



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

nach Angaben der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. sind etwa 17% aller Deutschen von lang anhaltenden, chronischen Schmerzen betroffen – also mehr als 12 Millionen Menschen. Schmerzen sind nicht nur häufig, sondern auch teuer, denn sie erfordern stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und können zur Frühberentung führen. Entsprechend widmen auch wir uns in unserer Psychosomatischen Klinik der Behandlung von Somatoformen Störungen. Unser Ansatz des multidisziplinären Teams und die gute Vernetzung intern sowie extern kommen insbesondere auch an dieser Stelle zum Tragen.

Unsere Leitende Ärztin, Inés Frege, wird Sie in die Thematik einführen. Anschließend stellen unsere Physiotherapeutin, B. Kirschner, unser Therapeutischer Leiter der Psychosomatischen Abteilung, R. Hetzel, sowie unser Assistenzarzt, J. Laufer, unterschiedliche Bausteine der Schmerzbehandlung vor.

Auf der letzten Seite lernen Sie Elsa Logu kennen. Sie ist aus Albanien geflüchtet, weil sie zwangsverheiratet werden sollte und arbeitet seit gut einem Jahr in unserem Hauswirtschaftsteam.

Schließlich zeigt unsere Sporttherapeutin Tanja Ullitzner, dass man auch als Therapeutin nicht unbedingt vor seelischem Ausgebrannt sein, gefeiert ist. Über ihre Erfahrungen hat sie ein Buch geschrieben, das wir gerne vorstellen.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien im Namen meines gesamten Teams frohe Weihnachten und alles Gute für das kommende Jahr. Für uns wird es mit der Eröffnung der Frauenklinik für psychosomatisch und suchterkrankte Frauen (auch mit Begleitkindern) spannend weitergehen. Wir freuen uns auf weitere gute Zusammenarbeit, kollegialen Austausch, innovative Anregungen und erfolgreiche Behandlungen unserer Patienten.

Ihre Julia Domma-Reichert



SCHMERZEN

WARUM PATIENTEN MIT SOMATOFORMEN BESCHWERDEN IN DER REHABILITATION RICHTIG SIND!



I. Frege

Gebe ich in den Googletranslater die drei englischen Begriffe disease, illness und sickness ein, so bekomme ich immer das Wort „Krankheit“ als deutsche Übersetzung. Aber im Englischen sind diese Begriffe nicht deckungsgleich. Der Begriff „disease“ wird normalerweise von Ärzten oder Institutionen für eine Krankheit verwendet. Diese Krankheit ist definiert, dadurch, dass z.B. ein Organsystem nicht korrekt arbeitet oder geschädigt ist. Es gibt eine organische Ursache. Der Begriff „illness“ bezeichnet das subjektive Krankheitsgefühl unter dem ein Mensch leidet. „Sickness“ bezeichnet dann eher die Tatsache, dass die Erkrankung zu einem Fernbleiben am Arbeitsplatz führt oder zu einem „Nichtfunktionieren“ im gesellschaftlichen Kontext. Man könnte also auch von Krankheit, kranksein und Krankenrolle sprechen und dies macht deutlich, dass die drei

Begriffe nicht immer deckungsgleich sind, auch wenn wir sie im Deutschen nur mit dem Begriff „Krankheit“ übersetzen.

Wenn der Arzt keine spezifische organische Ursache (disease) findet, das individuelle Leiden des Patienten aber intensiv ist und auch mit einer hohen psychosozialen Beeinträchtigung einhergeht, fühlt der Patient sich krank (illness). Er nutzt dann teilweise ausgiebig das medizinische Versorgungssystem, um zu erfahren was er hat. Er wird „krankgeschrieben“, bzw. funktioniert nicht mehr in der Gesellschaft (sickness). Dies äußert sich dann auch darin, dass die Rehabilitation durchgeführt wird - auch mit dem Ziel einer Frühberentung.

Hier treffen dann zwei Bewertungssysteme aufeinander und stellen hohe Anforderungen an die Arzt-Patienten-Beziehung. Ärzte erleben diese Patienten als schwierig (weil die Beschwerden nicht über das Organische zu erklären sind) und die Folge ist, dass Patienten sich oft einen neuen Arzt suchen, der dann vielleicht was „Richtiges“ findet und sie „ernst nimmt“ in ihren Beschwerden. Es kommt somit zu Behandlungsabbrüchen, Arztwechseln und letztendlich zu einer Chronifizie-

rung der Beschwerden, weil diese nicht adäquat behandelt werden können.

Zur Historie der Erkrankung:

Historisch gesehen wurden schon 1859 Patienten mit verschiedenen „unerklärten körperlichen Symptomen“, wie Überempfindlichkeit für Berührungsreize (Hypästhesie), eine nicht-schmerzhafte Empfindung im Versorgungsgebiet eines Hautnervs (Parästhesie), eine Taubheit, Spasmen, Lähmungen; Anfälle etc. von Briquet beschrieben und als Briquet-Syndrom zusammengefasst. Dieses wurde im Kontext der Diskussion um die Hysterie gestellt. Das Briquet-Syndrom gilt als Vorläufer der Somatoformen Störung. Charcot machte dann die Beobachtung, dass z.B. Lähmungen oder sensible Ausfälle ohne organopathologische Veränderungen als funktionelle Störungen auftreten können, dass sich diese Beschwerden aber nicht an die Gesetzmäßigkeiten der Neuroanatomie halten, sondern das Krankheitskonzept des Patienten widerspiegeln. Also, dass z.B. die Taubheit nicht nur im Versorgungsbereich eines Nerven ist- oder aber nicht im ganzen Versorgungsbereich. In der Auseinandersetzung mit der Lehre zur Hysterie konzentrierten sich auch Breuer und Freud auf die Entste-



hung der Symptomenkomplexe und sie beschrieben diese Symptome als Konversionen. Also Konflikte in der Psyche, die zu unangenehm sind, als dass man sich diesen adäquat stellt. Hier werden die psychischen/ seelischen Konflikte auf die Organebene verschoben und werden dann z.B. als Schmerzen oder Lähmungen deutlich.

Im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV wird diese Art von Störung als somatoforme Störung verstanden und auch in der ICD 10 finden wir unter F45 die Somatisierungsstörung wenn es um körperbezogene Symptome wie z.B. Schmerzen, Durchfälle etc. geht. (F45: Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.)

Die somatoforme Störungen an sich:

Als somatoforme Störungen werden also körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurück-

führen lassen. Dabei stehen neben Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit und Erschöpfung, Schmerzsymptome an vorderster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, sexuellen und pseudo-neurologischen Symptomen. Somatoforme Symptome treten bei circa 80 Prozent der Bevölkerung zumindest zeitweise auf, gehen in der Regel von selbst vorüber und werden kaum beachtet. Bei einigen Personen (die Angaben über die Häufigkeit schwanken zwischen 4 und 20 Prozent) können sich diese Beschwerden aber chronifizieren und eine zentrale Rolle im Leben einnehmen. Sie gehören zu den häufigsten Störungsbildern bei Patienten von Allgemeinärzten und in Allgemeinkrankenhäusern. Mindestens 20 Prozent der Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, leiden an einer somatoformen Störung; aus stationären Abteilungen werden somatoforme Störungen in einer Häufigkeit von 10 bis zu 40 Prozent der Patienten berichtet. Häufig wird die Erkrankung erst spät erkannt und es vergehen oft Jahre, bis der Patient zum Psychotherapeuten überwiesen wird.

Die Kosten für die Behandlung dieser Personengruppe sind immens und liegen höher als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Behandlungsausgaben.

Diagnostik und Definition der somatoformen Störungen:

Die Definition der somatoformen Störungen und funktionellen Syndrome besagt, dass diese sich durch anhaltende oder häufig wiederkehrende, subjektiv als beeinträchtigend erlebte körperliche Beschwerden auszeichnen, für welche auch nach angemessener somatischer Diagnostik keine ausreichende Erklärung im Sinne einer kausalen Organpathologie gefunden werden kann. Somatoforme Beschwerden und Störungen sind in fast allen Bereichen der klinischen Medizin häufig zu beobachten.

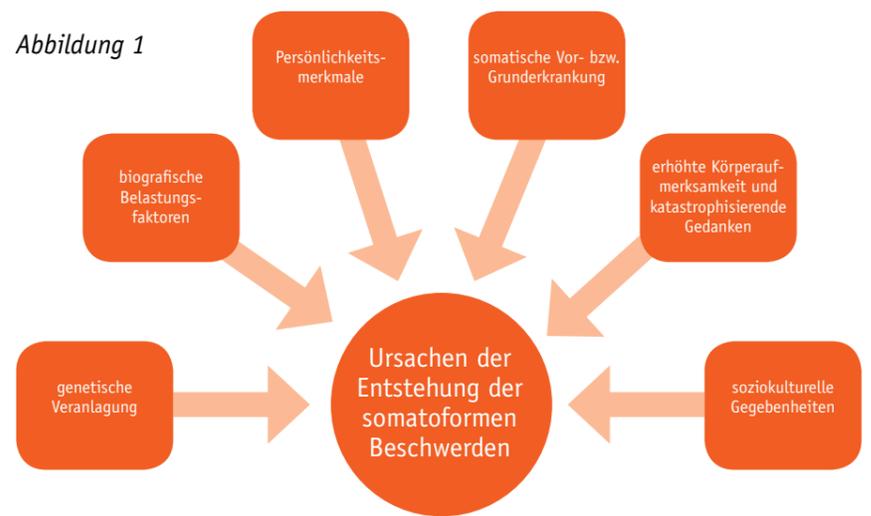
Die beklagten Beschwerden können meist einer von drei Hauptgruppen zugeordnet werden:

- Schmerzen an verschiedenen Stellen des Körpers, oft auch wandernd und verschieden beschrieben
 - o Ca. 70 % der Allgemeinbevölkerung klagten über Schmerzen

- Müdigkeit, Chronische Erschöpfung und reduzierte Belastbarkeit
 - o Ca 1% in der Allgemeinbevölkerung

Typischerweise gehen Patienten von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden aus. Nicht selten wird diese einseitige somatische Betrachtungsweise von den ärztlichen Behandlern, zumindest teilweise, übernommen. Dies führt in der Konsequenz häufig zu nicht indizierten und gelegentlich sogar risikoreichen und invasiven, zumeist jedoch frustrierten diagnostischen Maßnahmen, wiederholten und nicht indizierten Therapieversuchen und letztlich zu langwierigen Krankheitsverläufen. Zwar tritt bei der Hälfte bis drei Viertel der Patienten mit somatoformen Beschwerden mit der Zeit eine Besserung ein, jedoch ist bei 10 bis 30% eine zunehmende Verschlechterung zu beobachten. Ein prognostisch relevanter Faktor für den Verlauf

Abbildung 1



- funktionelle Störungen in verschiedenen Organsystemen (also das Organ an sich ist in Ordnung, aber die Funktion ist in irgendeiner Form gestört) wie „Unruhe“ des Herzens, Schwindel, Verdauungs- oder Empfindungsstörungen
 - o Ca. 20% in der Allgemeinbevölkerung klagten über einen Reizdarm

scheint die anfängliche Anzahl körperlicher Beschwerden zu sein. Komorbide Beschwerden stellen bei somatoformen Beschwerden und funktionellen Syndromen eher die Regel als die Ausnahme dar. Besonders das komorbide Auftreten von depressiven und Angstsymptomen ist als beinahe regelhaft anzusehen (30 bis 35%). Die Komorbiditätsrate mit Depressionen und Angststörungen ist höher als bei Patienten mit phänomenologisch vergleichbaren körperlichen Erkrankungen, für welche eine organische Ursache bekannt ist.

Die Komorbidität zu irgendeiner psychischen Störung betrug zwischen 55 und 59%. In deutschen bevölkerungsbasierten Studien zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Substanzstörungen und somatoformen Störungen, der jedoch in anderen Staaten nicht aufgezeigt werden konnte.

Die Ursachen die zur Entstehung der somatoformen Beschwerden führt sind multifaktoriell (Siehe Abbildung 1). Als Verhaltenstherapeuten nutzen wir kognitiv-behaviorale Modelle. In diesen Modellen steht oft die Neigung (des Pa-

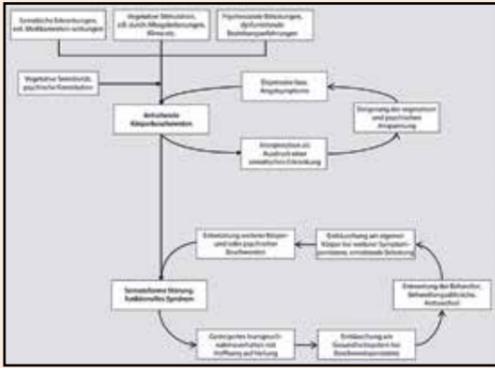
ÄTHERISCHE ÖLE IN DER SCHMERZTHERAPIE

Durch Einreibung haben ätherische Öle auf die Nozizeptoren der Haut eine schmerzlindernde Wirkung, indem sie Schmerzmediatoren ausschalten oder abschwächen. Zudem macht man sich über die Geruchswahrnehmung die sedierende bzw. euphorisierende Wirkung auf das limbische System zunutze. Auf diese Weise nimmt man Einfluss auf Emotionen und die Schmerzwahrnehmung. Bei **akuten Schmerzen** können z.B. Nelke, Zimt, Teebaum, Pfefferminze, Weihrauch, Cajuput, Geranie, Wintergrün und Lavendel angewendet werden. Diese beinhalten einen hohen Anteil an Monoterpene, Monoterpenole sowie Monoterpenoxide und wirken dadurch lokalanästhetisch. Bei **chronischen Schmerzen** wirken Öle mit sedierenden und spasmolytischen Eigenschaften sowohl zentral über das limbische System als auch an peripheren Nozizeptoren. **Serotonin** wirkt beruhigend und angstlösend (dämpft die Weiterleitung an das zentrale Nervensystem). Öle mit serotogener Eigenschaft sind z.B. Lavendel, Majoran, Neroli, Bergamotte, Vanille und römische Kamille.



Diese beinhalten einen hohen Anteil an Monoterpene, Monoterpenole sowie Monoterpenoxide und wirken dadurch lokalanästhetisch. Bei **chronischen Schmerzen** wirken Öle mit sedierenden und spasmolytischen Eigenschaften sowohl zentral über das limbische System als auch an peripheren Nozizeptoren. **Serotonin** wirkt beruhigend und angstlösend (dämpft die Weiterleitung an das zentrale Nervensystem). Öle mit serotogener Eigenschaft sind z.B. Lavendel, Majoran, Neroli, Bergamotte, Vanille und römische Kamille.

Andreas Jahrsdörfer



tienten) Körpersensationen als bedrohlich zu bewerten. Im Sinne einer somatosensorischen Amplifikation werden alltägliche Körpermissempfindungen, oder auch tatsächliche Symptome einer körperlichen Erkrankung, besonders beachtet. Diese Wahrnehmungen werden in katastrophisierender Weise interpretiert, begleitet durch eine erhöhte Sorgenneigung und durch Erwartungseffekte hinsichtlich künftig auftretender Beschwerden. Dadurch kommt es zu einer Aufmerksamkeitsfokussierung und in der Folge zu einem erhöhten psychophysiologischen Anspannungsniveau, welches wiederum die dysfunktional attribuierte Körperwahrnehmung verstärkt. Zu den aufrechterhaltenden Faktoren zählen neben diesen kognitiven und physiologischen Prozessen auch Verhaltensfaktoren wie die Vermeidung körperlicher Aktivität oder das Absuchen des Körpers nach Krankheitszeichen („checking behavior“) sowie soziale Faktoren wie z.B. ein Rentenbegehren (oder ein Berentungsprozess).

Was muss ich als Behandler beachten?

- ◆ Von Anfang an sollte auch darüber gesprochen werden, was ist, wenn sich keine körperlichen Ursachen finden; ggf. Vorbereitung auf möglicherweise ergebnislose somatische Diagnostik.
- ◆ Trotz der Gefahr, dass zu viel untersucht wird, muss hinreichend abgeklärt sein, dass es sich nicht um die Folgen einer körperlichen Erkrankung handelt.
- ◆ Die körperlichen Beschwerden sind für den Patienten spürbar. Er sollte die Gelegenheit bekommen auch seine körperlichen Beschwerden zu schildern. Dies sollte erstmal validiert (als vorhanden bestätigt) werden.
- ◆ Darüber hinaus sollten auch die Symptome der Angststörung und der Depression abgefragt werden.
- ◆ Man sollte hellhörig sein, auch für die nicht explizit geäußerten Beschwerden. Patienten fällt es oft leichter über den Körper zu reden als über psychische Probleme und brauchen den Einstieg ins Gespräch über körperliche Probleme.
- ◆ Die „Sprache der Körperbeschwerden“ sollte als einzige mögliche

Ausdrucksweise des Patienten verstanden werden.

- ◆ Wie immer sollte man als Behandler sich klar darüber sein, welche Gefühle man dem Gegenüber hat und inwieweit dies auch die Behandler-Patientenbeziehung beeinträchtigt.

Was ist für die Patienten hilfreich?

Zunächst einmal muss uns Behandlern klar sein, dass durch eine Überweisung zum Psychosomatiker, Psychiater oder Psychotherapeuten die Patienten sich häufig abgeschoben und in ihrem körperlichen Leiden nicht ausreichend ernst genommen fühlen. Viele Patienten befürchten, dass sie als Simulanten gesehen werden. Deshalb ist es wichtig, diese Idee anzusprechen und aktiv zu entkräften.

Es sollte nicht nur über negative Untersuchungsbefunde informiert werden, sondern plausible Erklärungsmodelle für Körperbeschwerden ohne ausreichende organische Ursache (erarbeitet und) vermittelt werden. Insgesamt sollte der Patient zu einem aktiven Umgang mit den Körperbeschwerden motiviert werden, da sich gestufte Ausdauerbelastung deutlich positiver auswirkt als Ruhe und Schonung. Patienten sollten regelmäßige Termine haben und auch gesehen werden, wenn sie keine körperlichen Beschwerden haben/ kurze unterstützende Kontakte (also nicht nur Zeit mit dem Behandler, wenn ein Problem existiert).

Ein Modell des „Sowohl als auch“ („Die Abnutzungen in der Schulter können schon Probleme machen, aber wie sie damit umgehen, kann auch von ihrer Stimmung beeinflusst werden“) statt eines „entweder-oder“ („Ist es nun körperlich oder alles nur Psyche?“) sollte bevorzugt werden.

Wegen der hohen Komorbidität sollte auch an eine medikamentöse Therapie gedacht werden. Diese kann nur unterstützend wirken und trotzdem kann sie die Behandlungserfolge verbessern. Auch hartnäckige Schlafstörungen sollten ggf. medikamentös mit nicht abhängigkeitsmachenden Medikamenten behandelt werden. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung somatoformer und funktioneller Störungen zeigt sich, dass kognitive Verhaltenstherapie wirksam ist und zu einer Reduktion der körperlichen Beschwerden führt.

Somit ist neben Ausdauersport die Psychotherapie der Königsweg zur Behandlung der somatoformen Störungen. Und hier kommt es dann auf eine gute Behandler-Patienten-Beziehung an, damit der Patient nicht von sich sagen muss: „Manchmal glaube ich, ich bin ein Hypochonder“ und wir antworten: „Ach was, das bilden sie sich nur ein“.

HIER EINIGE TIPPS AUS DER SALUS-HAUSAPOTHEKE








Lavendelherzauflege

Anwendung bei:

- Innere Unruhe
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Angst- und Panikattacken
- Erhöhter Puls
- Bluthochdruck

Sie benötigen:

- 2% Lavendelöl
- ein Leinentuch (z.B. Geschirrtuch)
- ein Handtuch

Durchführung:

Reiben sie die Herzgegend zwei Handflächengröße mit dem Lavendelöl ein; legen sie dann ein in kaltem Wasser eingetauchtes und ausgewrungenes Leinentuch, das sie in Din A4 Größe gefaltet haben auf die Herzgegend. Decken sie das ganze mit einem Handtuch ab, so dass die Kleidung bzw. das Bett nicht nass werden.

Anwendungsdauer: Mindestens 30 min.
Wenn sie damit einschlafen, ist dies auch in Ordnung.

Wir wünschen Ihnen eine gute Wirkung.



Crème mit Emulsan herstellen

Emulsan ist ein Emulgator, der vor allem für Cremes für trockene, empfindliche Haut geeignet ist.

Die Cremes mit Emulsan werden geschmeidig und blütenzart. Emulsan hinterlässt einen schützenden Film auf der Haut und hält die Feuchtigkeit der Haut, macht sie weich und zart.

Da Emulsan als Emulgator sehr robust ist, kann man in Emulsan-Cremes gut Zusatzstoffe wie Harnstoff oder Meersalz einarbeiten.

Hier folgt jetzt ein Grundrezept mit Emulsan.

Zutaten

- 20 ml Öl (z.B. Kokosöl)
- 4 g Emulsan
- 3-4 g Sheabutter
- 40 ml Wasser
- Ätherische Öle nach Geschmack und/oder Wirkung (max. 40 Tropfen für 100ml)

Anleitung

1. Utensilien bereitstellen
2. Vermische Öl, Konsistenzgeber und Emulgator in einem Glas zur Fettphase.
3. Gieße das Wasser in ein anderes Glas als Wasserphase.
4. Stelle beide Gläser in ein heißes Wasserbad.
5. Erhitze beide Gläser, bis die festen Bestandteile der Fettphase geschmolzen sind.
6. Gieße dann die Wasserphase nach und nach unter ständigem Rühren in die Fettphase.
7. Rühren, rühren, rühren, vor allem auch, wenn die Creme eine puddingartige Konsistenz annimmt. Man kann wahlweise mit der Hand rühren (Ich benutze einen Milchaufschäumer). Bei Verwendung des Milchaufschäumers kann man die warme Creme beim Rühren in ein kaltes Wasserbad stellen (dann geht das Abkühlen schneller.)
8. Rühren, bis die Creme auf Handwärme abgekühlt ist.
9. Dann wird es Zeit für die ätherischen Öle.
10. Tropf die ätherischen Öle, unter ständigem Rühren, in die Creme ein.
11. Füll die Creme in ein Tiegel um.
12. Verschließe den Salbentiegel und beschrifte ihn mit Inhalt und Datum.
13. Verschließe den Salbentiegel und beschrifte ihn mit Inhalt und Datum.

Wenn die Creme im Kühlschrank aufbewahrt wird, hält sie sich länger als ungekühlt.

PHYSIOTHERAPIE UND SCHMERZ



B. Kirschner

Der Umgang mit Schmerz in der Physiotherapie ist nicht unbekannt. Oft beginnen die Behandlungen erst spät bzw. in einem weit fortgeschrittenen Stadium, nämlich dann, wenn die Patienten erkennen, dass ihre Schmerzen über einen viel zu langen Zeitraum bestehen bleiben und sie diesen Zustand nicht mehr als „Normalzustand“ hinnehmen können oder wollen. Häufig sind in dieser Phase Patienten schon in ihrem Alltag eingeschränkt, über längere Zeit krankgeschrieben und/oder nur eingeschränkt in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen.

Behandelt werden in der Physiotherapie nicht die Schmerzen an sich, sondern schmerzauslösende oder dem Schmerz zugrunde liegende Funktionsstörungen.

Schmerzauslösende Funktionsstörungen können sein:

Muskulatur: Verspannungen, Triggerpunkte (Druckpunkte erhöhter Reizbarkeit im Muskel)

Wirbelsäule: segmentale Dysfunktion (Blockierung), segmentale Überbeweglichkeit

Gelenke: Überbeweglichkeit oder Blockierung einzelner Gelenke

Verkettungen: typische Kombinationen von Gelenk- und Wirbelsäulenblockierungen

Bindegewebe: Verquellungen, Verdickungen, Verhärtungen, fehlende Elastizität der Faszien

Innere Organe: Bewegungsstörungen

Nerven: Gleitstörungen

Häufig können diese Funktionsstörungen durch den Therapeuten gut behandelt werden, insbesondere akute

Schmerzen lassen prompt nach. Wichtig ist aber auch, nach den Entstehungsmechanismen dieser Funktionsstörungen zu suchen. Beispielsweise können dies körperliche Veränderungen sein wie Arthrosen, aber es können auch psychosoziale Einflüsse wie Daueranspannung durch Stress dazu führen, dass die Schmerzen nach zunächst erfolgreicher Behandlung wieder auftreten.

Dem Schmerz zugrunde liegende Funktionsstörungen:

- veränderte Bewegungsabläufe
- mangelnde muskuläre Stabilisation des Rumpfes und der Wirbelsäule
- Überbeweglichkeit (konstitutionelle Hypermobilität)
- mangelnde Kondition
- Verkettung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates

Wichtig ist also zu wissen, dass neben den schmerzauslösenden Funktionsstörungen auch immer die dem Schmerz zugrunde liegende Störung behandelt werden muss. Und nur wenn der Patient selbst aktiv wird und ein Selbsthilfeprogramm umsetzt, wird sich ein langfristiger Erfolg erzielen lassen.

Um Schmerzen zu behandeln werden häufig Maßnahmen angewandt, die selbst schmerzhaft und provokativ sein können. Verschiedene Wirkungsweisen sowie Erfahrungswerte von Therapeuten und auch den Patienten rechtfertigen den Einsatz dieser Techniken und erachten sie als notwendig. Allgemein werden schmerzhafte Behandlungen auf beiden Seiten akzeptiert und selten in Frage gestellt. Besonders zu erwähnen sind hier die Behandlungstechniken aus dem Bereich der manuellen Therapie mit Friktionen, Querdehnungen, Triggerpunktbehandlungen, Kapseldehnungen uvm.

Ein zentrales Element in der Behand-

lung, besonders in der Schmerzbehandlung stellt die Beziehung zwischen Therapeut und Patient dar. Ein wechselseitiges Vertrauen ist hier ebenso wichtig wie die Persönlichkeit des Therapeuten und seiner kommunikativen Fähigkeiten.

Diese Beziehung ist nicht immer einfach und erfordert viel Achtsamkeit und Empathie, um auch die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten an die Behandlung berücksichtigen zu können. Die Physiotherapie bietet den Schmerzpatienten zahlreiche Möglichkeiten, ihre Beschwerden zu beeinflussen und eine eingeschränkte Lebensqualität zu verbessern. Sie sollte daher frühzeitig genutzt werden.

Mit der Hilfe der Physiotherapie können u.a. Kraft, Ausdauer, Koordination und Gelenkbeweglichkeit verbessert werden. Schmerzmodulierende Verfahren sind beispielsweise aktive und passive Bewegungstherapie, die Lagerung, funktionelle Bewegungslehre, die lokale segmentale Stabilisation, das medizinische apparative Aufbautraining und darüber hinaus gibt es in der Schmerzbehandlung zahlreiche Therapiemöglichkeiten aus dem Bereich der manuellen Therapie, der Osteopathie, der Faszientechnik und der Triggerpunktbehandlung.

Grundsätzlich kann man Physiotherapie bei einerseits akuten und andererseits chronischen Schmerzen unterscheiden. Häufiger kommen die Therapeuten allerdings zum Einsatz, wenn es sich bereits um chronifizierte Schmerzzustände handelt. Generell kann eine physiotherapeutische Behandlung einen wichtigen Beitrag leisten, akute



und chronische Schmerzen zu vermindern bzw. einer Chronifizierung vorzubeugen.

Um alle beitragenden Faktoren zu den Schmerzen und das Ausmaß der Funktionseinschränkungen durch den Schmerz zu erkennen sowie eine sinnvolle Therapie einzuleiten, sind folgende Schritte notwendig:

- Befragung des Patienten und Betrachtung aller Einflußfaktoren
- Körperliche Untersuchung und Tests zur körperlichen Leistungsfähigkeit
- Fundierte Information und Beratung,

Zielvereinbarung mit den Betroffenen und Durchführung therapeutischer Maßnahmen.

Die Komplexität von Schmerzerkrankungen erfordert eine multimodale Therapie, also eine Kombination verschiedener Therapiebausteine, denn nur im interdisziplinären Austausch aller beteiligten Therapeuten kann es gelingen, der Vielschichtigkeit einer Schmerzerkrankung gerecht zu werden. Chronische Schmerzen müssen ganzheitlich behandelt werden mit dem Ziel, den Schmerz aus dem Schmerzgedächtnis zu löschen.

Das spezifische schmerztherapeutische Konzept beruht auf drei Haupttherapie-säulen:

Der Medizin

Der Psychotherapie

Der Physiotherapie

Physiotherapie bei akuten Schmerzen

Bei akuten Schmerzen kommt es drauf an, die Schmerzen zu lindern, die Heilung zu unterstützen und die körperliche Funktion wiederherzustellen. Als akuter Schmerz wird ein Schmerz verstanden, der infolge eines noxischen, d.h. eines potenziell gewebschädigenden Reizes auftritt, z.B. sind das plötzliche Schmerzen bei einem Bandscheibenvorfall, einem Sportunfall oder auch einer Blinddarmentzündung. Diese akuten Schmerzen haben eine Warnfunktion für den Körper, sichern das Überleben und sie können sehr gut behandelt werden. In der Regel klingen sie von selbst wieder ab und zeigen eine schnelle Tendenz zur Besserung. So gehen akute Rückenschmerzen in den meisten Fällen ohne besondere Behandlung zurück, bei 5-10 Prozent der Patienten kommt es allerdings zu einer Chronifizierung, so dass eine weitere Diagnostik und Therapie nötig ist. So kann mit muskeltonusregulierenden Maßnahmen, Entspannungsübungen, Atemtherapie, passivem Durchbewegen und entlastenden Lagerungen rasch Linderung geschaffen werden.

Physiotherapie bei chronischen Schmerzen

Wenn Schmerzen ohne einen typischen Auslöser fortbestehen und sich selbständigen, verliert der Schmerz seine Warnfunktion und es entsteht die sogenannte Schmerzerkrankung, die über Monate oder sogar Jahre andauern kann. Diese chronischen Schmerzen können eine unterschiedliche Qualität haben, mal stärker oder mal schwächer empfunden werden und die Ursachen dafür können körperlicher, psychologischer oder sozialer Natur sein. Schmerz kann selbst zu einer Erkrankung werden, auch wenn die körperliche Ursache nicht oder nicht mehr vorhanden ist. Dieses krankhafte Schmerzempfinden bezeichnet man auch als Schmerzgedächtnis und wird heute als eigenständige Erkrankung betrachtet.

Diese Erkrankung beeinträchtigt massiv die Lebensqualität der Patienten und verschlechtert sich im Laufe der Zeit. Mit Schmerzmitteln ist sie allein nicht mehr zu behandeln und bedarf stattdessen interdisziplinärer multimodaler Therapieansätze.

Chronische Schmerzen sind kein Normalzustand!!!!

In der Regel fangen Physiotherapeuten dann an zu behandeln, da die meisten Menschen viel zu spät erkennen, dass sich ihre Beschwerden nicht von allein verbessern. Sie kommen zur Therapie, wenn sie feststellen, dass sie ihrer beruflichen Tätigkeit nicht mehr ganz oder gar nicht mehr nachkommen können und wenn sie merken, dass die Schmerzen sich auf ihr psychisches und emotionales Erleben auswirken.

Der Patient hat Schmerzen, weil er krank ist und er ist nicht krank, weil er Schmerzen hat!

Die wichtigsten physiotherapeutischen Maßnahmen, die die schmerzauslösenden Funktionsstörungen beheben können sind folgende:

Aktive Maßnahmen (für den Patienten)

- Muskelaktivierung insbesondere Bauch und Rücken
- Stabilisation, insbesondere der Wirbelsäule

- Dehnungsübungen
- Übungen zur Verbesserung des Gleichgewichts und der Koordination
- Atemtechniken
- Aktive Entspannung
- Mobilisierungsübungen, um die endgradige Bewegungsmöglichkeit aller Gelenke wiederherzustellen bzw. zu erhalten.

Hier in der salus klinik werden diese Ziele neben vielen Sportangeboten z.B. auch in Gruppen wie Körper in Balance, Qi Gong, Koordination oder den Gelenkschulen angesteuert.

Passive Maßnahmen (für den Patienten)

- Funktionsstörungen der Muskulatur, des Bindegewebes, der Faszien und der inneren Organe werden mit Manueller Therapie und sogenannten Weichteiltechniken behandelt.

- Der Manualtherapeut kann durch Mobilisationen und Manipulationen die Beweglichkeit von Gelenken wiederherstellen und Blockierungen lösen.
- Die Faszientherapie kann erfolgreich angewendet werden bei Kopfschmerzen, Schwindel, Verwirrung, Reizbarkeit und Übelkeit, ebenso kann Kitzlichkeit, eine Neigung zu Muskelkrämpfen, Juckreiz und Einschränkungen bei der Atmung ein Hinweis darauf sein, dass die Faszien durch physikalischen oder chemischen Stress verdickt und strukturell verändert sind.

- Die Behandlung der Aufhängung der inneren Organe ist ebenfalls in Form von osteopathischen Verfahren mit in die manuelle Therapie eingeflossen.

Der Physiotherapeut behandelt nicht die Schmerzen, sondern die Funktionsstörungen, die die Erkrankung und die Schmerzen hervorrufen. Entscheidend ist daher eine genaue Befunderhebung.

Schmerzsyndrome mit zugrunde liegender Funktionsstörung sind häufig:

- LWS,- BWS,- und HWS-Beschwerden mit und ohne Bandscheibenvorfall
- Gelenkschmerzen durch arthrotische Veränderungen
- Muskelschmerzen, Fibromyalgie
- Kopfschmerzsyndrome, Migräne
- Karpaltunnelsyndrom
- Funktionelle Magen-Darm-Störungen
- Kiefergelenksbeschwerden

Abschließend ist es wichtig zu wissen, dass die Ursachen für Schmerzen häufig woanders liegen als da, wo sie auftreten.

Der Mensch ist eine Gliederkonstruktion und Fehlbewegungen dieser Glieder



durch Fehlstellungen, Arthrosen, Unfälle und Verletzungen usw. führen zu einer Fehlbelastung an anderer Stelle. Die daraus entstehenden Blockierungen z.B. an den Kopfgelenken können eine Minderdurchblutung verursachen und die daraus entstehenden Kopfschmerzen, Schwindel, Seh- und Hörstörungen oder gar Tinnitus werden nicht immer mit einer orthopädischen Ursache in Verbindung gebracht. Ein Physiotherapeut kann also dem Patienten helfen, seine Beschwerden langfristig loszuwerden, wenn er den Patienten als ganzen Menschen sieht und den Weg zur Schmerzfreiheit als gemeinsamen Weg betrachtet, den Patienten motiviert und fachlich sowie emotional unterstützt.

Am Ende des Weges steht ein wichtiges Ziel: Dass der Patient wieder vollkommen gesund ist und seinen Alltag selbstständig, schmerzfrei und ohne Probleme bewältigen kann.



J. Laufer

Seit Juli 2016 wird auch im suchtmittelmedizinischen Bereich der Klinik eine gesonderte schmerzmedizinische Beratung angeboten. Für einen nicht unerheblichen Prozentsatz unserer suchtmittelabhängigen Patienten ergeben sich zusätzliche schmerztherapeutische Fragestellungen, die nur durch eine gut koordinierte multiprofessionelle Zusammenarbeit zielführend zu bearbeiten sind. In der Auseinandersetzung mit dieser Patientengruppe zeigt sich ein meist unzureichender Aufklärungsstand über die erheblichen Gesundheitsschäden, die als Folge einer nicht indizierten dauerhaften Selbstmedikation mit frei verkäuflichen Schmerzmitteln wie Ibuprofen oder Diclofenac auftreten können. Auch der Suchtmittelkonsum unserer Patienten ist zwingend im Kontext einer möglichen Schmerzregulation zu explorieren, da für diese Patientengruppe eine flankierende schmerztherapeutische Behandlung einen sehr wichtigen Prognosefaktor im Hinblick auf die Suchtmittelabstinenz sowie ihre sozialmedizinische Prognose darstellt.

SCHMERZ-SPRECHSTUNDE IN DER SALUS KLINIK

Was passiert in der schmerzmedizinischen Sprechstunde?

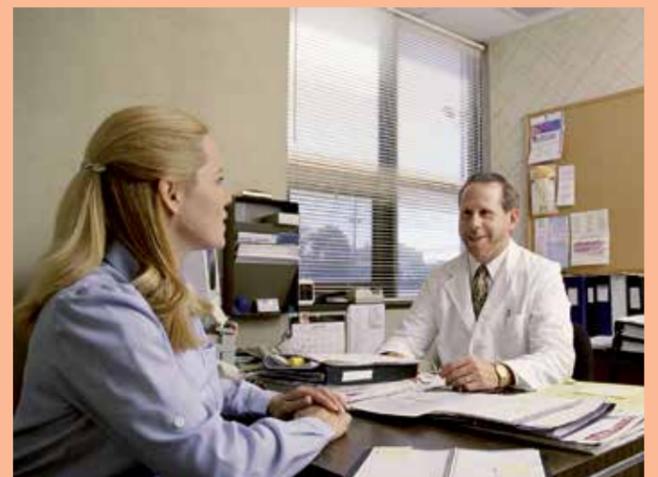
Bei jedem Patienten wird eine Schmerzanamnese erhoben und es erfolgt eine Differentialdiagnostik des Schmerzbildes im Hinblick auf das vorhandene Organkorrelat, ggf. auch unter Einbeziehung externer ärztlicher Kollegen sowie bildgebender Verfahren. Die Patienten sollten zudem ein Schmerztagebuch führen, um den Behandlungserfolg überprüfen zu können sowie verstärkende und lindernde Faktoren des Schmerzes zu identifizieren. Weiter erfolgt eine Aufklärung über Medikamenten-Fehlgebrauch und dessen langfristige gesundheitliche Risiken. Mit jedem Patienten werden zudem individuelle Optionen einer schmerzdistanzierenden antidepressiven Einstellung besprochen. Ziel ist das Erreichen eines für den Patienten akzeptablen Schmerzniveaus bei Aufrechterhaltung, oder sogar Verbesserung, der Alltagskompetenzen sowie der beruflichen Leistungsfähigkeit. Im Hinblick auf die Schmerzmittel-Dosis gilt auch hier der Leitsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“, um internistische und

psychiatrische Komplikationen, insbesondere bei Opiat-Medikamenten, zu vermeiden.

Die schmerzmedizinische Sprechstunde fungiert zudem als Vermittlungsstelle in die spezifische schmerztherapeutische Gruppentherapie unserer psychosomatischen Abteilung. Zudem tauschen wir uns regelmäßig mit unseren Kollegen der Physiotherapie sowie der physikalischen Therapie aus, um den körperlichen und psychischen Bedürfnissen dieser Patientengruppe gemeinsam gerecht zu werden und die notwendigen Behandlungskontingente zu koordinieren und anzupassen.

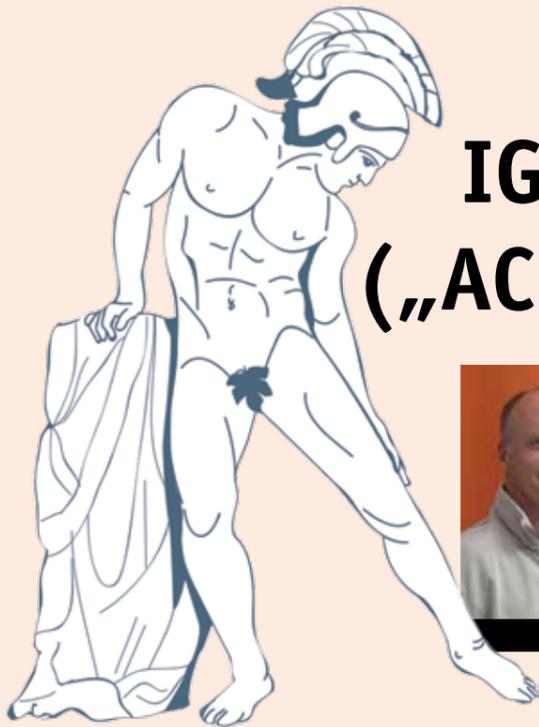
Für welche Patientengruppen ist die Sprechstunde sinnvoll?

Im Prinzip ist die Sprechstunde für alle Patienten, die aufgrund von körperlichen Erkrankungen mit Schmerzfokus bei Aufnahme länger krankgeschrieben waren und chronische Schmerzen als eine relevante Einschränkung bei der Durchführung ihrer alltäglichen sowie beruflichen Aufgaben empfin-



den. Die am häufigsten behandelten Diagnosen sind chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren, somatoforme Schmerzstörungen und Fibromyalgie sowie chronische Kopfschmerzsyndrome, unter denen häufig auch junge Patienten leiden. Zudem zeigen sich bei einem Teil unserer Patienten neuropathische Schmerzbilder im Zuge eines langjährigen Alkohol-Abusus und internistischer Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus.

Schmerztherapie erfordert viel Zeit, Geduld und personelle Ressourcen. Wir sind dabei den realen Bedarf zu erfassen, Erfahrungen zu gewinnen und entsprechende Maßnahmen für die Zukunft abzuleiten! Die Sprechstunde wird von unseren Patienten bis dato sehr gut angenommen und als deutliche Entlastung empfunden.



IG SCHMERZBEWÄLTIGUNG („ACHILLESGRUPPE“)



R. Hetzel

Ein weiterer Baustein der Schmerzbehandlung in der salus klinik Hürth ist die sog. „Achillesgruppe“, eine Indikativgruppe (IG) zur Schmerzbewältigung (1x/Woche 90 Minuten).

An der Achillesgruppe können alle Patienten mit chronischen Schmerzen teilnehmen, unabhängig davon, ob es sich um Schmerzen auf Grund einer Gewebeschädigung handelt (Arthritis, Tumor, Neuralgie usw.), einer funktionellen Störung (Kopfschmerz, Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie, unspezifischer Rückenschmerz o.ä.) oder Schmerzen, deren Entstehung und Aufrechterhaltung weitgehend erklärt werden durch eine psychische Problematik (z.B. durch affektive Störungen, Traumata). Die Indikativgruppe hat nicht das Ziel, die Schmerzen zu beseitigen, wenngleich dies eine häufige Erwartung und nachvollziehbarer Wunsch ist.

Ziel ist vielmehr eine differenziertere Wahrnehmung des gesamten Schmerz-

prozesses, vom Auslöser über die Schmerzverarbeitung bis hin zu (ggf. ungünstigen) Lebensgewohnheiten. Durch die kontinuierliche Anwendung der vermittelten Techniken sollen mittel- und langfristig die wahrgenommene Schmerzstärke und –häufigkeit gesenkt, die Belastbarkeit und die Lebenszufriedenheit erhöht werden. Sie folgt dazu der salutogenetischen Orientierung der Klinik und deren Selbstmanagement-Ansatz.

Fast immer ist es dazu erforderlich, die Teilnehmer zunächst für ein bio-psycho-soziales Modell zu öffnen, für ein ganzheitliches Krankheitsverständnis. Viele haben nämlich eine jahrelange Odyssee von schmerzbezogener medizinischer Anamnese und Apparatediagnostik hinter sich, nicht selten auch schwerwiegende operative Eingriffe, die aber die Schmerzen nicht immer lindern konnten. Dahinter steckt der (veraltete) Gedanke, dass Schmerzen stets auf eine körperliche Schädigung

zurückzuführen sind (vgl. Descartes ‚mechanischer Organismus‘ in ‚de homine‘ 1662). Diese noch weit verbreitete Überzeugung führt dazu, dass viele Schmerzpatienten erst sehr spät in psychotherapeutische bzw. schmerztherapeutische Behandlung kommen und die Verantwortung für die Linderung der Schmerzen beim Arzt sehen. Zudem herrscht entsprechend große Skepsis gegenüber dem Behandler (Zitat mehrerer Patienten: „ich habe doch keinen an der Waffel – meine Schmerzen sind doch da!“; „die konnten bisher nur nichts finden“).

Im Laufe der Zeit treten nämlich bei vielen Patienten vermehrt Ängste, Schuld- und Schamgefühle auf, weil sie vielleicht schon lange auf der Arbeit fehlen, den Haushalt/die Familie nicht mehr wie bisher versorgen können und insgesamt bei weitem nicht mehr so belastbar sind. Hinzu kommen dann Fragen aus dem sozialen Umfeld, die diese negativen Gefühle verstärken („geht es dir immer noch nicht besser?“; „man hat gar nichts gefunden im CT...?!“).

Die Lösung liegt dann oft darin, dass sich die Schmerzpatienten aus dem sozialen Raum zurückziehen, weniger aktiv sind, schließlich durch den ausgeprägten Verstärkerverlust ggf. an einer Depression erkranken.

Schmerzempfindungsskala SES, dem Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV, dem Screening für somatoforme Störungen SOMS, und dem Pain Disability Index PDI.

Zu Beginn werden – je nach Schmerzstörung – die Patienten eine Woche lang zum Führen eines **Schmerztagebuchs** motiviert. In dieses Tagebuch werden dreimal täglich die Schmerzstärke und weitere Einflussfaktoren



Weitere Themen der Schmerzbewältigungsgruppe (Auswahl):

Grundlegende somatische und psychophysiologische Zusammenhänge (Unterscheidung akuter vs. chronischer Schmerz, automatische Schmerzreaktion, Schmerzleitung, phylogenetischer Sinn von Schmerz, Beziehung zwischen Gefühlen und Gedanken usw.)

Entspannung. Rolle im Schmerzgeschehen; Erlernen/Vertiefen eines Entspannungsverfahrens

Stressbewältigung. Hier wird der Umgang mit Stressoren thematisiert, überhöhte Erwartungen an die eigene Leistung und Person sowie Möglichkeiten zur Entschleunigung und Reduzierung der Belastung in Beruf und Alltag. Körperwahrnehmung (Körperwanderung, „der gute Ort“), auch: Achtsamkeitsübungen

Konfliktbewältigungsstrategien. In diesem Kontext wird auch das Phänomen betrachtet, dass neben Traumata auch erlebte Kränkungen und Zurückweisungen einen starken Einfluss auf das Schmerzgeschehen haben können. Man geht heute davon aus, dass es im wahrsten Sinne schmerzhaft ist, wenn man Zurückweisungen erlebt. Als Grund vermutet man, dass es zu allen Zeiten für Menschen (überlebens-)wichtig war, zu einer Gruppe dazu zu gehören.

Körperliche Aktivität. Rolle der Muskulatur

Selbstfürsorge. Dazu gehören unter anderem die Fähigkeit, nein zu sagen, Pausen einzulegen und Belastungsgrenzen zu erkennen und zu akzeptieren. Aufmerksamkeitslenkung. Ablenkung zur Schmerzreduzierung funktioniert gut bei geringgradigen bis mittelstarken Schmerzen.

Schmerztoleranztraining. Dabei wird über die Applikation leichter Schmerzreize auf Muskeln (beispielsweise durch den Druck von Tennisbällen auf den Rücken in liegender Position) den Schmerzen ihre Bedrohlichkeit genommen und der Teufelskreis aus Erwartungsangst und Anspannung durchbrochen.

Eine weitere tradierte Überzeugung bei den meisten Gruppenteilnehmern ist die, dass eine Linderung von Schmerzen durch Schonung erzielt werden kann. Das trifft für akute Schmerzen zu und ist hier eine phylogenetisch sinnvolle, automatische Reaktion. Für den Bereich der chronischen Schmerzen ist es jedoch falsch, wie man durch die Schmerzforschung mittlerweile weiß. Im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte konnten immer weitere Faktoren ermittelt werden (vgl. Abb. 1), die Einfluss auf das Schmerzerleben haben und die (nur) in einem differenzierten bio-psycho-sozialen Zusammenhangsmodell adäquat abgebildet werden.

Was wird in der IG Schmerzbewältigung vermittelt?

Ansatzpunkte der Indikativgruppe zur Schmerzbewältigung sind die o.g. Aspekte des Schmerzgeschehens und –erlebens.

Vorbereitend erfolgen eine **Schmerzdiagnostik** mit dem Deutschen Schmerzfragebogen DSF und bei Bedarf ergänzenden Fragebogenverfahren wie der

notiert. Im Verlauf soll dies differenziert werden und neben Uhrzeit und Schmerzstärke insbesondere Auslöser, Stimmung, Beeinträchtigung und vor allem Gegenmaßnahmen und deren Effektivität erfasst werden.

Begleitend zur Gruppe bearbeiten die Patienten die **Teilnehmerunterlagen**, in denen die Umsetzung der vermittelten Techniken dokumentiert werden kann.

Ablauf der IG Schmerzbewältigung

Die Schmerzbewältigungsgruppe beginnt in der Regel mit einer **Befind-**

Abb. 1: Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben: Auswahl



Lichtkeitsrunde; bereits hier wird das Augenmerk auf die differenzierte Wahrnehmung von Gedanken und Gefühlen gelegt. Pauschale Äußerungen („mir geht es schlecht“) werden nach Möglichkeit genauer betrachtet. Anschließend werden die Hausaufgaben der **letzten Sitzung** besprochen, Veränderungen im Schmerzerleben, aber auch Hindernisse bei der Umsetzung von Techniken. Im **Hauptteil** der Sitzung wird eines der unten stehenden Themen (siehe Kasten) vertieft.

Im *Modul kognitive Techniken* beispielsweise werden dysfunktionale Kognitionen verändert, die meist hoch automatisiert sind. Sie erfordern in der Regel eine etwas höhere Introspektionsfähigkeit. Beispiele sind das ABC-Schema/die Spaltentechnik, Gedankenstopp-Übungen (z.B. mit

Punkten oder Gummiband), oder die Entkopplung von Gedanken und Schmerz via Vorstellungsübungen, mit denen bestimmte Hirnareale aktiviert werden. Vereinfacht formuliert kann die wiederholte gedankliche Vorstellung einer Bewegung (ohne Schmerz) bewirken, dass die Erwartungsangst reduziert wird und die Bewegung in der Realität neutraler, mit einer größeren Distanz wahrgenommen wird.

Abschließend werden aus den Inhalten der jeweiligen Stunde **Hausaufgaben** für die Patienten abgeleitet. Dies könnten hier beispielsweise die Anwendung einer Stopp-Technik sein, in anderen Modulen die Durchführung einer gewissen Anzahl von angenehmen Aktivitäten. Die Gruppe endet meist mit einer kurzen Entspannungs- oder Imaginationsübung.

Bei erfolgreicher Teilnahme an der Indikativgruppe Schmerzbewältigung haben die Patienten idealerweise einen fundierten Hintergrund über schmerzphysiologische und -psychologische Zusammenhänge erworben. Schmerzbewältigungstechniken funktionieren dann effektiv, wenn sie regelmäßig eingesetzt, also geübt werden. Erst dann können lange bestehende ungünstige kognitive, emotionale und behaviorale Muster gelöst und die bei chronischen Schmerzpatienten überhöhte Reagibilität des Alarmsystems Schmerz reduziert werden.



DER MEDIKAMENTENINDUZIERTER KOPFSCHMERZ

mittelinduzierten Kopfschmerz gestellt werden. Dabei scheint es nicht auf die Zahl der Dosisseinheiten pro Monat anzukommen, sondern auf die Zahl der Tage, an denen Medikamente eingenommen werden.

Praktisch entwickeln lediglich die Migräne- und Spannungskopfschmerzpatienten einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz. Patienten ohne primäre Kopfschmerzkrankung, die aus einer anderen Indikation regelmäßig Schmerzmittel oder migränespezifische Substanzen einnehmen, entwickeln keinen chronischen Kopfschmerz. Migränepatienten, die Triptane übergebrauchen, entwickeln entweder einen eher Migräneähnlichen täglichen Kopfschmerz oder einen signifikanten Anstieg ihrer Attackenfrequenz.

Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Migräne- und Spannungskopfschmerzpatienten per se ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Begleiterkrankungen haben. Das Risiko für die Entwicklung einer Depression bzw. einer Angst-/Panikstörung ist für Patienten mit Migräne statistisch signifikant erhöht.

Stellt sich ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz heraus, planen wir gemeinsam mit dem Patienten das weitere therapeutische Vorgehen. Basis jeder Entzugstherapie ist die ausführliche Aufklärung der Patienten über den Teufelskreis, der sich meist über Jahre schleichend entwickelt hat.

Grundsätzlich kann der Entzug ambulant oder stationär durchgeführt werden; eine ambulante Entzugsbehandlung erfordert einen stets hochmotivierten Patienten. Stationäre Entzüge sind vor allem bei den Patienten angezeigt, die bereits bei früheren ambulanten Entzugsbehandlungen gescheitert sind, die eine mittelschwere bis schwere depressive Störung aufweisen

oder bei denen es notwendig erscheint, sie gezielt aus dem häuslichen Umfeld herauszunehmen. Patienten, die Opioide oder Benzodiazepine missbräuchlich einnehmen, sollten zur besseren Überwachung vorzugsweise stationär entzogen werden.

Im Vordergrund bei Analgetika und migränespezifischen Medikamenten steht das abrupte Absetzen aller Schmerzmittel mit einer Einnahmepause von mind. 4 Wochen an erster Stelle. Die Patienten werden über die typischen Entzugssymptome, wie Entzugskopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, arterielle Hypotonie und Neigung zu Orthostase, Tachykardie, Schlafstörungen,



Nervosität und Unruhe aufgeklärt. Es gibt bislang keine gesicherten Behandlungsstrategien, die das Auftreten von Entzugskopfschmerzen und anderen Entzugssymptomen verhindern oder abschwächen können.

Behandlungsmöglichkeiten stellen kortisonhaltige Präparate und Antiemetika dar. Gewisse Entzugssymptome können durch die frühzeitige Einleitung einer gezielten Prophylaxe mit Antidepressiva (Trizyklika) oder Antikonvulsiva (Topiramate) gemildert werden. Zur Schmerzlinderung erhalten die Patienten unterstützend während der Behandlung zudem Akupunktur, Rotlicht und Massage.

Um den Erfolg der Entzugstherapie mittel- und langfristig zu sichern, werden unsere Patienten zudem zur Anwendung nicht-medikamentöser Therapieverfahren, wie aeroben Ausdauersport und Entspannungsverfahren ermuntert und über Schmerz- und Stressbewältigungsstrategien aufgeklärt. Bestehende Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen werden begleitend behandelt.

Für die Zeit nach dem Entzug sollte unbedingt eine maximale Einnahmehöhe von Schmerzmitteln festgelegt werden, z. B. 8 Einnahmetage pro Monat.



L. Rosenke



A. Hess

Bei chronischen oder häufigen Kopfschmerzen, einem Symptom, das bei unseren Patienten häufig vorkommt, gilt es im Rahmen der Anamnese auf den Medikamentengebrauch ein Augenmerk zu legen.

Der Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch (MOH) entwickelt sich durch regelmäßigen Gebrauch von Schmerzmitteln, Triptanen oder anderen Kopfschmerz-Akuttherapeutika auf dem Boden einer primären Kopfschmerzkrankung, wie zum Beispiel einer Migräne oder eines Spannungskopfschmerzes. Es hat sich gezeigt, dass praktisch alle Akut-Schmerzmittel und migränespezifischen Substanzen, aber auch Opioide zur Entwicklung von Dauerkopfschmerzen führen können.

Schon in der medizinischen Anamnese erfragen wir im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung die Schmerzmittelaufnahmegegewohnheiten und klären über die Folgen eines Übergebrauchs auf. In den meisten Fällen geben die Patienten die mitgebrachten Schmerzmittel in der Medizinischen Station ab. Auf Anordnung des behandelnden Bezugsarztes werden die Medikamente bei Bedarf ausgegeben. Der Bezugssarzt kann sich aus der Dokumentation der Medizinischen Station ein Bild über die Häufigkeit und die Einnahmegewohnheiten des Patienten verschaffen und es mit dem Patienten besprechen. Um Einflussfaktoren auf die Schmerzintensität und -häufigkeit herauszufinden, wird von uns zusätzlich das Führen eines Kopfschmerztagebuchs empfohlen. Eintragungen über Qualität und Intensität sowie Begleiterscheinungen können hier festgehalten werden.

Bei Patienten, die an mindestens 10 Tagen pro Monat Triptane, Opioiden oder Kombinationsanalgetika einnehmen bzw. an 15 Tagen pro Monat Analgetika, wie Ibuprofen, Paracetamol oder Novalgin (über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten) einnehmen, muss der Verdacht auf einen schmerz-



BURNOUT BEI MÜTTERN



T. Ulitzner

„87% alle Mütter, die 2015 an einer Kurmaßnahme in einer vom Müttergenesungswerk anerkannten Klinik teilnahmen, litten an einem Erschöpfungssyndrom bis hin zum Burnout. Laut Frau Schilling, Geschäftsführerin vom Müttergenesungswerk, hat sich die Diagnose in den vergangenen 15 Jahren fast verdoppelt. Die Erwartungen an eine Mutter sind heute deutlich höher als früher. Erziehungsarbeit, Hausarbeit, Arbeiten gehen und ständig für die Familie verfügbar sein, zählen zu dem Idealbild einer Mutter. Dabei gehen viele Mütter weit über ihre Grenzen. Die Not in der Gesellschaft ist kaum sichtbar und wird gerne individualisiert. Mütter wollen funktionieren und versuchen daher, die Fassade aufrechtzuerhalten. Sie nehmen die Aufgaben an und wollen sie sogar noch toppen, weil sie eine gute Mutter sein wollen. Dass sie sich damit an den Rand der Erschöpfung bringen oder sogar darüber, gestehen sie sich nicht zu. Eine Auszeit vom aufreibenden Alltag mit kleinen Kindern wird uns Müttern selten zugestanden – am wenigsten von sich selbst. Mütter warten definitiv zu lange, bis sie sich Unterstützung suchen. Ich persönlich bin 2012 unter meinen Ansprüchen als Mutter zusammengebrochen und habe mir eine Auszeit in einer psychosomatischen Rehaklinik genommen. Die Symptome des Burnouts, von depressiven Verstimmungen, Gereiztheit, Ängste und Schlaflosigkeit waren zu heftig, um den alten Weg weiter zu begehen. Ich brauchte eine Pause, in der ich wieder zu mir kommen konnte, Lebensfreude zurück gewonnen habe und nicht mehr nur als Mutter,

Partnerin und Hausfrau funktionierte. Meine fünfwöchige Kur brachte mir Erholung, neue Erkenntnisse und ebnete mir den Weg zurück in ein zufriedenes, glückliches Leben. Darüber habe ich unter meinem Mädchennamen Tanja Bräutigam jetzt ein Buch geschrieben: „5 Wochen Rabenmutter“.

Ich möchte mit diesem Buch auf psychische Krankheiten unter Müttern aufmerksam machen, Müttern Wege aufzeigen sich Hilfe und Unterstützung zu suchen und gerne auch Mut schenken, dass es sich lohnt, seinen roten Faden im Leben wieder aufzunehmen.



Ich wünsche mir, dass mein offener Umgang mit der Krankheit anderen Frauen hilft, gar nicht erst in die „Mama-Falle“ zu geraten. Und ich hoffe sehr, dass mein Buch dazu beiträgt, dass die Gesellschaft mehr Verständnis für Menschen mit psychischen Krankheiten zeigt.

Mehr Infos, Beratung und Unterstützung erhalten betroffene Mütter unter www.muetergenesungswerk.de sowie in der salus klinik Hürth, Argeles-sur-Mer-Straße 5, Hürth, Tel.-Nr. 02233-80810

AUSBLICK:

Auch in 2017 findet wieder unsere

FORTBILDUNG ZUM „GESUNDHEITS-COACH“

in der salus klinik Hürth statt.

Diese dient als wichtige Zusatzqualifikation, in welcher Sie u.a. grundlegende Kenntnisse über betriebsrelevante psychische Störungen und deren Auswirkungen am Arbeitsplatz erwerben. Erforderliche Handlungsstrategien des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, Grundlagen des Arbeitsrechts und mögliche, juristisch abgesicherte Vorgehensweisen in Krisensituationen bilden darüber hinaus eine logische Weiterqualifikation bereits tätiger Betrieblicher Suchtkrankenhelfer.

Der genaue Termin:

- 08.-12. Mai 2017

Anmeldungen über die Anmeldeformulare, per Fax 02233 - 8081-888, per E-Mail: s.fisch@salus-huerth.de oder per Post: salus klinik Hürth Frau Sandra Fisch Willy-Brandt-Platz 1 50354 Hürth



AUSBILDUNG „BETRIEBLICHER SUCHTKRANKENHELPER“

Auch im kommenden Jahr starten wir in einen neuen Ausbildungsgang, welcher in drei Ausbildungsblöcke aufgeteilt ist:

- 09. - 11. Januar 2017
- 06. - 08. März 2017
- 02. - 05. Mai 2017

Der Suchtkrankenhelfer in seinem betrieblichen Wirkungsfeld steht im Fokus und wird auf die strukturellen und juristischen Bedingungen des Betriebes vorbereitet.

Durch diese Ausbildung werden optimale Bedingungen geschaffen, möglichst frühzeitig, effektiv und kostensparend in einen sonst zerstörerischen Suchtprozess einzugreifen.



Sollte Ihr Interesse an unserer Ausbildung geweckt sein, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung: s.fisch@salus-huerth.de oder i.schueler@salus-friedrichsdorf.de. Weitere Informationen finden Sie auch unter: www.salus-huerth.de oder www.fit-friedrichsdorf.de

Weitere Informationen finden Sie unter: www.salus-kliniken.de/huerth/veranstaltungskalender

IMPRESSUM

Herausgeber:
salus klinik Hürth
Willy-Brandt-Platz 1
50354 Hürth



Redaktion:
Dr. Julia Domma-Reichart, Sandra Fisch

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Dr. Julia Domma-Reichart, Inés Frege, Bettina Kirschner, Julian Laufer, Rolf Hetzel, Anja Hess, Lena Rosenke, Frank Wickert-Meuser, Tanja Ulitzner

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:
Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de

Von Albanien nach Hürth

Elsa Logu ist 23 Jahre alt und Mitarbeiterin in der Hauswirtschaft in der Salus-Klinik in Hürth. In ihrem Heimatland Albanien studierte sie Englisch für Lehramt. Doch dann musste sie das Studium abbrechen. Sie floh und ließ ihre Familie zurück.

Wann sind Sie aus Ihrem Heimatland Albanien geflohen?
Im Jahr 2013.

Sind Sie allein gekommen?
Nein, zusammen mit meinem Mann, den ich kurz vorher geheiratet hatte.

Was war der Grund über Flüchtling?
Persönliche und familiäre Gründe. Ich bin kein Kriegsflüchtling. Mein Titel ist Wirtschaftsfachflüchtling. Albanien gilt als sicheres Drittland.

Wo war in Deutschland Ihre erste Aufenthalt?
Das war Dortmund. Da wurde der erste Status aufgenommen.

Wie wurden Sie dort aufgenommen?
Es waren chaotische Zustände in der Erstaufnahme. Die Mitarbeiter konnten wenig Englisch, somit war eine Kommunikation nur mit Händen und Füßen möglich. Und dann ging die Bürokratie los.

Können Sie das genauer beschreiben?
Im ersten Formular mussten wir persönliche Angaben machen, bis hin zu gesundheitlichen Angaben. Wir wussten zwischen Dortmund und anderen Aufenthaltsorten innerhalb von Nordrhein-Westfalen hin und her. Jedes Mal mussten wir dieselben persönlichen Angaben machen.

Wie war dann der weitere Weg?
Erstaufnahme in Dortmund, danach Weitervermittlung nach Uena, nach zirka zwei Wochen Rückkehr nach Dortmund, erneute Dokumentation der persönlichen Daten, dann Weiterreise nach Hürth/Solingen. Nach mehrmaligen Reisen zwischen Uena und Dortmund, kehrte ich wegen meiner Personaldaten nach Dortmund zurück. Von Hürth wurden wir nach Hürth verlegt. Erneutes Anlegen von Personalien, Unterbringung im Asylbewerberheim, Hürth.

Wo haben Sie Deutsch gelernt?
In eigener Initiative habe ich Sprachkurse für mich und meinen Partner gesucht und erfolgreich durchgemacht. Wegen Überfüllung des Sprachkurses habe ich den Kurs für das Sprachniveau A1 abgebrochen. Später habe ich einen Sprachkurs B1 absolviert.

Wie haben Sie Ihren Arbeitsplatz gefunden?
Nach dem Praktikum absolvierte ich einen Sprachkurs B2 und machte ein weiteres Praktikum in einer Grundschule als Assistentin. Im August 2015 beantragte ich erstmals ein Arbeitserlaubnis. Diese wurde für ein Jahr genehmigt. Durch Vermittlung von Frau Frege kam ich in der Salus-Klinik im Bereich Hauswirtschaft ins Arbeitsleben einmünden. Die Arbeitserlaubnis wurde im Laufe des Jahres um ein weiteres Jahr verlängert. Die Arbeitserlaubnis ist immer gebunden an Betrieb und Gültigkeit des Arbeitsvertrages.

Wie war der Start in der Salus-Klinik und wie empfanden Sie den Aufenthalt?
Am Anfang fiel es schwer. Die Mitarbeiter waren aber sehr nett. Verständigung untereinander verlief gut. Ich beherrsche deutsche Tagenden wie Plinketschen und Ehrlichkeit. Anfangs war ich etwas schüchtern. Grund dafür war unter anderem der Wechsel zu einer anderen Religion und Kultur.

Die fachliche Einarbeitung wurde durch die HWL begleitet. Es gab einen Einarbeitungsleitfaden, der auf Mitarbeiter mit ausländischen Wurzeln angelegt ist. Ich konnte nach dem ersten Jahr fragen stellen, die ich habe, nicht nur fachlich, sondern auch persönlich. Ich werde von der Leitung und auch den Kollegen und Kolleginnen stets unterstützt.

Wie fühlen Sie sich jetzt an ihrem Arbeitsplatz?
Ich fühle mich gut aufgenommen und als vollwertiges Mitglied der Hauswirtschaft. Ich fühle mich in der Hauswirtschaft wohl, es ist aber nicht mein Traumjob. Die Arbeit mache ich gerne und sorgfältig. Mein Wunsch wäre es, im Bereich Pflege zu arbeiten. Ich nutze aber trotzdem meine Chance in der Hauswirtschaft, um wirtschaftlich auf eigenen Beinen zu stehen.

Wie ist der Aufenthaltsstatus jetzt in Deutschland?
Ich bin nur geduldet.

Sie haben einen Antrag auf Aufenthaltsgenehmigung gestellt. Können Sie erklären, wie das abläuft?
Mit Unterstützung von Freunden haben wir gemeinsam einen Antrag auf Aufenthaltsgenehmigung gestellt. Bei der ersten Beantragung wurde dieser abgelehnt. Es wurde mit Unterstützung einer Fachanwältin Einspruch eingelegt. Wir haben den Termin beim Gericht erhalten. Die Anhörung wurde durchgeführt. Ich habe bei Gericht selbst übersetzt, da ich habe bei Gericht selbst übersetzt. Der Dolmetscher sagte gut übersetzt konnte. Dies machte einen großen Eindruck vor Gericht.

Eine erneute Überprüfung des Falles wurde mit dem Richter vereinbart. Ich sollte mein Deutsch verbessern und eine Arbeitsstelle suchen. Dass ich in der Salus-Klinik arbeite, wusste der Richter. Ich glaube dem Richter ging es um einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Einen unbefristeten Arbeitsvertrag kann die Klinik mir aber nicht geben, da die Arbeitserlaubnis immer nur für ein Jahr gültig ist. Nach drei Monaten hatte ich den nächsten Termin.

Ich habe dann eine eigene kleine Wohnung mit meinem Mann bezogen. Da ich gerne in der Pflege arbeiten möchte, habe ich einen Ausbildungsplatz als Krankenträgerin gesucht und auch gefunden. Der Ausbildungsvertrag war unterschrieben. Die Ausländerbehörde stimmte aber nicht zu. Beim nächsten Gerichtstermin erreichte ich bei der Befragung 3 von 5 Punkten. Dies genigte dem Richter aber nicht, um eine Aufenthaltsgenehmigung zu erteilen. Der Richter äußerte sich dazu, dass Albanien ein sicheres Land sei. Dann wurde mit Unterstützung von Frau Frege und dem gesamten Hauswirtschaftsamt ein Antrag an die Härtefallkommission gestellt. Die Entscheidung steht noch aus (Stand September 2016). Sie wird voraussichtlich innerhalb der nächsten zwölf Monate getroffen.

Frau Logu erzählen Sie über noch etwas über Ihre Lebensumstände in Deutschland?
Ich musste mich einer mir fremden Kultur anpassen. Als erstes wechselten wir, mein Ehepartner und ich, die Religion (vom Islam zum Christentum). Dort fanden wir ein Stück Geborgenheit und auch Freunde. Wir kennen dort auch Frau Frege kennen, die den Kontakt zu meinem jetzigen Arbeitsplatz herstellte. Ich bin für die viele Hilfe sehr dankbar. Unsere Essensweise verändert sich und wir probieren gerne Neues aus. Wir genießen unsere Zeit in Deutschland. Durch meine neue Offenheit und die Veränderungen, die ich auf mich genommen habe, ist mir die Integration gelungen.

Vielen Dank, dass Sie so offen über Ihre Erfahrungen gesprochen haben.

Das Interview führte Frank Wickert-Meuser, Leiter der Hauswirtschaft der Salus-Klinik in Hürth.

26 Infodienst 5/16

SOZIALES ENGAGEMENT IN DER SALUS KLINIK

Während des Sprachkurses habe ich ein Praktikum in der Salus-Klinik im Bereich Empfang gemacht. Das hat mir Inés Frege vermittelt, die wir durch die Kirche kennengelernt hatten. Sie ist leitende Ärztin der Psychosomatik in der Salus-Klinik.

Wie kam der Kontakt zur Klinik?
Mein Partner und ich sind in Deutschland zum christlichen Glauben konvertiert.

Wie ging es weiter?
Nach dem Praktikum absolvierte ich einen Sprachkurs B2 und machte ein weiteres Praktikum in einer Grundschule als Assistentin. Im August 2015 beantragte ich erstmals ein Arbeitserlaubnis. Diese wurde für ein Jahr genehmigt. Durch Vermittlung von Frau Frege kam ich in der Salus-Klinik im Bereich Hauswirtschaft ins Arbeitsleben einmünden. Die Arbeitserlaubnis wurde im Laufe des Jahres um ein weiteres Jahr verlängert. Die Arbeitserlaubnis ist immer gebunden an Betrieb und Gültigkeit des Arbeitsvertrages.

Wie war der Start in der Salus-Klinik und wie empfanden Sie den Aufenthalt?
Am Anfang fiel es schwer. Die Mitarbeiter waren aber sehr nett. Verständigung untereinander verlief gut. Ich beherrsche deutsche Tagenden wie Plinketschen und Ehrlichkeit. Anfangs war ich etwas schüchtern. Grund dafür war unter anderem der Wechsel zu einer anderen Religion und Kultur.

Die fachliche Einarbeitung wurde durch die HWL begleitet. Es gab einen Einarbeitungsleitfaden, der auf Mitarbeiter mit ausländischen Wurzeln angelegt ist. Ich konnte nach dem ersten Jahr fragen stellen, die ich habe, nicht nur fachlich, sondern auch persönlich. Ich werde von der Leitung und auch den Kollegen und Kolleginnen stets unterstützt.

Wie fühlen Sie sich jetzt an ihrem Arbeitsplatz?
Ich fühle mich gut aufgenommen und als vollwertiges Mitglied der Hauswirtschaft. Ich fühle mich in der Hauswirtschaft wohl, es ist aber nicht mein Traumjob. Die Arbeit mache ich gerne und sorgfältig. Mein Wunsch wäre es, im Bereich Pflege zu arbeiten. Ich nutze aber trotzdem meine Chance in der Hauswirtschaft, um wirtschaftlich auf eigenen Beinen zu stehen.

Wie ist der Aufenthaltsstatus jetzt in Deutschland?
Ich bin nur geduldet.

Sie haben einen Antrag auf Aufenthaltsgenehmigung gestellt. Können Sie erklären, wie das abläuft?
Mit Unterstützung von Freunden haben wir gemeinsam einen Antrag auf Aufenthaltsgenehmigung gestellt. Bei der ersten Beantragung wurde dieser abgelehnt. Es wurde mit Unterstützung einer Fachanwältin Einspruch eingelegt. Wir haben den Termin beim Gericht erhalten. Die Anhörung wurde durchgeführt. Ich habe bei Gericht selbst übersetzt, da ich habe bei Gericht selbst übersetzt. Der Dolmetscher sagte gut übersetzt konnte. Dies machte einen großen Eindruck vor Gericht.

Eine erneute Überprüfung des Falles wurde mit dem Richter vereinbart. Ich sollte mein Deutsch verbessern und eine Arbeitsstelle suchen. Dass ich in der Salus-Klinik arbeite, wusste der Richter. Ich glaube dem Richter ging es um einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Einen unbefristeten Arbeitsvertrag kann die Klinik mir aber nicht geben, da die Arbeitserlaubnis immer nur für ein Jahr gültig ist. Nach drei Monaten hatte ich den nächsten Termin.

Ich habe dann eine eigene kleine Wohnung mit meinem Mann bezogen. Da ich gerne in der Pflege arbeiten möchte, habe ich einen Ausbildungsplatz als Krankenträgerin gesucht und auch gefunden. Der Ausbildungsvertrag war unterschrieben. Die Ausländerbehörde stimmte aber nicht zu. Beim nächsten Gerichtstermin erreichte ich bei der Befragung 3 von 5 Punkten. Dies genigte dem Richter aber nicht, um eine Aufenthaltsgenehmigung zu erteilen. Der Richter äußerte sich dazu, dass Albanien ein sicheres Land sei. Dann wurde mit Unterstützung von Frau Frege und dem gesamten Hauswirtschaftsamt ein Antrag an die Härtefallkommission gestellt. Die Entscheidung steht noch aus (Stand September 2016). Sie wird voraussichtlich innerhalb der nächsten zwölf Monate getroffen.

Frau Logu erzählen Sie über noch etwas über Ihre Lebensumstände in Deutschland?
Ich musste mich einer mir fremden Kultur anpassen. Als erstes wechselten wir, mein Ehepartner und ich, die Religion (vom Islam zum Christentum). Dort fanden wir ein Stück Geborgenheit und auch Freunde. Wir kennen dort auch Frau Frege kennen, die den Kontakt zu meinem jetzigen Arbeitsplatz herstellte. Ich bin für die viele Hilfe sehr dankbar. Unsere Essensweise verändert sich und wir probieren gerne Neues aus. Wir genießen unsere Zeit in Deutschland. Durch meine neue Offenheit und die Veränderungen, die ich auf mich genommen habe, ist mir die Integration gelungen.

Vielen Dank, dass Sie so offen über Ihre Erfahrungen gesprochen haben.

Das Interview führte Frank Wickert-Meuser, Leiter der Hauswirtschaft der Salus-Klinik in Hürth.

Infodienst 5/16 27