

FIBROMYALGIE

NACHRICHTEBLÄTTCHEN



Ausgabe 06 / 2009

Das aktuelle „Fibromyalgie-Nachrichteblättchen“ ist auch online im Internet auf unserer Homepage unter <http://www.fm-selbsthilfe-rmk.info> bei „Nachrichteblättchen“ lesbar und zum downloaden!

Nachbereitung des Deutschen Schmerztages

Bedeutung unter-schwelliger nozizeptiver Reize beim HWS – Schleudertrauma

von Prof. Dr. med. Thierry Ettl
(REHA Rheinfelden – Schweiz)
- Zusammenfassung von Rainer Marx -



Der Referent, Prof. Dr. med. Thierry Ettl, wies zu Beginn seines Vortrages beim Deutschen Schmerztage, am 27.3.09, in Ffm. die Zuhörerschaft auf seine etwas langsamere Berner Redensart hin, wodurch ihm einige

Lacher gleich zu Beginn seines Vortrages sicher waren. Er erinnerte durch sein Erscheinungsbild an den schweizer Komiker „Emil“. Durch seine lockere Vortragsart schaffte er von Anfang an eine entspannte Atmosphäre und präparierte die Zuhörerschaft auf ein gemächlicheres und weniger hektisches Verfolgen eines Fachvortrages.

Ab und zu war man während seines Vortrages dann doch am Überlegen, ob eine längere Sprechpause den bisher gesprochenen Satz bereits beendet hat oder der Folgesatz doch noch zu ihm gehört, bzw. bereits einen neuen eigenständigen Satz darstellt. Aber er hatte die Zuhörerschaft ja gewarnt.

Fachlich war der Vortrag hochinteressant, denn Schäden nach einem Autounfall (Heckkollision) im Halswirbelbereich sind auch in Deutschland keine Seltenheit.

Die körperlichen Folgeschäden unfallmedizinisch anerkannt zu bekommen wird dann problematisch, wenn der Gutachter über die typischen Verletzungen nicht ausreichend informiert ist und Unfallfolgen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) nicht im Zusammenhang stehend mit dem Unfallereignis sieht. Bei manchen Gutachter ist eine für den Patienten negative Voreingenommenheit (Unterstellung des Simulierens) anzutreffen, die er dann einseitig versucht fachlich zu untermauern. Eine solch verinnerlichte „Belastungstendenz“ nimmt jedem Gutachter den Blick für eine objektive Beurteilung und dem Patienten die

Chance gerecht begutachtet zu werden. Nutzen tut dies nur den austraggebenden Kostenträgern!

Manchen Betroffenen geht hierdurch eine lebenslang zu zahlende Unfallrente oder anderweitige Entschädigungen verloren.

Für Betroffene ist daher interessant, welche Beschwerden möglicherweise mit den Unfallfolgen im Zusammenhang stehen könnten.

Wenn der Zusammenhang nicht bekannt ist, wird ggf. in der Beschwerdeschilderung an bestimmte Beeinträchtigungen erst gar nicht gedacht. Man erachtet sie für bagatell und schildert sie nicht beim Gutachter oder dem behandelnden Arzt!

Zwangsläufig stellt sich die Frage, inwieweit entsprechende **Unfallfolgen durch ein Schleudertrauma** nach einem Verkehrsunfall bei Fibromyalgiebetroffenen eine Rolle bei der Chronifizierung ihrer Schmerzen gespielt haben könnten (**Basiserkrankung für eine sekundäre Form der Fibromyalgie**, wie z. B. Osteoporose pp.)?!

Auffahrunfälle haben schließlich auch viele FM-Betroffene erlitten!

In den 90er Jahren wurde in der Schweiz erreicht, dass die Richter bei Unfällen mit Verletzungen durch HWS-Schleudertrauma nicht nur von der Radiologie (und somit allein von Röntgenbefunden) abhängig sind.

Die Richter haben verstanden, nach Eingabe von vielen medizinischen Studien, maßgeblich von zwei Arbeitsgruppen, aus Bern und bei Basel, dass man bei Weichteilverletzungen nicht nach knöchernen Läsionen (=Funktionsstörungen) suchen sollte.

In der Schweiz bemüht man sich es anders als in Deutschland zu machen.

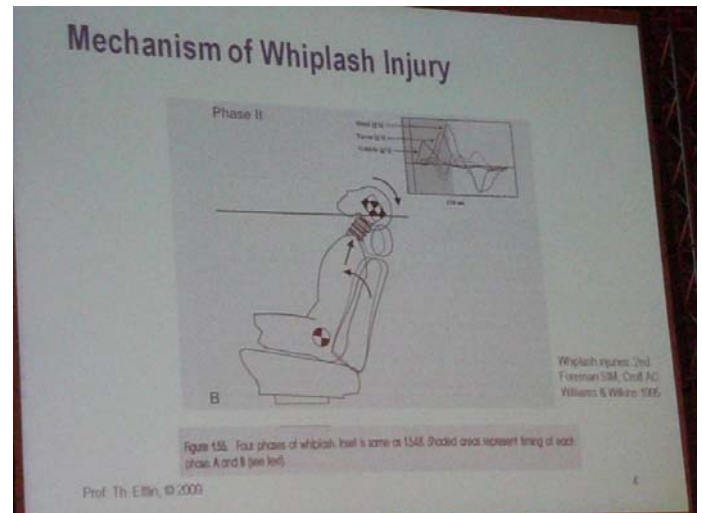
Trotzdem werden auch hier noch die Folgen von HWS-Distorsionen medicolegal (=gerichtsmedizinisch) nach dem klinischen Bild (charakteristische Symptome, Krankheitsverlauf) beurteilt.

In Deutschland, wo Kollisionsingenieure und Radiologen das Sagen haben, bräuchte man eigentlich keine Ärzte für die Begutachtung des Schleudertraumas oder?!

Durch die Vorgehensweise in der Schweiz nach dem klinischen Bild zu beurteilen, bestehen viel mehr Möglichkeiten unlauter vorzugehen. Das ist sicher ein gewisses Problem.

Daher versucht Herr Ettlín dies mehr aufgrund der Pathophysiologie der Verletzungen und der Hindergründe darzustellen, sowie dies auf der Basis der Evidenz zu tun und nicht basierend auf Glaubenssätzen.

Zum Mechanismus bei einer Heckkollision:



(Folie aus dem Vortrag)

Die kinetische Hauptenergie beim Autounfall wirkt auf den Kopf, die zweithöchste Energie auf den Nacken, dann auf den Rumpf und dann erst kommt das Auto.

In der ersten Phase einer Heckkollision findet eine Vorwärtsbewegung des Kopfes mit Haupteinwirkung auf die Kopfgelenke (C 0 – C 3) statt.

In der zweiten Phase haben wir das Maximum der Energie bei der Retroflexion (= Rückwärtsbewegung) des Kopfes.

Die meisten Autos haben hiergegen Kopfstützen. Doch diese sind biomechanisch so konstruiert, dass der Kopf direkt an der Kopfstütze anliegen müsste, mit einem Helm!

Im normalen Alltag liegen andere Bedingungen als im Labor vor. Der Abstand des Kopfes zur Kopfstütze ist viel größer!

Es kommen dann beim Unfall die beiden Phasen der Verlangsamung, die verletzungskinetisch nicht mehr so relevant sind.

Was passiert denn bei einer Überdehnung der Weichteile der Halswirbelsäule?

Medizinisch geschieht eine **Distorsion**.

(= Verdrehung, Verzerrung)

Chir.: durch Drehung bedingte »geschlossene« Gelenkverletzung, bei der es - als Folge des gewaltsamen Überschreitens der physiologischen Bewegungsgrenzen - zunächst zu einer vorübergehenden leichtgradigen Verrenkung (Subluxation) mit sofortiger Selbstreposition kommt sowie zu einer Bänderüberdehnung oder -zerreiung (mit

nachfolgender Blutung ins u. am Gelenk); evtl. kompliziert durch Knorpelabspaltung oder -verschiebung, Weichteilinterposition, Nervenverletzung mit Störung der Sensibilität oder Lähmung. Symptome: örtliche Schwellung, Druckschmerz, Gelenkerguß, abnorme Beweglichkeit; als Spätschäden Schlottergelenk, »Gelenkmaus«, Meniskopathie, parossale Knochenneubildung. (Erläuterung aus Roche Medizinlexikon 4.0)

Distorsion ist med. definiert. Das ist Pathophysiologie. Distorsion ist wie auch bei anderen Verletzungen von Weichteilen, die Auslösung einer **entzündlich reparativen Gewebereaktion**, die in drei Phasen abläuft:

- Vasoreaktive-exsudative Phase (0 – 4 Tage)
- Fibroblastische Phase (Bildung von neuem Bindegewebe 4 – 21 Tage)
- Restorative Phase (Festigung des Bindegewebes, 3 – 6 Woche > 1 Jahr)

(**Exsudation** = »Ausschwitzung« bestimmter Anteile des Bluts (Exsudat) durch die infolge Entzündung veränderten Gefäßwände in Nachbargewebe oder auf eine innere oder die äußere Körperoberfläche. Quelle: Roche Medizinlexikon 4.0)

Nach ca. sechs Wochen ist der Heilungs- bzw. Reparaturprozess der Weichteile abgeschlossen.

Dieser entzündlich reparative Prozess läuft an den Weichteilen ab, an den Ligamenten (=Bändern), Sehnenansätzen, Muskeln, den Gelenkkapseln und auch an den Nerven, die dieses Gewebe innervieren.

Hieraus kann man sehen, dass ein **nozizeptiver Schmerz** (normaler Schmerz, der über die Schmerz- u. Schadensfühler=Nozizeptoren über Schmerzleiter über das Rückenmark dem Gehirn gemeldet wird) bestehen wird.

Auch ein „**Mixed-Pain-Problem**“ (=es wird neben dem nozizeptiven Schmerz auch ein neuropathischer angenommen), weil immer im Gewebe auch Nerven selbst verletzt werden. Man sollte nicht nur die chronifizierten Patienten sehen, sondern auch die akuten, damit die Bilder der Akutphase nicht aus dem Kopf verloren gehen.

Es ist nicht so, dass bei einer Distorsion am Gewebe nichts passiert. Es entstehen wirklich Schädigungen, was an Leichenmaterial und Unfallopfern pp. zu erkennen war.

Was akut in der exsudativen Entzündung in den ersten vier Tagen gefunden wird, ist der Schmerz, die Überwärmung, die Schwellung, Rötung weniger, und schmerzbedingte Funktions-beinträchtigungen.

Am Gewebe entstehen tatsächlich Schädigungen, wie Blutungen und Zerreißungen.

Bei der Akutphase gibt es zu den Folgen keine Kontroversen.

Hier interessiert der „Quebec-Task-Force“ (= Klassifikation, erstellt von einer internationalen Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung des Beschleunigungsunfalls) Grad 2, mit den muskuloskelettalen Zeichen (=Bezeichnet alle Teile, die zum Stütz- und Bewegungsapparat gehören (Muskeln, Bänder, Gelenke, Knochen).

Dort wurde gerade die Zerrung der Nackenweichteile mit Einblutungen in die vorgenannten Gewebeareale in der Literatur aufgeführt!

Das Problem ist die **chronifizierte Phase!** Wie kommt es eigentlich dazu?

Der Irrtum liegt darin, dass wir, bei denen die chronifizieren glauben, es handele sich um eine homogene Gruppe. Das ist nicht der Fall! Es handelt sich um ein Spektrum von Betroffenen. Hierbei haben wir zweifelsfrei Patienten mit organischen Unfallfolgen!

Genauso haben wir auch Betroffene, die nicht verletzt wurden, die jedoch aufgrund der Psychopathologie einen schwierigen Verlauf machen.

Bei z. B. einem Psychotrauma, in einem Tunnel mit brennenden Autos oder wenn an einem Zebrastreifen eine Tasche überfahren wurde und der Fahrer dachte, es wäre ein Kind gewesen.

Natürlich können auch vorher psychische Erkrankungen vorgelegen haben und nach dem Unfall entsteht ein schwieriger Verlauf.

Es gibt natürlich auch so etwas wie die „medicolegale Somatisierung®“, das ist mein Ausdruck, daher habe ich auf dem Bild im Vortrag ein Markenzeichen hingemacht. Das ist „geschützt“.

Die Frage ist, welche Komponenten wirken schon alleine unbewusst somatisierend (=körperlich krankmachend), weil man versichert ist? Darauf möchte ich aber nicht näher eingehen.

Es gibt Begehrlichkeiten und Betrug. Das gibt es!

Bei Studien in unserer spezialisierten Klinik konzentrieren wir uns auf die Betroffenen und haben eine Selektion von Patienten.

Die, die zu uns kommen, sind bereits durch etliche Instanzen gegangen und haben in der Regel etwas.

Die festgestellten **Risikofaktoren der Chronifizierung** wurden an den wirklich Betroffenen erhoben. Es sind alles **biologische Faktoren**. Es ist nie eine Arbeit erschienen bei der psychosoziale Faktoren eine Rolle gespielt haben.

Die Risikofaktoren der Chronifizierung entsprechen der Intensität der Akutphase. Psychosoziale Situationen, psychosozialer Kontext ist kein Risikofaktor!

Risikofaktoren der Chronifizierung sind:

- Höheres Alter
- Initial hohe Intensität der Nacken- und/oder Kopfschmerzen
- Initial stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS
- Frühe Schlafstörungen
- Frühe Aufmerksamkeits- und Abrufstörungen
- Hoher Nervositäts-Score
- Anamnese mit frühem Kopfschmerz
- Anamnese mit frühem Kopftrauma

Wie sieht das späte **Whiplash – Syndrom** (=Peitschenschlagsyndrom) aus?

Das späte chronifizierte Syndrom lässt sich beschreiben. Es ist ein nicht nur nozizeptives (=Übermittlung der Schmerzreize aus der Körperperipherie) Schmerzbild.

Es ist ein **Mixed-pain Syndrom!**

Ich erlaube mir darin zu dem **nozizeptiven** und **neuropathischen Anteil** auch den **zentralen Anteil** (= Beteiligung des zentralen Nervensystems (ZNS) mit Rückenmark und Gehirn) mit hinein nehmen.

Ein Schmerz, der über sechs Wochen besteht kann nicht nur noch aus Nervenbahnen und Rezeptoren bestehen. Da passiert sehr viel mehr!

Es gibt eine **Psychopathologie** (=krankhafte seelische Vorgänge) **der Chronifizierung**.

Die gehört dazu.

Es gibt ein sehr früh beginnendes schmerzbedingtes psycho-organisches Syndrom (=Wechselwirkung zwischen krankhaften seelischen u. körperlichen Vorgängen).

Wir sehen als klinische Befunde ein **myofasiales Syndrom**

Es ist spezifiziert über:

- **Triggerpunkte** (=schmerzhafte Reizpunkte in der Muskulatur)

- **Muskel - Taut bands** (=gespanntes, verhärtetes Muskelfaserbündel meist mit Triggerpunkt) und immer verbunden mit einer
- **dysfunktionalen Haltung und Beweglichkeit.**
- Es ist immer auch die **Psychopathologie des chronischen Schmerzes** mit beteiligt.

Die myofaszialen Muskelveränderungen sind eine Ubiquität (=überall vorkommend) der Realität. Man darf nicht bezweifeln, dass es sie gibt.

Man weiß bis heute nicht, was die Pathophysiologie (=Krankheitsentstehung u. -verlauf) des myofaszialen Syndroms ist.

Das ist eigentlich eine Verwechslung, wenn ich nicht weiss, woher etwas kommt, darf ich nicht sagen, dass es nicht existiert.

Was haben wir gemacht?

Am Beispiel dieser HWS-Distorsionspatienten ist der einzige klinische Befund den wir haben: die myofaszialen Veränderungen!

Man sieht radiologisch nichts!

Vielleicht sieht man, wenn diese Studienarbeiten beendet sind, an den Kopfgelenken, den Ligamenten (=Bändern) etwas mehr.

Kann man trotzdem Unterscheidungen bei myofaszialen Befunden und Abgrenzungen machen?

Wir haben eine Blindstudie mit Whiplash-Patienten, Personen mit chronischem Zervikalsyndrom, Fibromyalgie-Patienten, Nichttraumatisierten, Depressiven und normalen Probanden durchgeführt.

Wir haben hierbei die definierten Muskeln, besonders auch die Nackenmuskeln, untersucht.

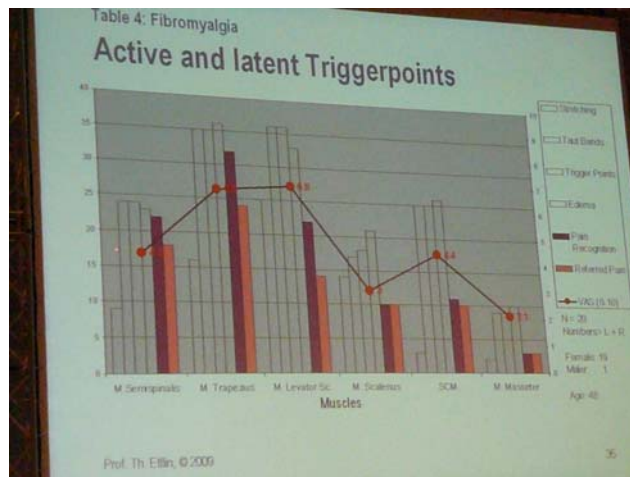
Es gab ein interessantes Resultat. Bei der Whiplash-Gruppe war der **hochvertikale Nackenmuskel** (semispinalis capitis) **signifikant häufiger betroffen** als bei all den anderen pathologischen Gruppen, inklusive der Fibromyalgie-Gruppe.

Wir haben jeden Muskel nach den **latenten Triggerpunkten** (1 – 3 mm große sehr harte palpierbare Punkte, tun da weh, wo sie palpirt werden) und **aktiven Triggerpunkten** (definiert durch die Ausstrahlungszone) untersucht.

In jedem Muskel der Whiplash-Gruppe gibt es einen **höheren Anteil latenter Triggerpunkte** als der Anteil von aktiven, über die ganze Gruppe gesehen.

Bei der **Fibromyalgie** ist der hohe Nackenmuskel nicht so häufig wie beim Whiplash-Patienten betroffen.

Doch wir haben bei der FM einen **höheren Anteil von latenten Triggerpunkten** als der Anteil der aktivierten Triggerpunkte. Das ist ein sehr interessanter Befund!



Das sind die chronischen Zervikalpatienten (*zervikal=Hals*) ohne Trauma!

Die meisten Normalpatienten haben **keine latenten Triggerpunkte im Bereich des Nackens und der Schulter.**

Einige haben sie. Warum ist dies so? Sind die schon da? Haben sie sich über Jahre aufgebaut.

Ich habe keine Erklärung. Es sind hoch interessante Befunde.

Myofasziale Muskelbefunde entstehen **traumatisch**, sicherlich **durch Überlastungen**, das ist **berufsbedingt**, **untrainierte Zustände mit Dysbalance-Phänomenen** oder durch **Fehlhaltungen in der Jugend- Kinderzeit**. Vielleicht ist eine gewisse **Genetik (=Vererbung)** da.

Einer der **wichtigsten Cofaktoren ist der psychische Stress.**

In einer aktuellen Pilotarbeit behandeln wir aktive Triggerpunkte, die werden dann latent. Wir stressen die Patienten mit chronischem Spontanschmerz und durch Stress mit Stressaufgaben. Die haben dann an den latenten Triggerpunkte auch Schmerzen!

Wir aktivieren mit Stress latente Triggerpunkte. In dieser Richtung eröffnen sich therapeutische Möglichkeiten.

Zur Psychopathologie:

Zur Therapie bei über 80% der Betroffenen gehören multimodale Konzepte: Physikalisch, therapeutisch und medikamentös.

Aber auch die Angstlösung. Information und Beratung lösen Angst! Ein maßgeblicher Anteil bei der chronifizierten Depression ist die Angst. Zu den Medikamenten: Angstlösung (=Angstreduzierung) mittels Antidepressiva ist etwas sehr Zentrales.

Noradrenalinstimulatoren am Morgen. Manche schlafen schlecht und profitieren auf ein Sedieren (=Beruhigen) für die Nacht.

Prof. Ettlin zählt dann noch etliche eingesetzte Medikamente und ihre Wirkung auf und beendet seinen Vortrag.

Kommentar:

Das myofasziale Schmerzsyndrom steht schon länger im Visier der Forschung ein Vorläufer des Fibromyalgiesyndroms (FMS) zu sein.

Zu Beginn kann eine von der Wirbelsäule ausgehende oder muskuläre Beieinträchtigung oder Schädigung gestanden haben, die konstant über Jahre für tolerierte Reize und andere Probleme gesorgt hat.

Wie z. B. beim **"HWS - Schleudertrauma."**

Symptome:

Schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule,

Kopfschmerzen,

Brachialgien (=Schulter- Armneuralgie mit projizierten Schmerzen, meist mit Triggerpunkten, lokalisiert im Muskel, in den Arealen der Gelenkkapsel, der Sehnenansätze, der Knochenhaut)

Schwindelerscheinungen,

Kau- und Schluckbeschwerden,

Okulomotorische Störungen (=Störungen der Augenbewegung u. -stellung),

Fatigue (=Müdigkeit u. Erschöpfung),

Konzentrations- und Gedächtnisstörungen,

Depressivität,

Reizbarkeit und Schlafstörungen

Stimmt es nicht verwunderlich, dass etliche Symptome auch beim FMS zu finden sind?

Bei Beieinträchtigungen des Körpers durch andere Ursachen, kommen weitere Symptome hinzu.

Interessant an der Schweizer Pilotarbeit ist auch die Feststellung, dass über die Aktivierung des Stresssystems unter Beifügung aktueller Schmerzreize, sich die Schmerzempfindungen haben verändern lassen.

Die tolerablen latenten Triggerpunkte (die muskulären Schmerzen werden hierbei dumpf empfunden und auf Dauer bewußt nicht mehr wahrgenommen) mutierten zu aktiven

Triggerpunkten (diese werden bewusst als schmerzhaft wahrgenommen und empfunden).

Aus der Schulterrückenregion können sie z. B. Ausstrahlungen bis in den Arm – Handbereich (sogenannte Referenzzonen) entwickeln.

In der Versuchsanordnung findet offensichtlich eine Steigerung der Empfindlichkeit und eine (Schmerz-) Reizverstärkung statt. Hierbei wird der üblicherweise über Jahre sich ziehende Chronifizierungsprozess im Versuch konzentriert und somit verkürzt, mit den entsprechenden nervalen und biochemischen Folgen des Stresssystems und den überfordernden Auswirkungen auch auf die Schmerzverarbeitung.

Im Versuch werden die Probanden jedoch mit den elementaren Faktoren (dauernde Schmerzreize + Dauerstress) einer Chronifizierung traktiert, was die körperlichen Auswirkungen beschleunigt.

Die Lehre, die man aus den vorgenannten Erkenntnissen ziehen sollte, ist, dass in der Anamnese beim Fibromyalgiesyndrom auch nach entsprechenden Vorschädigungen (z. B. durch Unfälle pp.) und ggf. daraus entstandenen möglichen muskulären Folgen (wie z. B. den Symptomen beim HWS-Schleudertrauma) geschaut werden sollte.

T i p p s:

Sonnencreme schützt nicht vor Hautkrebs

Prävention: Pralle Sonne meiden, Haut mit Kleidung aus leichtem, sonnendichtem Gewebe schützen / Jährlich 140.000 Hautkrebs-Neuerkrankungen und 3.000 Todesfälle

Wer sich gut eingecremt in der Sonne brutzeln lässt und meint, vor Hautkrebs sicher zu sein, liegt falsch. Denn die **Sonnencreme schützt zwar vor Sonnenbrand, nicht aber vor Hautkrebs**, warnt die Arbeitsgemeinschaft

Dermatologische Prävention der Deutschen Krebshilfe. Die **durch UV-Strahlen bedingten Genschäden in der Haut - Ursache für Hautkrebs - entstehen bereits lange vor dem Sonnenbrand.**

Beim positiven Befund würden sich bereits etliche Symptome erklären lassen.

Liegt dieses Ereignis schon länger zurück und fand keine entsprechende ärztliche Behandlung statt, sind vorgenannte Chronifizierungserscheinungen zwangsläufig eine normale Folge.

Eine emotionale Beteiligung (*gesteigerte Angst, sie führt meist zur erhöhten muskulären Anspannung*) durch ein Trauma steigert die Auswirkungen auch auf die Schmerzempfindungen!

FMS in diesem Zusammenhang als Chronifizierungsmanifestation zu sehen, wäre sicherlich sehr zutreffend.

Der Auslöser und die Folgesymptome wären in einem solchen Fall nachvollziehbar und man bräuchte nicht weiter zu spekulieren. (mx)

Die **sicherste Hautkrebsprävention** laute daher: **Raus aus der prallen Sonne - rein in den Schatten.** Vor den schädlichen UV-Strahlen der Sonne schützen vor allem **Kleidung aus leichtem, sonnendichtem Gewebe sowie ein Hut oder eine Kappe.**

Unbedingtes Muss seien zudem eine **gute Sonnenbrille und Schuhe, die den Fußrücken bedecken.** Alle unbedeckten Stellen müssten mit einem Sonnenschutzmittel eingecremt werden.

Besonders wichtig sei dieser Schutz für Kinder und Jugendliche, die wesentlich mehr Zeit im Freien verbringen und bei denen die schützende natürliche Lichtschwiele der Haut noch nicht so gut ausgeprägt ist. Die meisten Menschen bekommen daher bis zum 18. Lebensjahr bereits 80 Prozent der UV-Strahlendosis ihres gesamten Lebens ab.

Jährlich erkranken in Deutschland rund 140.000 Menschen neu an Hautkrebs, mindestens 22.000 davon an der besonders gefährlichen Variante, dem schwarzen Hautkrebs oder malignen Melanom. Circa 3.000 von ihnen sterben pro Jahr an der Krankheit.

http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/lexsoft_express.cgi?chosenIndex=293129&aktuelles_id=161445

Termin - Vorschau

Sa., 27.06.09

Vortrag "Auswirkung des FMS auf Betroffene u. ihr Umfeld"

Referent: Rainer Marx

In der Bürgerbegegnungsstätte Bayreuth, Am Sendelbach 1-3

Ansprechpartnerinnen: Hedwig Schmitt, Tel. (0921) 39 58 2

bzw. Frau Schimaneck, Tel. (0921) 65 57 4

Lokale Termine der FM-Selbsthilfegruppen Heusenstamm und Offenbach am Main

• ***Fibro - Krankengymnastik***  ***Gruppe***

Termin: Jeden **Mittwoch, 13.00 Uhr**, Schloßstraße 8 (Gemeindesaal, der Kirche St. Cäcilia) Heusenstamm (durch Torbogen an Frankfurter Str. fahren, dann links am Ende des freien Platzes abbiegen und rechts an der Kirche vorbeifahren, zum Parkplatz vor dem Gemeindesaal. Kurs beginnt am 4.3. – 6.5.09 (letzter Kurstag).
(Ein Kurs beinhaltet 10 Einheiten, von einer Stunde Dauer (Kurskosten: 54 €).

• ***FM-Gesundheitstraining angelehnt an Methode Heigl (KTMH)***
(speziell abgestimmt auf die Fähigkeiten von FM - Betroffenen)

Das Training findet **jeden Mittwoch, 19:00 Uhr**, auf der Wiese hinter dem Haus Leipziger Ring 29, 63150 Heusenstamm, statt (Unkostenbeitrag pro Trainingseinheit 2 €)

Meditationskreis



Heusenstamm

Termine:

Samstag, den 0X.0X 2009, 15:00 – 17:00 Uhr
Eisenbahnstraße 11, 63150 Heusenstamm

(1. OG rechts, früheres Postgebäude an den Bahngleisen)
Ansprechpartnerin für Neuanmeldungen und

Terminanfragen: **Anette Hannwacker**

Tel.: (06104) 600 36 31

E-Mail: Hannwacker@aol.com

Babbeltreff



- Am **ersten Freitag im Monat**, ab **15:30 Uhr**, in Gaststätte „Alter Bahnhof“ beim S-Bahnhof Heusenstamm (Linie S 2), Bahnhofstr. 1, 63150 Heusenstamm
- **Treffen der Fibromyalgie - Selbsthilfegruppe Heusenstamm**
Jeweils am **2. Mittwoch** eines Monats, ab **16.30 Uhr**, Eisenbahnstraße 11, 63150 Heusenstamm (1. Stock, rechts)
- **Treffen der Fibromyalgie - Selbsthilfegruppe Offenbach**
Jeden **3. Samstag** im Monat, ab **15.00 Uhr**, im Paritätischen Wohlfahrtsverband Offenbach, 2. Stock, **Frankfurter Straße 48** (nahe der Kaiserstraße), 63065 Offenbach.

Lokale Termine der FM-Selbsthilfegruppen Hessen-Süd:

Darmstadt	Griesheim	Pfungstadt	Weiterstadt
Milja Weller (06151) 472 93	Silvia Wittich (06155) 862 100	Wolfgang Felis (06157) 930 241	Traudel Rudolf (06162) 962 926

Die Gruppentermine der einzelnen SHG's sind auf der nachfolgenden Homepage bei „Selbsthilfegruppen/Gruppentreffen“ zu finden!

<http://www.fm-selbsthilfe-rmk.info/html/gruppentreffen.html>

- **Fibro - Gymnastik – Gruppe (Funktionstraining)**
in der Praxis für Physiotherapie Anke Hüper, DA, Grafenstraße 26
Jeden Dienstag, 10:15 Uhr
Jeden Mittwoch, 09:45 Uhr und 10:30 Uhr
Neu - Anmeldung in der Physio-Praxis bei **Anke Hüper**, Tel.: (06151) 99 74 91
- **Warmwassergymnastik im Pfungstädter Wellenbad**
Jeden Freitag 08:15 Uhr + 09:00 Uhr + 09:45 Uhr + 10:30 Uhr
Eintritt - Einzel 3,50 € + 1,00 € (Gymnastikzuschlag)
- **Runder Tisch – Gesprächstreff**
„Wohnpark Kranichstein - Borsdorffstr.40
Zeitpunkt: **Immer der 3. Donnerstag im Monat., ab 15:00 Uhr**
Es ist ein ungezwungenes, lockeres und geselliges Treffen zum Gesprächsaustausch.
- **Nordic Walking auf die sanfte Tour – Pfungstadt am Wasserwerk**
Jeden Montag, 16:00 Uhr, mit Daniela Ryschka (Boll) vom Senioren - Büro
(im Winter: 15:30 Uhr)

- **Montag, den 8.6.2009**
18:00 Uhr

Therapeut Andi Kettl informiert über die „**Wirkung der Heilstollentherapie**“

Pfungstadt / Ortsteil - Eschollbrücken
Im Alten Rathaus – Freitagsgasse ..bei der Kirche / Schule
(Buslinie K 59 / K 62 / PS-Bus -Haltestelle Römer)

FM-Ansprechpartnerin für Bad Homburg

Ansprechpartnerin:

Marie Luise Christ / Tel.: (06171) 75 10 6

E-Mail: rachri@t-online.de

FM-Selbsthilfegruppe Bad Nauheim

- **Monatliches Gruppentreffen:** Immer am **letzten Dienstag im Monat, 15:30 Uhr**, in der Erika Pitzer - Begegnungsstätte, Blücherstr. 23, 61231 Bad Nauheim.
- **Funktionstraining:** **Montags, um 18.00 Uhr**, in der Erika Pitzer - Begegnungsstätte (z.Zt. noch Plätze frei!)
- **Wassergymnastik:** Immer **mittwochs, 14:00 Uhr**, Thermalbad Bad Nauheim.

Ansprechpartnerin: Gerdi Mann, Tel.: 06031-736958

Lokale Termine der FM-Selbsthilfegruppe Bruchköbel und - Roßdorf

- **Treffen der Fibromyalgie - Selbsthilfegruppe Bruchköbel**
Jeden **1. Donnerstag** im Monat, ab 14.00 Uhr, Seniorentreff im Bürgerhaus am Rathaus
- **Treffen der Fibromyalgie - Selbsthilfegruppe B.-Roßdorf**
Jeden **1. Samstag** im Monat, ab 14.00 Uhr, in der Mehrzweckhalle, Schulstraße, 63486 Roßdorf

Ansprechpartnerin: **Ilona Hennig**, Tel. (06181) 78 01 77

Funktionstraining:

FM-Gruppe I jeden Dienstag 15:00 – 15:45 Uhr

FM-Gruppe II jeden Mittwoch 15:00 – 15:45 Uhr

MEDITHERANUM Gesundheitssport e.V., Innerer Ring 6, 63486 Bruchköbel
Physiotherapeut Peter Zunke, Tel.: (06181) 97 63 37

Lokale Termine der FM-Selbsthilfegruppe Gelnhausen

Ansprechpartnerin:

Ursel Heinrich

Tel.: (06052) 91 84 78

Lokale Termine der Selbsthilfegruppe FM und chronischer Schmerz Ranstadt

- **Gruppentreffen**

Jeden **ersten Samstag eines Monats**, 15.00 Uhr, **Ev. Gemeindehaus**, Hintergasse 47,
63691 Ranstadt

Wassergymnastik montags 15:20 Uhr, Thermal - Solebad Bad Salzhausen,

Nordic Walking (mit Therapeuten), dienstags nach telefonischer Absprache (06041 823968)

Qi Gong mittwochs, 15:00 Uhr, Bürgerhaus Borsdorf (mit fachlich geschulter Übungsleiterin)

Trockengymnastik, donnerstags 14:00 Uhr, Grundschulsporthalle Ranstadt (mit fachlich geschulter Übungsleiterin)

Ansprechpartnerin:

Gabi Neumann

Tel.: (06041) – 82 39 68

E-Mail: gneumanngr@gmx.de

Lokale Termine der FM-Selbsthilfegruppe Korbach

- **Jeden Mittwoch**, um 10:00 Uhr, **Wassergymnastik** im Freizeitbad Korbach
- **Jeden 2. Dienstag** im Monat, um 19.00 Uhr, **Stammtisch** im Gasthaus Kilian
- **Jeden 2. u. 4. Dienstag im Monat, 17:00 – 19:00 Uhr, Fibromyalgie - Sprechstunde**,
im Stadtkrankenhaus Korbach, Raum 52

Sa. 20.06.2009 Hessischer Familientag in Korbach

Ansprechpartnerin: **Frau Ursula Wege-Schäfer, Tel. (05631) 21 41–**

Lokale Termine der FM-Selbsthilfegruppe Wiesbaden

Gruppentreffen im Gesundheitsamt Wiesbaden

Dotzheimer Str. 38-40 (Haltestelle Bismarckring)

Jeden 3. Dienstag im Monat, 15:00 – 17:00 Uhr

Ansprechpartnerin: **Frau Gudrun Krämer**

Tel.: (0611) 92 00 677

(E-Mail: kraemer.gudrun@web.de)



Deutsches Turnfest 2009 in Frankfurt (Slowenische Kinderturngruppe in Spontanaktion)
- Der Rosengarten des Palmengartens Ffm. animierte zur Präsentation des turnerischen Könnens –



Mitmachangebote im Grüneburgpark: **Bembelstemmen** (ohne Kehlenbefeuchtung)

Das Fibromyalgie-Nachrichteblättche wurde gefertigt von:

Rainer Marx

Leipziger Ring 29
63150 Heusenstamm

Tel.: (06104) 68 26 16

E-Mail: Rainer.Marx@fm-selbsthilfe-rmk.info

Homepage: <http://www.fm-selbsthilfe-rmk.info>