

PRESSEMITTEILUNG

IMABE-Symposium: Die Sprache des Schmerzes verstehen

5.12.2014, AUVA, Wien

Univ.-Prof. Marcus Schiltenswolf am Wiener IMABE-Symposium: „Viele Beschwerden und Schmerzen sind aber nicht technisch zu lösen, sondern fordern den Blick auf die Beziehung zum eigenen Körper, auf die eigene Geschichte, die Bindungen zu sich und zu anderen“

„Herr Doktor, Sie sind meine letzte Hoffnung!“ Patienten, die von chronischen Schmerzen geplagt sind, haben oft eine jahrelange Odyssee hinter sich. Vom Hausarzt zu diversen Fachärzten auf der Suche nach einer Art Wundermittel, von Tabletten über Spritzen bis hin zu mehrfachen Operationen: Alles haben sie versucht, um den Schmerz zu bekämpfen - doch das Wunder ist nie eingetreten. Damit beginnt häufig auch ein fataler Kreislauf: Die Erwartung, dass der Schmerz immer wieder kommt, erzeugt Angst, die den Schmerz verstärkt - bis hin zu Depressionen, sozialer Isolation oder auch Berufsunfähigkeit.

In Österreich leiden rund 1,5 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen. 33 Prozent der chronischen Schmerzpatienten Österreichs schlittern bis in die Berufsunfähigkeit, 21 Prozent werden in die Frühpension entlassen, die gesamtwirtschaftlichen Kosten werden auf 1,4 bis 1,8 Milliarden Euro geschätzt.

„Die Bereitschaft für einen invasiven Eingriff ist bei Patienten mit langem Leidensweg sehr hoch“, warnt Astrid Chiari, Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien. Dass das Gesundheitssystem in diesen Fällen genau die falschen Anreize setzt, halten die Experten für eine Fehlentwicklung. Ihr Plädoyer am Symposium „Die Sprache des Schmerzes verstehen“, das das „Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik“ (IMABE) gemeinsam mit der AUVA, dem Hauptverband der Sozialversicherung und der Österreichischen Ärztekammer in der AUVA-Wien Anfang Dezember veranstaltete, lautet: Die Zukunft liegt in einem multimodalen Schmerzmodell. Dieses basiert neben medikamentöser Therapie oder invasivem Eingriff vor allem auch auf Aktivierung der Eigenpotentiale (Physiotherapie) und wo nötig auch Verhaltens- oder Psychotherapie. „Das ist zwar aufwendiger als reine Schmerztherapie, aber langfristig sicher erfolgreicher“, betont Chiari.

Chronische Schmerzpatienten fürchten sich davor, in eine „Psychoecke“ geschoben zu werden, zumal gerade beim chronischen Schmerz häufig keine klare körperliche Ursache dingfest gemacht werden kann. Diese Angst müsse man ihnen nehmen, denn „psychische Komponenten spielen in der Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung eine entscheidende Rolle“, erklärt der Psychiater Univ.-Doz. Dr. Michael Bach, Leiter von pro mente Reha Salzburg. Die Lebensgeschichte des Patienten bietet einen wesentlichen Teil für das Verständnis ihrer Erkrankung. Zu einer optimalen Schmerzabklärung gehöre deshalb auch die Fähigkeit, ihn als auch psycho-somatisches Ereignis zu erkennen. „Schmerz ist eine Frage an das Leben: Was fehlt mir? Nur so kann man dem Patienten auch helfen“, erklärte Bach.

„Viele Beschwerden und Schmerzen sind aber nicht technisch zu lösen, sondern fordern den Blick auf die Beziehung zum eigenen Körper, auf die eigene Geschichte, die Bindungen zu sich und zu anderen“, betont Univ.-Prof. Marcus Schiltenswolf, Leiter der Schmerztherapie am Universitätsklinikum Heidelberg. Schmerz und Emotionen werden im gleichen Gehirnareal

verarbeitet. Oft liegen auch psychische Ursachen von Rückenschmerz wie etwa Kränkung, Mobbing oder sozialer Ausschluss vor. „Hier muss jeder Arzt selbst interdisziplinär denken“.

In der Medizin gelte der Schmerz jedoch als technische "Kampfzone". Von Ärzten werde erwartet, dass sie diese "Panne" als technische "Reparateure" möglichst schnell beheben. "Wir handeln nicht zu wenig, sondern zu viel oder fehlerhaft", kritisierte Schiltenwolf. Dazu komme die Illusion medizinischer Machbarkeit. "Heute scheint vieles planbar und machbar", sagt Schiltenwolf. Das stille Leiden am Schmerz habe in der Gesellschaft gleichermaßen zugenommen wie die starken Schmerzmittel und die rasant steigende Zahl von Operationen.

Ärzte und Patienten müssen sich vor einer "Zufriedenheitsfalle" hüten. Der Patient wünsche ein Röntgenbild zur Abklärung. Laut Studien fühlt er sich dabei erwiesenermaßen zufriedener, was in Folge auch den Arzt zufriedener mache. „Geheilt ist der Patient dadurch aber nicht, im Gegenteil: Man weiß, dass diese Patienten immer wieder kommen“, so der Heidelberger Schmerzmediziner.

Mehr Wahrhaftigkeit im Patientengespräch forderte daher die Anästhesistin Astrid Chiari ein: Ärzte dürften einem Patienten nicht suggerieren, man könne ihn vom Schmerz befreien, „aber wir können gemeinsam einen Weg gehen“. Man muss überzogenen Erwartungen entgegentreten, „wir müssen auch Patienten, die eine hohe Bereitschaft für eine invasive Therapie haben, vor sich selber schützen“, so Chiari.

Da Schmerz an die Verwundbarkeit des Menschen erinnert und Fürsorge-Verhalten auslöst, habe die „Utopie einer schmerzfreien Welt“ hohe moralische Kosten, warnte der Philosoph Clemens Sedmak: Wo das Fürsorgeverhalten wegfällt, gehen auch hohe moralische Kompetenzen verloren. Sedmaks Appell an die Ärzte zu mehr "Schmerzfremdlichkeit": Sie sollten den Patienten dabei helfen, eine Sprache und Worte für den eigentlichen Schmerz, den sie erfahren, zu finden ihnen geschehe. Und lehren, mit Schmerzen zu leben: „Da Schmerz unvermeidbar zum Leben gehört, sollte der Leib auch guter Gastgeber für ihn sein“, so der Salzburger Sozialethiker.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Veranstaltungswebseite: <http://www.imabe.org/index.php?id=2071>

Veranstalter: IMABE • Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (www.imabe.org)

Mitveranstalter: Pensionsversicherungsanstalt, Österreichische Ärztekammer, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Kontakt: Mag. Susanne Kummer, IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, M: +43 (0)650 909 18 21, T: +43 (0)1 715 35 92, E: skummer@imabe.org