtbare Körper des Schläfers, bis auf seine Augen, nicht aktiv an den Traumerlebnissen teil. Das Bewegungszentrum ist während der REM-Phase „gebremst“ und dadurch die willkürliche Muskulatur von z.B. Armen, Rumpf und Beinen wie „gelähmt“. Deshalb spricht auch der Mensch weniger deutlich im Schlaf, was aber ausreichte, um einen in der U-Bahn schlafenden Mörder zu überführen, der eine Bemerkung zu seine Tat machte, die ein Fahrgast aus der Presse kannte. Bei Menschen, die sich in einem hohen nervlichen Erregungszustand befinden, kann diese Lähmung teilweise wegfallen. Lebhaftere Träume können die Ausschüttung von Hormonen so stark anregen, dass es z.B. durch Freisetzung von Adrenalin zu nächtlichen Herzbeschwerden kommen kann. So erwachte ein Patient mit Herzsrasen aus seinem Traum, weil durch einen Fernsehfilm am Vorabend, ein früheres Kriegserlebnis freilegt wurde. Tiefschlafphasen sind zumeist traumlos. Übrigens, auch bei Säugetieren und Vögeln lassen sich REM-Phasen feststellen.

Der Arzt Dietrich Langen schrieb: „Jeder Mensch muss eine relativ konstante Menge Traumzeit haben, um erholsam zu schlafen.“

Schlafentzug, Schlafstörungen oder Medikamente können zu einem „REM-Schlaf-Mangel“ führen, der mit geistiger Leitungsschwäche (z.B. Gedächtnis, Konzentration) und psychischer Labilität (z.B. Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit) einhergehen kann. Nach experimentellem Schlafentzug erhöhte sich der REM-Schlafanteil deutlich in den folgenden Erholungs Nächten.

Durchwachte Nächte sind in vielen Fällen nur eine Anhäufung von langen „Traumphasen“. Ein beträchtlicher Teil von Versuchspersonen in einem Schlaflabor waren sich auf Nachfrage absolut sicher, nicht geschlafen zu haben – nachdem sie aus dem REM-Schlaf geweckt wurden.

### Wann beginnt der Mensch zu träumen?

Über den Schlaf vor der Geburt ist wenig bekannt. Dass Föten überhaupt so etwas wie REM-Schlaf haben, weiß man von Ultraschallaufnahmen. Man kann eindeutig sagen, dass die Augenbewegungen, die Herzaktivität und das Bewegungsmuster ab der 32. Schwangerschaftswoche denen von Kindern und Erwachsenen im REM-Schlaf stark ähneln. Der REM-Schlaf hat nämlich vielfältige Funktionen bei der Gehirnentwicklung, dem Lernen und der Gedächtnisbildung, indem er neue „Nerven-Verschaltungen“ bildet. Dass Säuglinge über die Hälfte ihres Schlafes im REM-Schlaf verbringen, liegt also daran, dass ihr Gehirn ständig Nervenverbindungen verstärken oder verändern muss. Ob sie dabei träumen, lässt sich noch nicht eindeutig bejahen. Bei Erwachsenen reduziert sich der REM-Schlaf auf ein Viertel und kann bei alten Menschen auch mal ganz wegfallen.

### Was gibt es für Träume?

Der amerikanische Traumforscher **Calvin Springer Hall** (1909-1985) und der renommierte Fachmann für Traumanalyse **Hanns Kurth** (1904-1976) unterscheiden:

#### „Reizträume“

Um einen alltäglichen Traum ohne tiefere Bedeutung handelt es sich, wenn äußere (z.B. ein Wecker, Kälte) oder innere Reize (z.B. Hunger, Blasendruck, Verdauungsstörungen), die Traum inhalte bestimmen. Hierbei handelt es sich um sog. **Reizträume**.

Bei einem Menschen, der am Tag knapp einem Unfall entging, entsteht der Traum infolge seiner noch überspannten Nerven, die sich erst allmählich abreagieren. Die häufigsten Reizträume sind Reizungen aus dem Blutkreislauf und den Verdauungsorganen.



Ein überfüllter Magen, erhöhter Alkoholkonsum, Schlafmittelentzug oder ein niedriger Blutdruck können „Alpträume“ verursachen.

#### „Warntraum“ oder „prophetischer Traum“

Warnträume entstehen durch innere und äußere Eindrücke, die sich am Verstand vorbei in unserem „Bauchgefühl“ – auch Intuition, Vor-Ahnung oder Instinkt genannt, niederschlagen. Im Traum bahnt sich der „Warnruf“ einen Weg nach außen in das Bewusstsein. Diese Art der Träume machen sehr betroffen und drängen zum Nachdenken. Warnträume beziehen sich oft nur auf Umstände, Gegenstände oder Örtlichkeiten. Selten sind Warnträume gemeint, die von Personen handeln. Eine Frau träumte ein paar Tage vor dem geplanten Flug von ihrem Absturz, der dann auch passierte. Seit dem Traum soll sie sich krank gefühlt haben (u.a. Fieber, Herzprobleme). Sie hatte diesen Traum der Mutter vorher im Brief geschildert. Kein Warn- oder prophetischer -Traum war der Traum einer Patientin, die sie sich im Traum auf einer Beerdigung befand und feststellte, dass um sie herum all ihre Verwandten standen. Nun glaubte sie angstvoll, dass es ihre eigene Beerdigung sein könnte. Als sechs Wochen später überraschend Ihre Lieblingstante starb, erinnerte sie sich, dass es diese Tante war, die im Traum nicht mit am Grab stand. Im Gespräch erinnerte sie sich auch, dass sie nach einem Besuch der Tante ein ungutes Gefühl gehabt habe. Menschen mit einer stark entwickelten Intuition vermögen auch ohne Träume „Vorausahnungen“ zu haben - „Das habe ich kommen sehen“/ „Irgendwie hatte ich das Gefühl, dass was passiert“. Carl Gustav Jung berichtete, er habe während einer Rück-



Bild © Andrey Popov / Stock.adobe

fahrt zur Familie plötzlich an das Bild eines Ertrinkenden aus Kriegszeiten denken müssen. Als er sein Ziel erreichte, sagte man ihm, dass sein Enkelkind vor wenigen Stunden beinahe ertrunken sein. Von prophetischen Träumen spricht man auch dann, wenn in ihnen überraschende Lösungswege aufgezeigt werden, wie es sich u.a. beim amerikanischen Maschinenbauer **Elias Howe** zur Weiterentwicklung der Nähmaschine und beim schottischen Mitentwickler der Dampfmaschine **James Watt** zugetragen haben soll.

### „Krankheitsträume“

Die Krankheitsträume reagieren auf körperliche oder seelische Störquellen. Träume können also Krankheiten ankündigen, die äußerlich noch nicht zu erkennen sein müssen. Ein Patient berichtete, dass er 3x von einer Lähmung eines seiner Beine geträumt habe, bis sich diese tatsächlich als Folge einer Nervenstörung, Wochen später, zeigte. Biologen erklären dies mit der Reaktion von Nervenzellen auf krankhafte Veränderungen, die dann schon vom Unterbewusstsein registriert werden. Es gibt nur wenige Traumbilder, die eine bestimmte Bedeutung haben. So spiegeln Träume von einem Haus oft unsere eigene körperliche Verfassung wider. Dabei spielt die Etagenordnung eine große Rolle (Dachstuhl = Kopf, oberstes Stockwerk = Brustkorb, mittleres Stockwerk = Eingeweide, 1. Stock = Unterleibsorgane, Parterre = Beine). Offensichtliche Krankheitsträume haben aber meist eine andere Bedeutung und sind keine Zeichen einer ernstesten Erkrankung. So stehen z.B. Herzkrankheiten im Traum oft für konflikthafte Liebesbeziehungen. Lähmungen versinnbildlichen oft: „Im Leben auf der Stelle zu stehen,“.

### „Tiefenträume“

Objektiv ist die Anzahl der Träume, die der wirklichen Deutung wert sind, verhältnismäßig klein. Diese Tiefenträume seien, so der Traumforscher Calvin Springer Hall, „ein sehr persönlicher Brief an uns selbst und kann Aufschlüsse geben über persönliche Probleme und ungelöste Konflikte“. Die Psychoanalyse geht davon aus, dass es Gedanken gibt, die die seelische Gesundheit stören, ohne dass sich der Kranke dessen bewusst ist. Zu diesen Gedanken gehören verdrängte, vergessene Ereignisse oder Wünsche, die im Unterbewusstsein weiterleben. Diese verdrängten Vorstellungen sollen aufgedeckt und einer „Auseinandersetzung“ oder „Abreaktion“ zugeführt werden. Ungelöste Probleme können auch ein Grund für sich wiederholende Träume bzw. „Serienträume“ sein. Die symbolischen Bilder können so verschlüsselt sein, dass sie vom Betroffenen selbst nicht „verstanden“ werden können. Einfach zu deuten sind dagegen Wunschträume als Ersatz für die Wirklichkeit. So träumte eine Frau mit unerfülltem Kinderwunsch nach einer Gebärmutter-Entfernung immer wieder von fremden Kindern, die sie bei sich aufnimmt. Der eigene Tod im Traum ist immer ein Zeichen für große Wandlungen in sich selbst oder bei großen Lebensumbrüchen.

### Träume von Kindern

Selbstverständlich träumen auch Kinder, selbst Kleinkinder. Der Traum ist bei Kindern ein unmittelbarer Spiegel des Wachlebens und den damit verbundenen Gefühlen. Oft geht es um Tiere, Figuren aus Fernsehsendungen, Familienmitglieder oder bekannte Personen. Häufig sind es **Wahr-** oder **Krankheitsträume**. Kinderträume sind also nicht immer, wie oft angenommen, Folge einer überreizten Phantasie. Je jünger Kinder sind, umso mehr fließen Traumgeschehen und Wirklichkeit ineinander, weshalb diese dann beim Wachwerden oft so reagieren, als wäre der Traum „echtes“ Leben. So verarbeitete ein Kind im Traum, die mit einer zurückliegenden Operation verbundenen Ängste, als „lebensbedrohliche Gefahr“, die in der Schule auf ihn lauert. Dieser Zusammenhang offenbarte sich erst, als auffiel, dass das Kind seit dem Traum die Schule schwänzte. Wovon Kinder sich fürchteten ist oft nicht der Traum selbst, sondern die Situation des Aufwachens allein im Dunkeln.

### Traumdeutung in der Psychoanalyse

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass es Vorstellungen gibt, die die seelische Gesundheit stören, ohne dass sich der Kranke dessen bewusst ist. Zu diesen Vorstellungen gehören verdrängte, vergessene Ereignisse oder Wünsche, die im Unterbewusstsein weiterleben. Diese verdrängten Vorstellungen sollen aufgedeckt

und einer „Auseinandersetzung“ oder „Abreaktion“ zugeführt werden. Die Psychoanalyse sagt weiter, dass der Mensch mindestens drei Seelenzustände hat, das „Ich“, das „Über-Ich“ und das „Es“. Einfach gesagt, ist unser Bewusstsein das ICH, unser Gewissen ist das ÜBER-ICH und unsere „Triebe/Natur“ das ES. Durch Erziehung und Moral, die sich im ÜBER-ICH spiegeln, kommen Menschen in Lebenssituation, in denen sie sich z.B. ihrer sexuellen Begehrlichkeit oder dem Freiheitsdrang nicht bewusst werden dürfen. Wie im Falle einer verheirateten Frau und Mutter aus einer höhergestellten Familie, die latent den Gedanken hegte, sich von allem zu trennen. Sie träumte immer wieder von einem Vogel im Käfig, der eines Morgens ausgeflogen war. Im Traum kann sich dann der Schwindel gegenüber der Vernunft (ICH und ÜBER-ICH) durch symbolische Bilder offenbaren. Diese symbolischen Bilder können aber so verschlüsselt sein, dass sie vom Betroffenen selbst nicht erkannt werden können bzw. dürfen. Im Fall der verheirateten Frau fand die Seele erst dann Ruhe, als sie diesen Trennungsgedanken in der Psychotherapie aussprechen konnte.



### Kann ich Träume selbst deuten?

Auch wenn es uns auf den ersten Blick verlockend erscheint, einfach in einem Buch mit Traumsymbolen zu lesen, was dieses oder jenes bedeutet, so muss doch deutlich gesagt werden, dass jeder Mensch in der Regel seine sehr persönliche Traumsprache entwickelt, die mit den Traumsymbolen im Buch nichts zu tun haben müssen und auch kein anderer versteht. So bedeutet der geträumte Verzehr von Schweinefleisch bei einem Christen etwas anderes als bei einem Moslem.

Anders ist es bei Farb- und Tierbildern im Traum, weil sie bei vielen Menschen eine ähnliche Bedeutung haben. Oft wird damit ein Teilaspekt z.B. des Tieres in uns selbst und nicht eine tatsächliche äußere Bedrohung angedeutet. Voraussetzung für jede Deutung ist, dass wir den Traum in allen Einzelheiten sofort nach dem Erwachen aufschreiben und uns fragen, in welcher Beziehung der Traum zu aktuellen Tagesereignissen

oder Lebensumständen in unserer Kultur steht. Der allererste Gedanke ist meist der Richtige und nicht der nach langem Grübeln. Oft besteht die Gefahr, dass wir unsere Traumhalte beschönigen oder überbewerten. Echte Tiefenträume sind so verschlüsselt, dass wir sie nur mit einem neutralen Gegenüber (z.B. Psychotherapeut) in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung interpretieren sollten. Allerdings ist es nicht selten, dass selbst Psychotherapeuten bei gleichen Träumen auf unterschiedliche Bedeutungen kommen.

### Wie wird man Alpträume wieder los?

Im Mittelalter gab es die Vorstellung, dass ein böser Naturgeist, „Alb“ genannt (alte Form des Wortes Elf), sich dem Schlafenden auf die Brust setzt und ihm schlechte Träume beschert. Von gewöhnlichen Träumen unterscheiden sich Alpträume vor allem durch das stark negative Gefühlserleben, die diese auslösen. Meistens ist es ein intensives Gefühl der Angst oder Furcht. Aber auch Trauer, Ekel, Scham oder Wut können vorherrschen. Vor dem zehnten Lebensjahr treten sie vermehrt auf, während sie im Alter seltener werden. Auch das Geschlecht und die Gene spielen eine Rolle. Frauen berichten öfter von Alpträumen als Männer. Zur genetischen Veranlagung kommt oft hinzu, dass die Betroffenen viel Stress erleben oder erlebt haben. Personen mit seelischen Erkrankungen, mit übermäßigem Alkoholkonsum und unter Schlafmittelentzug werden häufiger von Alpträumen geplagt, wie auch sensible, kreative und künstlerisch veranlagte Menschen.

**Etwa fünf Prozent der Erwachsenen in Deutschland haben wöchentlich mindestens einen Albtraum und sind von dieser seelischen Störung betroffen. Die Alpträumstörung ist gut behandelbar.**

Für die Diagnose einer „Alptraum-Störung“ ist nicht die Häufigkeit entscheidend, sondern die Frage, ob die Betroffenen stark unter ihren Träumen leiden. Das ist etwa der Fall, wenn ihnen die schauerhaften Erlebnisse im Traum auch am nächsten Tag noch nachgehen, ihre Stimmung und Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigen. Die Betroffenen grübeln häufig darüber nach, was die Träume wohl bedeuten mögen, oder sie fürchten sich deswegen sogar vor der nächsten Nacht. So berichten Krebspatienten in der frühen Phase ihrer Erkrankung häufiger von Todes- bzw. Beerdigungsthemen in ihren Träumen. Diese Träume spiegeln nur die Nähe zu diesen Ängsten wider und sind nicht etwa „Vorboten des Todes“. Es ist eher ein Zeichen psychischer Stärke, wenn bei einem Menschen diese Ängste bewusst werden dürfen, denn nur so können sie verarbeitet werden.

**Wichtig: Ängsten aus dem Weg zu gehen, sie zu vermeiden, lassen Ängste größer werden.**

Wir können wiederkehrende Alpträume verhindern, wenn wir uns fragen: Was könnte mir in der ausweglos erscheinenden Alpträumsituation helfen, damit die Geschichte ein neutrales oder positives Ende nimmt. Zunächst schreiben oder malen wir unseren Alptraum möglichst detailliert auf. Dann ergreifen wir selbst die Regie und schreiben das Ende um. Entscheidend ist, dass wir eine eigene kreative Lösung entwickeln. Anschließend lesen wir über zwei Wochen lang jeden Abend zum Einschlafen die eigene Gruselgeschichte mit Happy End. Alles, was wir häufig genug wiederholen, verändert unser Gehirn. Es lenkt unser Denken in neue Bahnen. Die „Vorstellungstherapie“ (Imagination) ist quasi eine Flucht nach vorn. Allein schon der Entschluss, sich seiner Angst zu stellen, bewirkt schon etwas.

Die Selbsttherapie hat ihre Grenzen, wenn neben den Alpträumen noch weitere psychische Auffälligkeiten bestehen oder wenn die Träume mit einem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen. Dann ähneln die Alpträume eher dem erlebten Trauma. Dabei erleben sie das Geschehen noch einmal, so als wären sie wieder an Ort und Stelle. Dann ist es sinnvoll, sich an einen professionellen Psychotherapeuten zu wenden.

So sehr wir uns nur schöne Träume wünschen – wir dürfen nicht vergessen, dass Träume eine reinigende, verarbeitende und psychisch stabilisierende Wirkung haben, auch im Hinblick auf belastende Lebensereignisse.

**Franz Alt (Journalist), der sich mit seinen Träumen beschäftigt:** „Mir ist, als hätte ich den Keller meines Lebenshauses mit bisher unbekanntem Vorratskammern entdeckt. Der Lebensraum wurde nicht größer, aber ich bewohne ihn intensiver“.

### Exkurs: Was ist ein Déjà-vu-Erlebnis?

Der Ausdruck **Déjà-vu** (gesprochen: deshawü) stammt aus dem Französischen und **bedeutet** "schon mal gesehen". Er beschreibt das - gar nicht so seltene - Phänomen, wenn uns eine neue Situation vorkommt, als hätten wir sie genauso schon mal erlebt.

Als Déjà-vu bezeichnet man eine Erinnerungstäuschung, bei der eine Person glaubt, ein gegenwärtiges Ereignis früher schon einmal erlebt zu haben. Rund 70% der Bevölkerung hatten schon einmal ein Déjà-vu-Erlebnis - und für die meisten ist es ein verwirrendes Erlebnis. Nach der sogenannten **Umwelt-Theorie**, von der viele Wissenschaftler ausgehen, fühlen wir uns an einem fremden Ort an einen uns bekannten Ort erinnert, weil dieser ähnliche Merkmale/Strukturen besitzt.

#### Autor:

*Dipl.-Psych. Hans-Günter Nobis*

*Spezielle Schmerzpsychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut (TP)  
Mitglied im Arbeitskreis „Patienteninformation“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.*

*Lehrpsychotherapeut für "Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie"*

*Kontakt: [gnobis@gmx.de](mailto:gnobis@gmx.de)*

## Neue Angebote für Mitglieder von UVSD SchmerzLOS e. V.

Bitte beachten Sie: Alle Auskünfte sind keine Alternative für eine fachkundige Rechtsberatung oder therapeutische, medizinische beziehungsweise heilkundliche Behandlung, Betreuung, Begleitung und Konsultation.

### Psychosoziale Beratung

Sind Sie in einer Krise oder möchten einen Ansprechpartner für Ihre Probleme haben? Dieses Angebot dient vorwiegend dazu, Ratsuchenden in herausfordernden Lebenslagen ohne Krankheitswert eine mögliche Wegweisung und psychologische Hilfe zukommen zu lassen. Dabei ist die ehrenamtliche Beratung vor allem eine Unterstützung in sozialen Fragen – und eine seelische Begleitung, die mit konkreten Tipps und Vorschlägen versucht, vorhandene

Ressourcen der Betroffenen zu mobilisieren und Eigenmotivation zu wecken. Sie verfolgt damit im besten Sinne den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“.

### Beratung aus Betroffenenperspektive zu allen Fragen rund um Fibromyalgie

Möchten Sie sich mit einer Betroffenen austauschen? Möchten Sie erfahren, wie andere Betroffene diese Krankheit bewältigen bzw. im Alltag damit zurechtkommen?

Wenden Sie sich an unsere Geschäftsstelle unter: [info@schmerzlos-ev.de](mailto:info@schmerzlos-ev.de) oder **Tel: 0451 - 5854 4625** und schildern Sie uns kurz Ihr Anliegen. Für die Bearbeitung benötigen wir auch Ihre Mitgliedsnummer.

# Gesundes Arbeiten -

## Reicht aus den Knien heben und den Bildschirm einstellen aus?

**D**as bloße Einstellen des Computerbildschirms oder bei schweren Lasten rüchenschonend zu arbeiten, wird weder die Probleme der Einzelperson beheben, noch dazu führen, dass diese zufrieden sind. Es half noch nie und wird auch nicht helfen. Die Schmerzforschung zeigt uns warum.

### Das Problem

Die Schmerzforschung wird sich bewusst, dass körperliche Probleme auf eine Vielzahl von Ursachen zurückzuführen sind. Generell können körperliche Inaktivität, Zeitdruck, wenig Eigenverantwortlichkeit und starke Kontrolle neben wenig Unterstützung durch Vorgesetzte [4] zu arbeitsplatzbedingten Beschwerden führen.

In der Welt der Prävention werden oft einfache Lösungen für komplexe Probleme angeboten. Aber: Eine Injektion lässt den Ellenbogenschmerz nicht langfristig verschwinden, eine Operation nicht den Rückenschmerz und ein Stehschreibtisch oder die Einstellung des Bildschirmwinkels nicht den Nackenschmerz. Von dieser Illusion müssen wir uns verabschieden. Nicht falsch verstehen: Der Stehschreibtisch ist ein Puzzlestück und gewiss ein Schritt in die richtige Richtung. Aber ein Puzzle besteht aus mehr als einem Teil und ein Marathon aus mehr als einem Schritt.

### Lösungsansätze

Schmerz ist nicht mit Haltung gleichzusetzen, sondern auf vielerlei Gründe zurückzuführen [1]. Gegebenenfalls auch mehrere Dinge, die gleichzeitig geschehen. Abbildung 1 verdeutlicht diese Annahme. Jeder Risikofaktor für sich überschreitet nicht den Schwellenwert zur Schmerzentstehung. Nur wenn mehrere Faktoren auf einmal auftreten, empfinden wir Schmerz. Die Verteilung der einzelnen Punkte in Abbildung 1 kann von Person zu Person unterschiedlich sein [2]. Die individuellen Risikofaktoren herauszufiltern, entsprechend zu bearbeiten und somit die Funktion wieder herzustellen, ist Aufgabe der modernen Gesundheitsförderung. Können Sie für sich Faktoren identifizieren, die Ihren Schmerz verursachen?

Ein Ansatz, der nur eine Lösung für verschiedene Probleme vorsieht, ist weder weit genug gedacht noch

zielführend. Zu diesem Zwecke bietet es sich an, Befragungen, standardisierte Testverfahren sowie Fragebögen einzusetzen. Individuelle Risikofaktoren sollten erläutert und entsprechende Lösungsansätze in Workshops erarbeitet werden. Ein breit gefächertes Problem benötigt breit gefächerte Lösungsansätze. Ein Mitarbeiter braucht eventuell wirklich einen Stehschreibtisch, ein Anderer einfach nur aktive Pausen. Wieder eine andere Person bedürfte einzig einer Aussprache mit Vorgesetzten oder den Kollegen, und bei noch einer anderen Person ist der Arbeitsplatz nicht das Problem, sondern der tägliche Stress als alleinerziehende Person, Beruf, Kinder und Sozialleben unter einen Hut zu bekommen.

### Fünf Tipps für weniger Schmerz beim Arbeiten

1. **Haben Sie keine Angst vor Heben mit rundem Rücken!**  
Einzig das Heben von wirklich schweren Lasten ist mit rundem Rücken gefährlich, und auch dies wird in der Wissenschaft gerade infrage gestellt [5]. Den Bleistift vornübergebeugt aufheben oder sich die Schnürsenkel in Rundrücken-Position zu binden, hat noch niemandem geschadet.
2. **Haben Sie keine Angst vor dem Sitzen! Aber stehen Sie auch regelmäßig auf!** Es ist eher die Monotonie, also lang eingenommene gleiche Haltungen, die Beschwerden machen. Bewegen Sie sich an der Arbeitsstelle so oft es geht. Sitzen oder stehen Sie immer anders. Die richtige Position ist immer die nächste [3].
3. **Beziehen Sie in der Untersuchung Ihrer Probleme immer auch andere Faktoren mit ein.** Beispiele dafür sind Stress, Schlafqualität oder Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten. All das kann einen Schmerz verstärken.
4. **Optimieren Sie Ihren Schlaf und Ihre Ernährung!** Verbessern Sie außerdem Ihr Stressmanagement und bewegen Sie sich regelmäßig! Dies ist das Grundgerüst eines gesunden Lebens.
5. **Katastrophisieren Sie nicht! Schmerz ist ein Warnsignal des Körpers, keine Anzeige dafür wie stark der Körper geschädigt ist.**

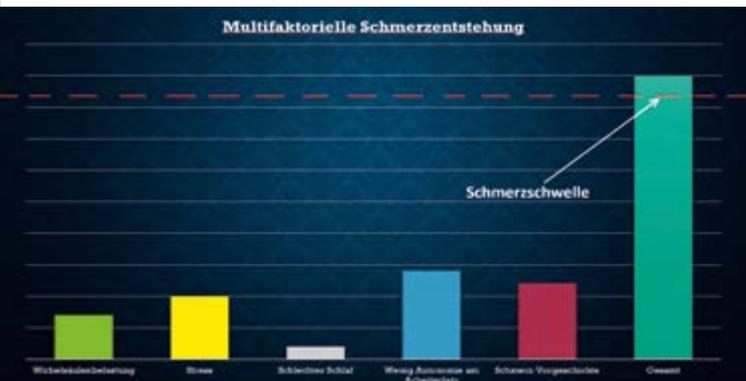


Abbildung 1

**Viel Erfolg bei der Umgestaltung Ihrer Arbeitsweise!**

**Ihr Philipp Rey**

Autor: Philipp Rey; B.Sc. Physiotherapie Lübeck und Bad Schwartau

- [1] Pflugsten M., Müller G., Chenot J.F. (2011). Vom Symptom zur Krankheit. In: Hildebrandt J., Pflugsten M. (Hrsg.), Rückenschmerz und Lendenwirbelsäule – Interdisziplinäres Praxisbuch entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz
- [2] Pflugsten M. (2012). Psychologische und psychosoziale Aspekte des Rückenschmerzes. Psychologie in Österreich 3/4. S. 264-271.
- [3] Slater et al. (2019) "Sit up straight": Time to Re-evaluate.
- [4] Hoogendoorn WE, v.Poppel MN, Bongers PM. Systematic review of psycho-social factors at work and private life as risk factors for low back pain. Spine 2000;25:2114–25.
- [5] van Dieën, Jaap H. et al. (1999). Stoop or squat: a review of biomechanical studies on lifting technique. Clinical Biomechanics, Volume 14, Issue 10, 685 - 69

## Spiegeltherapie kann helfen beim Phantomschmerz

Viele Menschen, denen ein Körperteil amputiert wurde, haben starke Schmerzen, entweder an der amputierten Stelle, oder sie empfinden diese Schmerzen sogar im nicht mehr vorhandenen Körperteil. Durch die Kraft der Vorstellung wird mithilfe einer Spiegeltherapie das Schmerzgedächtnis schwächer.

Fast jeder ist sich nach einer Amputation ganz sicher, den verlorenen Körperteil hin und wieder noch zu spüren. Der Grund für dieses Phantomgefühl: In einer Region der Hirnrinde hat - wie auf einer Landkarte - jeder Körperteil seinen Platz. Es ist dort verankert und wird von dort gesteuert. Auch nach einer Amputation ist das fehlende Körperteil für das Gehirn noch vorhanden. Experten berichten von Patienten, die nachts aufstehen und loslaufen wollen, aber vergessen haben, dass ihr Bein nicht mehr da ist - und dann hinfallen.

Unter Phantomschmerzen leiden rund 70 Prozent der Menschen nach einer Amputation, berichten Experten. Bei manchen gehen sie von selbst wieder zurück, aber nicht bei allen: Nach dem Wundschmerz, also nach einigen Wochen, kommt der Phantomschmerz. Am schlimmsten ist es für viele nachts, oder wenn sie zur Ruhe kommen. Die schmerz-

haften Attacken können bis zu 24 Stunden dauern. Tagsüber kann man sich für eine gewisse Zeit ablenken, aber dann kommen die Schmerzen zurück.

Ähnlich wie das Phantomgefühl beruht auch der Phantomschmerz auf einer Fehlverarbeitung des Gehirns. Schon allein die Vorstellung einer Bewegung lässt das Gehirn elektrische Impulse aussenden, die zwischen Hirn und Empfängerorgan zirkulieren. Doch nach einer Amputation kommt aus dem betroffenen Körperteil keine Rückantwort. Das Gehirn stuft dies als eine Verletzung ein und reagiert mit Schmerzimpulsen - Experten sprechen dabei von Schmerz-Erinnerung. Wenn Patienten vor einer Amputation schon sehr lange chronische Schmerzen hatten, ist das Risiko relativ hoch, dass es auch danach zu andauernden und intensiven Schmerzen kommt.

In der Schmerztherapie setzen Experten vor allem auf die Arbeit mit Spiegeln. Beispielsweise sieht ein gesundes rechtes Bein in einem Spiegel aus wie das verlorene linke Bein. Darauf soll sich der Betroffene konzentrieren: den optischen Eindruck, das verlorene Körperteil sei wieder da. Je länger man übt, desto besser funktioniert es. Durch die Kraft der Vorstellung, dass da wieder ein Empfängerorgan ist, wird das Schmerzgedächtnis des Betroffenen nach und nach schwächer. Mit der Spiegeltherapie „beschummeln“ Betroffene sozusagen ihr Gehirn. Durch den Blick in den Spiegel, der die Extremitäten seitenverkehrt abbildet, bekommt das Gehirn quasi wieder eine Rückmeldung von dem verlorenen Körperteil. Auch wenn diese nur optisch ist. Nach und nach wird so das Schmerzgedächtnis gelöscht. Die Spiegeltherapie funktioniert aber nur, wenn sie kontinuierlich angewandt wird. Darum müssen Betroffene auch zu Hause weitertrainieren.

Quelle: NDR



Bild © Dan Race / Stock.adobe

# Heilungsbewährung läuft kurz vor der Rente aus – Was kann man tun?

**B**ei vielen Krebserkrankungen erhalten Patienten den Schwerbehindertenstatus sozusagen auf Zeit. Man spricht hier von der sog. Heilungsbewährung. In der Regel gilt dann ein Grad der Behinderung von mindestens 50. Dieser wird allerdings zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren befristet. Für die Rente kann das äußerst wichtig sein.

Fünf Jahre sind ein langer Zeitraum. Der Schwerbehindertenstatus spielt im Leben der meisten Krebspatienten zunächst nur eine untergeordnete Rolle. Viel wichtiger ist die Frage, ob der Tumor noch einmal zurückkehrt. Doch je näher man dem Rentenalter kommt, desto relevanter kann auch der Grad der Behinderung werden. Denn ab einem GdB von 50 steht es Antragstellern frei, eine vorgezogene Altersrente in Anspruch zu nehmen.

Das bedeutet dann, dass man zwei Jahre früher in den Ruhestand gehen kann ohne finanzielle Abstriche hinnehmen zu müssen. Insbesondere für Menschen, die eine schwere Krankheit durchmachen mussten, ist das eine interessante Alternative zum Arbeiten bis zur Regelaltersgrenze.

Falls man es sich leisten kann, ist die vorgezogene Rente sogar noch deutlich früher machbar. Allerdings verzichtet man bei dieser Regelung pro Monat auf 0,3 Prozent der zukünftigen Zahlungen auf Lebenszeit.

Einige Zeit vor dem Ende der Heilungsbewährung wird das Landesamt für soziale Dienste oder das Versorgungsamt den Schwerbehinderten schriftlich kontaktieren. In dieser sogenannten Anhörung kann man deutlich machen, wie es um die eigene gesundheitliche Situation bestellt ist. Ähnlich wie beim normalen Antrag zum Schwerbehindertenausweis kommen hier neben eigenen Angaben vor allem die Aussagen der behandelnden Ärzte ins Spiel. Am besten, man bespricht das mit dem Arzt.

Das Ziel ist klar: Ohne den Schwerbehindertenstatus ist die vorgezogene Rente ohne Abschlag nicht möglich. Es sei denn, man hat bereits 45 Versicherungsjahre auf dem Rentenkonto und erreicht bald die individuelle Altersgrenze.

Nach Bearbeitung des Versorgungsamtes sind zwei Ausgänge möglich: Der GdB bleibt oberhalb der wichtigen Schwelle von GdB 50; oder man verliert den Schwerbehinderten-Status. Falls man unterhalb des

GdB 50 landet, sollte man zunächst einmal die Ruhe bewahren. Denn jetzt kann man sich einer wichtigen Komponente des Sozialrechts bedienen: Die Entscheidung der Behörde ist erst rechtskräftig, sobald Sie keine juristischen Mittel mehr anwenden.

Was heißt das konkret? Wie bei jedem Bescheid im Sozialrecht hat man die Möglichkeit, innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Nichts hindert Sie daran, das zu tun. Auf diese Weise gewinnen Sie erst einmal Zeit. Natürlich sollten Sie das nur erwägen, wenn Sie eine ernsthafte Chance auf den Schwerbehindertenstatus sehen.

Solange der Widerspruch läuft, gilt weiterhin Ihr alter Grad der Behinderung. Auch den Schwerbehindertenausweis dürfen Sie in dieser Zeit behalten und weiter verwenden.

Sollte das Landesamt für soziale Dienste bei der ersten Entscheidung bleiben und den Widerspruch abblocken, können Sie weitere Rechtsmittel einlegen. Eine Klage am Sozialgericht ist immer möglich. Und bis hier eine Entscheidung gefällt wird, kann es einige Monate dauern.

Das Wichtigste: Auch in dieser Zeit gilt der bisheriger GdB - und damit der Schwerbehindertenstatus.

Warum ist das so wichtig? Weil man in diesem Zeitrahmen nun die Altersrente für schwerbehinderte Menschen antreten kann. Denn an dieser Stelle ist nur wichtig, wie hoch der GdB beim Rentenstart ausfällt. Selbst wenn am Sozialgericht entschieden wird, dass der Schwerbehindertenstatus tatsächlich aberkannt werden muss, kann das den Schwerbehinderten in der Rente nicht mehr behelligen. Nach einem negativen Ausgang muss man den Schwerbehinderten-Ausweis abgeben. Und auch der steuerliche Nachteilsausgleich der Behinderung schrumpft. Aber die schon angetretene Rente - die kann dem Betroffenen keiner mehr nehmen.

## **Wichtig:**

**Behalten Sie bei einer schweren Erkrankung also auf jeden Fall die Heilungsbewährung im Auge. Prüfen Sie, wann und unter welchen Bedingungen eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen für Sie möglich wäre. Sollte Ihnen nun das Ende der Heilungsbewährung dazwischen kommen, steht es Ihnen frei, das Verfahren durch Widerspruch und eventuell eine Klage am Sozialgericht in die Länge zu ziehen.**

## Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Jahrgang	abschlagfrei	vorzeitig ab	Abschlag in Prozent
1952	63 J. 6 Monate	60 J 6 Monate	10,8
1953	63 J 7 Monate	60 J 7 Monate	10,8
1954	63 J 8 Monate	60 J 8 Monate	10,8
1955	63 J 9 Monate	60 J 9 Monate	10,8
1956	63 J 10 Monate	60 J 10 Monate	10,8
1957	63 J 11 Monate	60J 11 Monate	10,8
1958	64 J	61 J	10,8
1959	64 J 2 Monate	61 J2 Monate	10,8
1960	64 J 4 Monate	61 J 4 Monate	10,8
1961	64 J 6 Monate	61 J 6 Monate	10,8
1962	64 J 8 Monate	61 J 8 Monate	10,8
1963	64 j 10 Monate	61 J 10 Monate	10,8
1964	65 J	62 J	10,8

Quelle: Sozialverband Deutschland

## Heilmittelverordnungen länger gültig

Rezepte für Heilmittel sind seit dem 1. Januar 2021 für 28 Tage gültig, statt wie bisher für 14 Tage. Im Zuge der Coronavirus-Pandemie hatten Patienten die Möglichkeit, Verordnungen für beispielsweise Krankengymnastik oder Logopädie innerhalb von 28 Tagen einzulösen – diese Sonderregelung ist jetzt der Normalfall.

Hintergrund ist unter anderem, dass Patienten häufig länger als 14 Tage auf einen Ersttermin warten müssen. Die neue Regelung entlastet sowohl Patienten als auch Therapieanbieter und Arztpraxen bei der Terminorganisation. Bei „Akutfällen“ kann der Arzt bei medizinischer Notwendigkeit einen „dringlichen Behandlungsbedarf“ auf der Verordnung ankreuzen. Dann erfolgt der Therapiebeginn innerhalb von 14 Tagen nach Rezeptaussstellung.

Quelle: AOK Nordwest

## Leserbrief zum Artikel in der SchmerzLOS AKTUELL 1/2021:

### „Was hat Schmerz mit Achtsamkeit zu tun“? von Dr. Harald Lucius

Der Artikel hat mich als chronische Schmerzpatientin stark angesprochen, darum der Leserbrief!

„Schmerz x Widerstand = Leid“, das sagt so viel über uns Schmerzpatienten aus, ein Teufelskreis!

Widerstand gegen den Schmerz, weil nichts hilft, die Ärzte uns nicht verstehen und glauben!

Leid!

Wenn wir Glück haben und nach langem Suchen einen Arzt gefunden haben, der uns glaubt und zu einer Schmerztherapie überweist.

Wo wir nicht nur mit Medikamenten zugehörnt werden, sondern so wie Dr. Lucius in seinem tollen Artikel beschreibt, auch andere Wege aufzeigt.

Dass wir lernen, unseren Schmerz als Teil unseres Lebens zu akzeptieren. Mit Achtsamkeit.

Der chronische Schmerz ist da, aber er soll nicht unser Leben und Denken bestimmen.

Ablenken, Kurse belegen, wie achtsames Yoga, was ja besser als Medikamente oder Physiotherapie helfen kann.

Uns in Selbsthilfegruppen austauschen und uns gegenseitig Hilfestellung geben.

Die Tipps, Buchvorschläge und Internetseiten von Dr. Lucius sind tolle Anregungen.

Also sollten wir Schmerzpatienten MACHEN, uns das Beste für uns raussuchen und uns dafür Hilfe suchen.

Mein Tipp: Mit netten Menschen klönen, spazieren gehen, Entspannungsübungen, ein Buch lesen, moderaten Sport, Fünfe gerade sein lassen.....

Danke an Dr. Lucius für den tollen Artikel und das Augen öffnen, anders über den Schmerz zu denken und damit umzugehen.

Wer den Artikel nicht gelesen hat, kann das auf der Internetseite [www.uvsd-schmerzlos.de](http://www.uvsd-schmerzlos.de) nachholen.

Sabine Pump, Lübeck

# Informationen, die weiterhelfen



13

1. Gemeinsam gegen den Schmerz
2. Selbsthilfegruppen gründen und leiten
3. Schwerbehindertenausweis-Informationen für Antragsteller
4. Klinik-Entlassung! Und wie gehts weiter?
5. Notfall-Ausweis (95 x 73 mm)
6. Opioid-Ausweis (95 x 73 mm)
7. Schmerzen verstehen
8. Kopfschmerzen verstehen
9. Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie
10. CRPS (Morbus Sudeck)
11. Endometriose-Schmerzen verstehen
12. Gesichtsschmerzen verstehen
13. Schmerzkalender mit Schmerzskala

Schmerzskala

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen  
Sehr leichte Schmerzen  
Leichte Schmerzen  
Mittelschwere Schmerzen  
Schwere Schmerzen  
Sehr schwere Schmerzen  
Unbearbeitbare Schmerzen

Kalenderwoche	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
	01 02 03 04 05	06 07 08 09 10	11 12 13 14 15	16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30	31
Bemerkungen	Bemerkungen	Bemerkungen	Bemerkungen	Bemerkungen	Bemerkungen	Bemerkungen	Bemerkungen

Tragen Sie die jeweilige Kalenderwoche und das Datum ein. Ermitteln Sie anhand der Schmerzskala Ihre individuelle Schmerzstärke und übertragen Sie diesen Wert in die Tabelle. Notieren Sie unter Bemerkungen, was am dem Tag von Bedeutung ist: Positive Erlebnisse, Müdigkeit, Schlafstörung, Übelkeit oder Störung.

Verwenden Sie den Bestellschein auf Seite 25

## Zusendung von Info-Material

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:  
 Home Office Blücherstraße 4  
 23611 Bad Schwartau

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

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

## 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.

<p><b>SEPA-Überweisung/Zahlschein</b></p> <p>Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____</p> <p><b>Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)</b>                  SchmerzLOS e.V.</p> <p>IBAN                  DE78830654080004750187</p> <p>BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)                  GENODEF1SLR</p> <p><b>Vereinigung aktiver Schmerzpatienten</b></p> <p>Betrag: Euro, Cent _____</p> <p>Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen) _____ ggf. Stichwort _____</p> <p>PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen) _____</p> <p><b>Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)</b></p> <p>IBAN                  D E _____ 06</p> <p>Datum _____ Unterschrift(en) _____</p>	<p><b>Beleg für Kontoinhaber/Zahler-Quittung</b></p> <p>Konto-Nr. des Kontoinhabers _____</p> <p>Zahlungsempfänger                  SchmerzLOS e.V.</p> <p>IBAN                  DE78830654080004750187</p> <p>BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters                  GENODEF1SLR</p> <p>Betrag: Euro, Cent _____</p> <p>EUR</p> <p>Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name, PLZ und Straße des Spenders _____</p> <p>Kontoinhaber/Zahler: Name _____</p>
---	---

(Quittung bei Bareinzahlung)



53604 Bad Honnef	Odilia Linden • Tel: 01 77 - 4 51 10 19 • linden@honnef.schmerzlos-ev.de
23611 Bad Schwartau I + II	Dagmar Ewert • Tel: 0 45 25 - 25 75 • ewert@schwartau.schmerzlos-ev.de
51427 Bergisch Gladbach	Andrea Hübner • Tel: 01 72 - 2 10 95 85 • huebner@bergisch-gladbach.schmerzlos-ev.de Ulrich Klee • Tel: 0 22 11 - 6 80 46 04 • klee@schmerzlos-ev.de • Fibromyalgie-Gruppe
14089 Berlin I	MarTina Wegner • Tel: 01 76 - 51 06 36 30 • wegner@berlin.schmerzlos-ev.de
14089 Berlin II	Christiane Weiß • Tel: 01 78 - 6 72 97 82 • chrissi.shg@gmx.de
12203 Berlin III + IV	Ursula Austermann • Tel: 0 30 - 7 74 74 33 • austermann@berlin.schmerzlos-ev.de
10249 Berlin V	Michael Buchheim • Tel: 01 76 - 71 15 21 03 • fluss99@posteo.de
31675 Bückeburg	Martina Petter • Tel: 01 51 - 28 97 58 99 • petter@bueckeburg.schmerzlos-ev.de
94469 Deggendorf	SchmerzLOS SHG Deggendorf • Tel: 04 51 - 58 54 46 25 • info@schmerzlos-ev.de
85435 Erding	Heike Hopfinger • Tel: 0 15 20 - 7 42 27 26 • heike.hopfinger28@gmail.com
79098 Freiburg	SchmerzLOS SHG Freiburg • Tel: 04 51 - 58 54 46 25 • info@schmerzlos-ev.de
37075 Göttingen	Rosemarie Wenzel • Tel: 01 51 - 412 421 08 • wenzel@goettingen.schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg I	Esther Mohr • Tel: 01 76 - 57 07 58 11 • mohr@hamburg.schmerzlos-ev.de
22417 Hamburg III	Petra Maziol • Tel: 01 70 - 7 55 44 73 • maziol@hamburg.schmerzlos-ev.de
22041 Hamburg IV	Elisabeth-C. Stöck • Tel: 01 72 - 13 644 53 • stoeck60@gmx.de
30169 Hannover	Helge Libera • Tel: 05 11 - 5 36 67 70 • libera@hannover.schmerzlos-ev.de
21698 Harsefeld	Kai Begemann • Tel: 041 63 - 82 31 20 • begemann@harsefeld.schmerzlos-ev.de
87629 Hopfen am See	Claudia Hofmann • Tel: 01 51 - 12 40 56 73 • diahofmann70@gmail.com
24103 Kiel	Doris Piy • Tel: 04 31 - 12 80 78 52 • piy@kiel.schmerzlos-ev.de
76133 Karlsruhe	Ute Warnken • Tel: 07 21 - 49 52 91 • warnken@karlsruhe.schmerzlos-ev.de
51109 Köln	Ulrich Klee • Tel: 0 22 11 - 6 80 46 04 • klee@schmerzlos-ev.de
84034 Landshut	SchmerzLOS SHG Landshut • Tel: 04 51 - 58 54 46 25 • info@schmerzlos-ev.de
23560 Lübeck I	Sabine Pump • Tel: 04 51 - 28 17 98 • pump@schmerzlos-luebeck.de
23560 Lübeck II	Telefon-Kontakt über KISS Lübeck • 04 51 - 69 33 95 84 • gruppe2schmerzlosluebeck@gmail.com
84453 Mühldorf	Stephanie Breiteneicher • breiteneicher@muehldorf.schmerzlos-ev.de • CRPS-Gruppe
80339 München	SchmerzLOS SHG München • Tel: 04 51 - 58 54 46 25 • info@schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster I	Heike Norda • Tel: 0 43 21 - 5 33 31 • norda@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
24534 Neumünster II	Ellinor Kietzmann • Tel: 0 43 21 - 41 91 19 (ZKS) • kietzmann@nms.schmerzlos-ev.de www.neumuenster.schmerzlos-ev.de
94486 Osterhofen	SchmerzLOS SHG Osterhofen • Tel: 04 51 - 58 54 46 25 • info@schmerzlos-ev.de
24837 Schleswig	Claudia Doormann-Erken • Tel: 0 46 21 - 3 34 69 • info@schleswig.schmerzlos-ev.de.
49439 Steinfeld	Udo Schroeter • Tel: 01 77 - 7 64 65 58 • udo8791@gmail.com
21423 Winsen (Luhe)	SchmerzLOS SHG Winsen • Tel: 04 51 - 58 54 46 25 • info@schmerzlos-ev.de
<b>Österreich</b>	
A 5722 Niedernsill	Rosemarie Nill • Tel: +43 6 64 - 9 33 18 52 • morbus.sudeck@gmx.at • CRPS-Gruppe
A 2851 Steiermark	Mario Stoiser • Tel: +43 6 64 - 2 12 63 77 • teams@gmx.at • CRPS-Gruppe

# 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.