

Marcus Schiltewolf

Entmedikalisierung: die Lebensgeschichte hinter dem Schmerz

Medication waivers: A personal history behind pain

Zusammenfassung

Schmerzen sind einer der häufigsten Gründe, zum Arzt zu gehen. Es gibt aber keine Belege, dass trotz intensiver Schmerztherapie das Schmerzerleben nachlassen würde. Ganz im Gegenteil: Rückenschmerzen, Knieschmerzen nehmen zu.

Es wird von Betroffenen viel erwartet und von Ärzten viel angeboten. Wir sitzen alle im selben Boot gesellschaftlicher Konstrukte. Es ist das Konstrukt, durch Medizin das Leben bis ins Letzte technisch planen zu können.

Dabei sind viele, insbesondere chronische Schmerzen nicht technisch zu lösen, sondern erfordern den Blick auf die Beziehung zum eigenen Körper, auf die eigene Geschichte, auf die Beziehungen zu sich und zu anderen. Es geht um Änderung von technischen Erlösungssehnsüchten hin zum weniger narzisstischen Anspruch an grenzenlose Machbarkeit und mehr Eigenverantwortung.

Schlüsselwörter: Schmerz, Schmerztherapie, soziales Konstrukt

Abstract

Pain is one of the most common reasons to visit a physician. But there is no evidence that increased pain therapy leads to less suffering from pain. Quite the contrary, things such as back pain or knee pain often get worse.

A lot is expected by people in pain; and physicians offer a lot in return. But we are all in the same boat of 'social constructs' – and, in this case, we live with the construct that through medicine, we can make technical improvements to our lives through to the last detail.

But often many chronic pains cannot be solved technically. Chronic pain requires attention to its relation to the body, as well as to one's own history, and to one's relationship to oneself and to others. The longing for 'technical salvation' ought to be changed from a narcissistic demand for endless possibilities toward more individual responsibility.

Keywords: pain, pain therapy, social construct

Univ.-Prof. Dr. Marcus Schiltewolf
Leiter der konservativen Orthopädie und des
Fachbereiches Schmerztherapie
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergstraße 115, D-69121 Heidelberg
marcus.schiltewolf@urz.uni-heidelberg.de

„Ein Leben ohne Schmerzen zu erwarten, ist Unfug, ist Hoffnung auf Unerfüllbares wie Hoffnung auf Verlockungen. Diese Verlockungen können zu Versuchungen werden. Leben ohne Schmerz entspricht Arbeit ohne Mühsal“.¹

Der Patient, nennen wir ihn Herrn M., 43 Jahre alt, ist Feuerwehrmann. Rückenschmerzen beklagt er seit etwa zweieinhalb Jahren. Es begann schleichend, wurde stärker. Er ging zum Arzt, der riet ihm Rückentraining. Das kam ihm merkwürdig vor, denn schon wegen seines Berufs sei er doch ins Fitnessstudio gegangen. Dennoch habe er den Rat befolgt, aber das Rückentraining sei zwar teuer aber nicht hilfreich gewesen. Also zum nächsten Arzt, der veranlasste ein MRT. Endlich, so Herr M. heute, habe er sich gedacht und hoffte auf die Antwort nach der Frage der Ursache. Man habe dann einen Bandscheibenverschleiß L4/L5 gefunden, die Bedeutung sei lange diskutiert worden, es sei ihm immer schlechter gegangen. Schließlich habe man ihn zum Wirbelsäulenchirurgen geschickt. Große Hoffnung habe er in die Möglichkeit gelegt, die verschlissene Bandscheibe durch eine Bandscheibenprothese zu ersetzen. Das war jetzt vor eineinhalb Jahren.

Für die Vision eines Lebens ohne Schmerzen entsteht eine Beziehung zwischen Betroffenen und Behandlern, die in der Eskalation von Erwartung und Angebot in eine Liaison dangereuse führt. Aus dem Heilungsversprechen wird Verführung, wird ein Heilsbegehren, aus Therapie eine Kampfzone: Schmerz „greift den Menschen als Person an und gefährdet seine Identität“.² Der Angriff führt zum Gegenangriff, die gefühlte Aggression im Schmerz zur aggressiven Gegenwehr. Enttäuschung des Patienten und Emphase des Arztes steigern sich im gegenseitigen Bestreben von Hilfesuche und Hilfeangebot, verschränken sich wie Hände, die nicht von einander lassen können. Je mehr das therapeutische Regime die ausbleibenden Effekte als Enttäuschung erlebt, umso abhängiger werden die Beteiligten vom Weitermachen, um sich zu ersparen, den bisherigen Versuch als Irrtum zu erkennen. Der Arzt wird im Miterleben seines nicht von Schmer-

zen zu heilenden Patienten wütend (steigert die therapeutische Schmerzbekämpfung) oder geht auf die Flucht (hat sich abgewendet, den Patienten verwiesen), der Patient bleibt im Schlachtfeld zurück. Trotz aller Mittel bleibt ernüchternd die Erkenntnis: und der Schmerz bleibt doch.

Die Operation von Herrn M. verlief ohne Komplikationen. Unsicher sei er danach gewesen, habe sich im Krankenhaus nicht gut bewegen können, habe wieder gehofft, nunmehr auf die Reha-Maßnahme. Die allerdings habe er nach zwei Wochen abgebrochen. Er habe sich da nicht gut wahrgenommen gefühlt, man sei nicht gut auf seine Wünsche eingegangen. Und überhaupt, lauter kranke Menschen, alte Menschen, er dagegen sei doch stark und nicht verschlissen. Im Gerätetraining habe er sich gemüht, gequält, doch der Schmerz sei geblieben. Immer mehr habe ihn gequält, dass ausgerechnet ihm das passiere, dass ihm, der so körperorientiert gearbeitet habe, immer in der ersten Reihe als Feuerwehrmann gestanden habe, jetzt sein Rücken den Dienst versage. Gekränkt fühle er sich.

Nach der abgebrochenen Reha-Maßnahme dann zum nächsten Arzt, zu einem Schmerzspezialisten, der habe ihm dann Morphium verschrieben, in immer höherer Dosierung. Also Morphium, also war sein Schmerz doch etwas wirklich Schlimmes. Aber er sei davon regelrecht benebelt gewesen, der Schmerz habe sich betäubt angefühlt, doch er habe sich nicht befreit gefühlt.

Es ist zunächst beruhigend und Ausdruck des technischen Fortschritts, dass Operationen unter ausreichender Schmerzstillung stattfinden, dass der Schmerz eines gebrochenen Beines bis zur Operation und auch danach gelindert wird. Und mancher Patient kann berichten, wie schnell der akute Brustschmerz verschwindet, wenn die Engstelle des betroffenen Herzkranzgefäßes geweitet wurde. Damit kann zunächst beruhigt konstatiert werden, dass in der Schmerztherapie das meiste in Ordnung ist bzw. mancher Schwachpunkt durch weitere Forschung noch überwunden werden wird.

Dann mag die Einwendung verwundern oder gar empören, dass in der Schmerzmedizin etwas

nicht stimmt, weil wir nicht zu wenig, sondern zu viel oder fehlerhaft handeln. Und dass dies vielleicht nicht nur ein Problem der Medizin, sondern unserer Lebenswirklichkeit ist. Denn: „Gleichzeitig begegnet man immer häufiger der Ansicht, dass aller Schmerz unnötig sei und man sich seiner unverzüglich entledigen müsse, wolle man nicht fahrlässig handeln, was aus Sicht der Medizin den Akzent auf Schmerzen verlagert, die man einst als den notwendigen und ganz normalen Preis der jeweiligen Arbeits- oder Lebensbedingungen auf sich nahm“.³

In den USA werden gut 95 Prozent aller Entbindungen in Periduralanästhesie durchgeführt. Was besagt das? Der Entbindungsschmerz findet fast nicht mehr statt. Ein Mann kann leicht über den Entbindungsschmerz der Frauen sprechen. Er hat ihn ja nicht. Es lässt sich aber auch folgern, dass Schmerz unter der Entbindung nicht sein soll, nicht sein darf. Dass eine Gesellschaft gemeinsam übereingekommen ist, gemeinsam Betroffene und Ärzte und alle um sie herum, dass die Entbindung nicht nur medizinisch, sondern auch antalgisch, also schmerzlos zu erfolgen hat.

Framingham ist eine kleine Großstadt in Massachusetts, USA. Dort wird die Bevölkerung immer wieder unter bestimmten Fragestellungen über lange Zeitspannen für bevölkerungsbasierte Längsschnittstudien nachverfolgt. Eine dieser Studien verglich Kniebeschwerden 1984 mit jenen 2004. Gleichermaßen wurden das Körpergewicht sowie das Ausmaß der Kniearthrose erfasst. Und obwohl das durchschnittliche Ausmaß der Kniearthrose der Bevölkerung etwas zurückging, auf die Zunahme des Körpermassenindexes adjustiert wurde, hat der Kniebeschmerz um etwa 65 Prozent in diesen 20 Jahren zugenommen.⁴ Alle Medizin, von Physiotherapie über Tabletten bis hin zu Operationen, hat nicht zu einer Linderung der Leiden wegen Kniebeschwerden geführt, sondern zu einer immensen Verschlimmerung.

Das schmerzhafteste Grundrauschen nimmt stark zu. „Der Kampf gegen das Leiden im weitesten Sinne ist ein besonders wichtiges Element in der

Vorstellungswelt der Aufklärung, die von der Ideologie des Fortschritts abgelöst wird“.⁵ Schmerz ist ein Leitsymptom vieler Erkrankungen, und viele Ärzte spüren den Wunsch ihrer Patienten nach Schmerzbefreiung. Ärzte lernen früh, auf das Leiden ihrer Patienten im Sinne des technischen Fortschritts gebührend einzugehen. Meist werden in Aus- und Weiterbildung Maßnahmen gelehrt und später regelhaft umgesetzt, die eine Reizung und/oder einen Schaden des schmerzenden Körpers zugrunde legen und dann die Entzündung hemmen oder den Defekt reparieren. Diese aufklärerische Grundüberzeugung ist eng mit René Descartes (1596 – 1650) verbunden, der den Schmerz auf die Wahrnehmung peripherer Reizung reduzierte. Die *Res extensa* schickt einen Notruf wegen einer „spezifischen Panne“,⁶ was heute als Nozizeption bezeichnet wird. Gehäufte Reizungen dieser Nerven können zu einer Sensibilisierung des Schmerzsystems führen, so dass die Schmerzwahrnehmung immer eindrücklicher erfolgt. Dies gelingt auch bei ansonsten völlig gesunden Probanden. Wahrgenommen werden diese Reize im zentralen Nervensystem, dem Gehirn, dort entsteht das Erlebnis, das wir Schmerz bezeichnen. Letztlich war das Descartes'sche System die Grundlage für das ärztliche Bestreben, durch ärztliches Eingreifen die Schmerzklage zu beruhigen.

Dazu zählt insbesondere die pharmakologische Entwicklung vielfältiger Schmerzmittel. Etwa 1803 gelang Sertürner die Isolierung des Morphiums, 1887 kam Paracetamol dazu, 1899 wurde Aspirin durch die Bayer AG als Markenname geschützt und 1922 Metamizol von Höchst auf dem deutschen Arzneimittelmarkt eingeführt, 1974 Diclofenac durch Geigy (die heutige Firma Novartis).

Doch nicht nur der Einsatz von Medikamenten wird durch Schmerzen befördert, es sind auch bewegungstherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen, Chirotherapie, Osteopathie, Akupunktur und natürlich Operationen. Und weil das Sortiment der Maßnahmen, das Hausärzte und Fachärzte, niedergelassene und Krankenhaus-

ärzte anzubieten haben, nicht ausreichend erscheint, Schmerzen also nicht in ausreichendem Umfang oder gar nicht weniger werden, hat sich noch eine eigene Spezialisierung, die Schmerzmedizin, gegründet.

Jeder Arzt hat also nach Herkunft und Profession, nach Überzeugung und Neigung für den Schmerz etwas anzubieten, meist unabhängig von der Art der Schmerzen, ob Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerzen. Hausärzte und Schmerzspezialisten werden eher Schmerzmedikamente verschreiben, vielleicht Akupunktur verordnen, Neurologen und Psychiater bevorzugen Antidepressiva und Präparate, die aus der Epilepsiebehandlung bekannt sind, Orthopäden werden vielleicht eher Spritzen an die gereizten Strukturen setzen und in Krankenhäusern werden gerne Infusionen und Schmerzkatheter appliziert und natürlich auch Operationen zum Beispiel an eingeeengten Nerven, an arthrotischen Gelenken, vorgefallenen und verschlissenen Bandscheiben durchgeführt. Mal durch Orthopäden, mal durch Neurochirurgen. Jeder tut, was er kann und wie er seine Rolle im Fortschritt der Medizin versteht.

Für Herrn M. war es dann wie folgerichtig, dass seine Partnerschaft auseinander gegangen ist. Die Partnerschaft war schon lange nicht mehr erfüllend gewesen, doch dass die Partnerin dann mit einem seiner besten Freunde eine Beziehung eingegangen sei, sei die nächste große Katastrophe gewesen. Eine Katastrophe wie eine Enttäuschung wie eine Kränkung.

Festzustellen sind erstaunliche Zuwachsraten an Medikamentenverordnungen, an Operationen zur Schmerzlinderung. Wir sehen diesen Trend nicht nur im deutschen Medizinsystem, das ja eher üppigen Gebrauch medizinischer Angebote mit über 18 Arztbesuchen pro Bürger und Jahr erlaubt, sondern auch in den USA, wo viele über keinerlei Krankenversicherung verfügen.

Rückenschmerzen sollen in Deutschland (mit ca. 10 Mal so vielen Einwohnern wie Österreich) mit ca. 50 Milliarden Euro jährlich zu Buche schlagen,

bei weitem nicht für Diagnostik und Therapie, sondern vor allem für soziale Folgekosten wie Arbeitsunfähigkeitstage und Berentungen. Die Schlussfolgerung ist, dass Diagnostik und Therapie besser werden sollen. Damit soll auf jene Maßnahmen verzichtet werden, die nach Studienlage nicht besser sind als Spontanverlauf oder Placebo, zu viel Schadensrisiko mit sich bringen und zuletzt zu teuer sind, also eine ungünstige Kosten-Nutzen-Analyse bieten. Es wurde 2010 die Nationale Versorgungsleitlinie zu Diagnostik und Behandlung von Rückenschmerzen verabschiedet: Sie sagt u. a.: keine medizintechnischen Bilder bei unspezifischen Rückenschmerzen während der ersten 4 bis 6 Wochen, keine Spritzen, keine Operationen, dafür Aufklärung und Unterstützung der Patienten, sich gerade wegen der Schmerzen zu bewegen. Doch die Realität sieht anders aus: MRT-Bilder vom Rücken, Spritzen, Operationen haben sich innerhalb von 10 Jahren mehr als verdoppelt.

Es ist aber allzu einfach schlusszufolgern, dass böse Ärzte ahnungslose Patienten verführen. Eine bemerkenswerte Studie aus Großbritannien gab uns einen Hinweis, warum Ärzte entgegen besserer Überzeugung Röntgenbilder bei akuten Rückenschmerzen anfertigen. Wenn Patienten geröntgt werden, sind sie spontan zufriedener mit der Behandlung, vielleicht weil sie mehr erhalten haben, weil sie den Eindruck haben, dass man sich besser um sie gekümmert hat.⁷ Der Patient ist zufrieden, der Arzt ist zufrieden, die Arzt-Patient-Beziehung scheint gelungen. Nur leider gingen die zufriedenen Patienten dieser Studie in der darauf folgenden Zeit häufiger zum Arzt als die weniger zufriedenen, die kein Röntgenbild erhalten hatten. Nichts ist für Ärzte beruhigender als zufriedene Patienten, doch hier wird beleuchtet und das lernen wir nachdrücklich, dass die Zufriedenheit zur Falle werden kann. Denn wenn Patienten aus Zufriedenheit häufiger zum Arzt gehen, dann vollführt sich unbeabsichtigt die langsame Transformation vom Patienten zum Kunden. Wir sitzen in der Zufriedenheitsfalle.

Immerhin, dieser Schmerzarzt habe sich um ihn gekümmert, so Herr M., habe ihm geraten, er solle versuchen, seinen körperlich anspruchsvollen Beruf bei der Feuerwehr durch eine eher sitzende Tätigkeit im Innendienst einzutauschen. Das sei auch für ein paar Wochen eine Entlastung gewesen, doch dann seien die Schmerzen wieder schlimmer geworden, er habe sich mies gefühlt: Schmerzen ohne Behandlungserfolg, Partnerin weg, die Erfüllung im Job weg, wie ein Versager habe er sich gefühlt.

Egal, was man tut, es wird fast immer gut, doch zugeschrieben wird es dem Arzt, weil es der Patient so will und der Arzt es gerne so annimmt. Die Tatsache, dass jede Maßnahme irgendwie hilft, beruht auf der Besserungserwartung des Patienten, also jene gute Hoffnung, die den Placeboeffekt einer Maßnahme ausmacht. Gerade in der Schmerztherapie sind Placeboeffekte stark. Wenn in den vielfältig hierzu durchgeführten Experimenten den Teilnehmern zunächst Schmerzen zugefügt werden und der einen Gruppe wirksame Schmerzmittel, der anderen aber nur Zuckerpillen gegeben werden, beide über positive, schmerzlindernde Effekte genauso aufgeklärt werden wie über unerwünschte Nebenwirkungen, dann unterscheiden sich die Wirkungen und Nebenwirkungen beider Gruppen in solchen Experimenten nicht.

Es sind auch die Veränderungen im Medizinbetrieb und in der Vergütung medizinischer Leistungen zu berücksichtigen. In den Krankenhäusern, in denen die meisten jungen Ärzte zu einer Facharztqualifikation weitergebildet werden, werden nur krankenhaustypische Leistungen vergütet, also vorrangig aufwendige technische Diagnostik und interventionelle Behandlungen, also Behandlungen mit Stich oder Schnitt – kurz: solche Behandlungen, die ambulant nicht möglich sind. Patienten, die eine Krankenhausambulanz aufsuchen, werden also kategorisiert nach „braucht solche Leistungen“ oder „braucht solche Leistungen nicht“. In einem sich dynamisch entwickelnden Medizin-System kann daraus einiges folgen:

1. Um alle Krankenhausbetten zu füllen, müssen Patienten im Zweifelsfall in die Kategorie „braucht diese Leistungen“ aufgewertet, upgraded werden, wie dies neudeutsch heißt. Die Kampfzone Schmerz wird also zunehmend aggressiver, weil Belegungen, Budgetleistungen für Krankenhausabteilungen und damit auch Arbeitsplätze gerettet werden sollen.
2. Die jungen Ärzte lernen bevorzugt diese Leistungen und zudem, dass diese Leistungen notwendig sind. Nie lernen sie Spontanverläufe, nie lernen sie, was ohne ärztliche Intervention unter Einbeziehung des Patienten möglich wäre.
3. Die typischen Krankenhausleistungen sind technisch, weil sich medizinischer Fortschritt technisch definiert. Der junge Arzt lernt technisch zu denken und zu agieren. Auch müssen sich Krankenhäuser abgrenzen gegenüber Rehabilitation und der Medizin, die der besonderen Krankenhausbedingungen nicht bedarf. Für die Krankenhausausrüstung sind spezielle Medizinproduktehersteller zuständig. Diese Medizinproduktehersteller und die Pharmaindustrie bilden den medizinisch-industriellen Komplex, der den marktwirtschaftlichen Zielen folgend expandieren möchte und immer mehr Produkte zur Behandlung von Patienten, damit auch von Schmerzpatienten, in Krankenhäusern und von dort disseminiert auch in Ambulanzen und Praxen verkaufen und dauerhaft platzieren möchte. Nun ist in Deutschland der durch Mitgliedsbeiträge finanzierte Medizinmarkt der gesetzlichen Krankenversicherungen gedeckelt. Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Hieraus folgt, dass jedes Produkt, also jedes technische Hilfsmittel, aber auch jedes Medikament, das ein Arzt einsetzt oder verschreibt, Personalkosten drückt. Die Schere zwischen Industrieprodukten und Personalkosten entwickelt sich seit langem zu Ungunsten vom Personal. Längst werden mehr als 50 Prozent aller Ausgaben der Ge-

setzlichen Krankenversicherungen für Industrieprodukte ausgegeben.

4. Auch Patienten vertrauen der Technik, in ihrer Küche, in ihrem Wohnzimmer, am PC, in ihrem Pkw und oft an ihrem Arbeitsplatz. Da ist es wenig verwunderlich, dass auch das technische Angebot des Arztes bei Schmerzen überzeugt und erwartet wird, womit wir wieder bei den Placeboeffekten ankommen.

Also, das habe er ja jetzt alles schon kennengelernt. Jetzt habe man ihn zu mir geschickt, er brauche einen Spezialisten, der seinen Schmerz verstehe, nicht einen Arzt, der irgendetwas nur versuche. Sein Schmerz sei etwas Besonderes, etwas Anderes.

Herr M. redete, als ich ihn in der ersten Konsultation kennenlernte, drangvoll und fordernd, an meinen Kollegen ließ er nicht viel Gutes, das ließ auch für meine Arbeit keine guten Voraussetzungen erahnen.

Er wolle nicht noch einmal enttäuscht werden. Und Herr M. berichtete von vielen weiteren Enttäuschungen. Vor drei Jahren, also ein paar Monate vor seinem Schmerzbeginn, sei sein Vater verstorben. Er habe nicht trauern können, denn seinen Vater habe er gehasst. Er habe den Vater vor allem prügelnd in Erinnerung, der habe unter Alkohol zuerst ihn, dann seine Mutter verprügelt, bis er mit etwa 17 zurückgeschlagen habe. Immer habe er versucht, die Mutter zu schützen vor dem Mann, der einerseits so männlich und mächtig war, beruflich, auch er Feuerwehrmann, ja auch erfolgreich, andererseits so brutal. Für Wärme, für Gefühle sei nur die Mutter da gewesen. Mit Beginn seiner Ausbildung sei er dann ausgezogen, habe versucht zur Mutter Kontakt zu halten, den Vater zu meiden, was ihm nicht gelang, auch die Mutter wurde ihm fern. Als der Vater dann krank wurde, als klar wurde, dass er sterben müsse, habe sich der Kontakt zur Mutter wieder stark intensiviert. Das habe wiederum seine Partnerin nicht verstehen können. Es habe mit ihr oft Streit gegeben, dann habe er auch da einmal zugeschlagen, weil er sich so in Aufruhr, überfordert gefühlt habe. Er habe sich entschuldigt, aber die Beziehung sei nie mehr gut geworden.

Die Angst – und damit der Druck, den der Schmerzpatient vermittelt – wird wahrscheinlich auch die Angst des ihm begegnenden Arztes befördern: Die Angst zu versagen, also nicht helfen zu können, die Angst, eigenen Ängsten zu begegnen. Eine Angst von Ärzten ist, vom Patienten als nicht professionell und damit als nicht souverän erlebt zu werden. Und die Beherrschung der Angst gelingt am besten, wenn der Arzt auf die professionell-technische Grundausstattung zurückgreift. Also: stark wirksame Medikamente, lange Nadeln (für Injektionen) und Infusionen. Obwohl also Ärzte große Angst haben, allein durch ihr ärztliches Auftreten, durch ihre Ruhe, ihre Kompetenz, ihre beruhigende Wirkung beim Patienten Erfolg haben zu können, also als Placebo durch Arztsein zu wirken, machen sie nichts anderes mit den langen Nadeln. Sie wirken als Placebo mit langen Nadeln.

Als der Vater gestorben war, habe er nur noch Schmerz gefühlt. Und niemand habe ihm helfen können, niemand habe ihn verstanden. Der Vater war weg, vieles sei nicht gesprochen gewesen. Höchstens habe es noch die Mutter gegeben, aber für die habe er seine Partnerin verloren. Dann die Kollegen, für die er der Chef gewesen sei. Und dann die Ärzte. Manche haben ihn an den Vater erinnert, so wenig habe er sich auch dort verstanden gefühlt.

Menschen mit Schmerzen erwarten medizinische Hilfe, die Medizin wendet sich den Hilfesuchenden mit diagnostischen und therapeutischen Angeboten zu. Dass Patienten geholfen wird, dass Ärzte anwenden, was Industrie und klinische Forschung entwickelt und untersucht haben, so wie Viktor von Weizsäcker ausführte: „Das ist eigentlich der Sinn der Berufswahl zum Arzt, dass man sich dem Schmerz zuwendet“.⁸ Doch dieses Verhältnis, das sich aus jeder einzelnen Arzt-Patient-Beziehung ergibt, zeigt eine erhebliche Dynamik: Die Ansprüche an Schmerzbefreiung oder zumindest Schmerzlinderung haben ebenso zugenommen wie die medizinischen Schmerz-Leistungen. Fast unbemerkt hat hierunter das gesellschaftliche Leiden unter Schmerz zugenommen.

Die Schmerzforschung hat uns mit der Erkenntnis des Schmerzgedächtnisses bedacht, also dass sich ein schlimmes Schmerzerleben in unser Gehirn einbrennen kann. Zwar wissen wir, dass Schmerz unter Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit und dem Gefühl des Ausgeliefertseins die Chronifizierung von Schmerzen begründet. Doch in merkwürdiger Verkürzung führt das Wissen um dieses so genannte Schmerzgedächtnis bei manchen Ärzten zur absonderlichen, aber irgendwie doch vermeintlich wissenschaftlich überhöhten Überzeugung, dass jeder Akutschmerz sofort mit stärkster medikamentöser Gegenmaßnahme eingedämmt werden soll, damit kein Schmerzgedächtnis entstehen kann. Und mancher Patient berichtet, vom Arzt gehört zu haben: „Wenn Sie so weitermachen, sitzen Sie bald im Rollstuhl.“ Vom Arzt, der helfen will, hörte er nichts als Angst.

Gefühle von Kränkung und Enttäuschung galt es mit Herrn M. zu entdecken. Vor seinen Gefühlen stand aber der Schmerz, mittlerweile betonierte mit Bandscheibenprothese und Morphium.

Der Anfang der Behandlung bei mir galt nur der Beziehungsgestaltung, die narzisstische Seele war zu achten, um Türen zu öffnen, um Wut, dann Trauer zu ermöglichen.

Danach war es nicht mehr schwierig, Medikamente zu reduzieren, Angst vor Bewegung zu überwinden, Bedürfnisse zu erkennen. Zum Ende der Therapie war das größte Hindernis, an den Arbeitsplatz mit Würde zurückzukehren, den Verlust des Ansehens als Feuerwehrmann zu verstehen, zu mentalisieren, neue Chancen zu erkennen. Sich im Innendienst nicht abgeschoben zu fühlen, Beziehungsbedürfnisse neu zuzulassen, sich nicht mehr verlassen zu fühlen.

Es geht also gar nicht nur um das Schmerzerleben. Dessen Bedeutung geht für jeden Betroffenen und für die Ärzte und damit für die Gesellschaft, in der wir leben, und für die (medizinischen) Strukturen, die wir uns geschaffen haben, weit über das einfache Descartes'sche Reiz-Antwort-Äquivalent hinaus:

Das Schmerzerleben hat immer einen Wahrnehmungsanteil, der uns mitteilt, wo die Reizung stattfindet, und immer einen Gefühlsanteil, der mit Unbehagen, Angst, Verlust verbunden ist. Beide Anteile werden in unterschiedlichen Bereichen unseres Gehirns vermittelt. Dies erklärt, dass vergleichbare periphere Reize interindividuell zu unterschiedlichem Schmerzerleben führen: Die Schmerzschwellen sind sehr unterschiedlich. Beispielsweise haben Sportler deutlich höhere Schmerzschwellen. Deutlich stärkere mechanische oder thermische Reize als bei körperlichen untrainierten Menschen werden als noch nicht schmerzhaft erlebt.⁹ Sogar intraindividuell werden Reize unterschiedlich wahrgenommen, können situativ Tageszeit, Hormonstatus, aber auch Ablenkung die Schmerzwahrnehmung modulieren. Noch bedeutender ist die präventive oder lindernde Wirkung positiver Grundüberzeugung („es wird schon gut werden“) bei chronischen Schmerzbedingungen. Ob Schmerzen zu Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, zur Handlungsunfähigkeit und damit zum dauerhaften Stresserleben führen, wird stark von Bindungserfahrungen der Kindheit und Jugend beeinflusst: Wer sicher gebunden aufwächst, Vertrauen zu eigenen Kompetenzen und zur Hilfe anderer entwickeln kann, ist deutlich stabiler beim Erleben, Umgang und Abwehren von Schmerzen, wer dagegen vernachlässigt oder gar traumatisiert wurde, wird auch als Erwachsener Schmerzen als Bedrohung empfinden, wird kaum mit Schmerz gut leben können, aber auch schlechter auf Hilfe anderer vertrauen können.¹⁰ Es gilt für diese Menschen, dass Schmerzen eine starke Gefährdung des Identitätsgefühls nach sich ziehen: „Der Schmerz, ein anschauliches Beispiel für den Einbruch des Es, hat entpersönlichende Wirkung“.¹¹

Auch das Phänomen des sozialen Schmerzes deutet in diese Richtung. Die US-amerikanische Psychologin Naomi Eisenberger hat mit Probanden immer wieder untersucht, wie sich soziale Isolation auf das Erleben körperlicher Schmerzreize auswirkt.¹² Beispielsweise hat sie gesunden Studien-

teilnehmern einen Film gezeigt: Sie sahen drei Kumpels, die sich einen Ball zuspielen. Während die Teilnehmer das sahen, wurden ihre Gehirnaktivitäten gemessen. Ein nettes Spiel. Doch plötzlich wurde der arme Kumpel unten am Bildrand nicht mehr einbezogen. Er wurde aus dem Spiel ausgeschlossen. Und was zeigten die Gehirnaktivitäten der Teilnehmer: Sie litten mit dem Kumpel, und dieselben Schmerzzentren, die auch beim Tritt gegen das Schienbein aktiv werden, wurden aktiviert. Das Gefühl des Ausgeschlossenseins steigert das Schmerzerleben, auch bei körperlichen Ursachen.

Aber wenn am Arbeitsplatz, in der Gesellschaft, zu Hause Ausgeschlossene, Gekränkte und Gemobbte Schmerz leiden, damit zum Arzt gehen, dort Medikamente oder Spritzen erhalten: Was soll damit wie behandelt werden? Wird hier nicht von der Medizin eine Leistung erbracht, die sie gar nicht erbringen kann? Wird die Medizin damit nicht zum falschen Ort der Suche nach Gemeinschaft und Seelsorge?

Im Schmerz steckt auch immer die Negation des Lebendigen, ein Widerspruch zu den Funktionen der Organe und zum Lebenswillen. Die im Schmerz gebrochene Funktion impliziert auch eine narzisstische Kränkung des Individuums, weil die Selbstbestätigung durch das Nichtleistenkönnen bedroht wird, gar beschädigt wird. Die Angst vor dieser Beschädigung wird durch die impliziten Angebote einer allmächtigen Medizin beruhigt. Die Angst vor dieser Beschädigung ist eine anthropologische Angst, die mit unserer Endlichkeit einhergeht. Wir alle kennen diese Angst, die durch Transzendierungen beruhigt werden kann. Mögen in früheren Generationen Glauben und Kirchengang geholfen haben, so steht Spiritualität in einer säkularen Gesellschaft immer weniger Menschen zur Verfügung. In der säkularen Gesellschaft müssen Erlösungssehnsüchte vom bedrohten Leben, damit auch vom Schmerz, zunehmend von der Medizin getragen werden. Und es ist nachvollziehbar, dass die Medizin, die so viel forscht und vermeintlich viel weiß, diese Bürde annimmt, auch wenn sie sich

an dieser impliziten Aufgabe, Erlösungssehnsüchte zu beruhigen, übernimmt.

Erlösungssehnsüchte auf der Patientenseite, Allmachtsphantasien auf der Arztseite und die mediale Inszenierung zur gesellschaftlichen Einbettung erklären letztlich, dass wir ständig Leistungen am schmerzenden Körper erhoffen und auch annehmen, Ärzte diese wiederum anbieten, obwohl es keine guten wissenschaftlichen Belege für deren Wirksamkeit gibt und das ärztliche Dogma „Primum nil nocere“, also alles zu unterlassen, was den Patienten schädigt, hintergangen wird.

Die Häufigkeit von Geburten unter Periduralanästhesie sind, wie auch Schmerzspritzen und der Wunsch nach Erklärung der Schmerzen durch Bilder, einem sozialen Konstrukt geschuldet. Eine ganze Gesellschaft ist überzeugt, dass es so sein soll, weil es sich damit vermeintlich mit Ängsten leichter leben lässt. Warum soll man etwas unter Schmerzen erdulden, wenn es auch ohne geht? Dass damit unsere Kunst, mit Alltagsschmerzen umzugehen, verloren geht, belegen die Daten zum zunehmenden Knieschmerz. Der Alltagsschmerz wird zum medizinischen Schmerz, zum schlimmen Schmerz, und jeder wird das Gefühl haben, dass er nicht an Alltagsschmerzen leide. Jeder Betroffene erlebt in seinen Schmerzen den Ausdruck des Besonderen und des Nichtalltäglichen.

Schmerzmedizin in schmerzfreien Krankenhäusern und schmerzfreien Städten macht ärztliches Handeln zur säkularen Folklore. Medizin kann nicht Erlösung von der Endlichkeit bieten, auch nicht vom Hinweis auf die Endlichkeit, der im Schmerz mitschwingt. Das soziale Konstrukt der Analgesie ist eine unauflösbare Bürde für die Möglichkeiten der Schmerzbehandlung im Speziellen und für das ärztliche Handeln im Allgemeinen, denn das stärkste Agens, die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen selbst, bleibt außer Acht. Zuletzt: Wir werden die Handlungsmöglichkeiten eines jeden Einzelnen nur nutzen können, wenn Menschen auch als Schmerzpatienten Autonomie behalten bzw. erlangen.

Herr M. hatte sich nicht mehr autonom gefühlt. Die Wut betraf ja nicht nur den Vater, sondern auch die Mutter, die ihn nicht erwachsen werden lassen wollte und die Beziehung des Sohnes nach dem Tod des Ehemannes zum Scheitern brachte. Kein Arzt konnte ihm ein guter Vater sein, niemand respektierte seine narzisstischen Fantasien des starken Feuerwehrmannes. Die Autonomie kam erst zurück, als er sich seiner Bedürfnisse bewusst werden durfte, ohne die Psychoprothese, die zunächst das übersteigerte männliche Selbstbild, dann den Schmerz, dann die Operation und das Morphinum bildeten. Der Einstieg ins Verstehen gelang mit der Lebensgeschichte.

Und wenn der Schmerzgeplagte dann doch den Arzt braucht, dann soll er in die Behandlung als aktiver Partner einbezogen werden. Eine dialogische Beziehung zwischen Arzt und Patient soll herrschen, wofür wir natürlich auch die Bedingungen in Krankenhäusern und Praxen brauchen. Es sollen seine Geschichten hinter den Schmerzen, seine Ängste und sein Verlust an guter Stimmung berücksichtigt werden. Und wenn der Patient im Schmerz sich und seine Bedürfnisse verstehen lernt, dann kann auch ein Weg gefunden werden, dann lassen sich vielleicht nicht alle, aber doch viele Schmerzen nachhaltig bessern – ohne Medikamente, ohne Spritzen, ohne Operation.¹³

Herr M. war bindungsvermeidend, er vertraute zwar seinen Kräften, aber nicht den Möglichkeiten der Anderen. Er konnte damit auch schlecht den Angeboten der Ärzte trauen. Als der Vater starb und die Mutter seine Beziehung in Gefahr brachte, waren seine Handlungskompetenzen ausgereizt. Die galt es wiederzuentdecken. Ohne seinen narzisstisch gekränkten Selbstwert anzurühren.

Dieser Zugang zum Schmerz entspricht einer alten hippokratischen Forderung:

„Das Leben ist kurz, die Kunst ist weit, der günstige Augenblick flüchtig, der Versuch trügerisch, die Entscheidung schwierig. Der Arzt muss nicht nur bereit sein, selber seine Pflicht zu tun, er muss sich auch die Mitwirkung des Kranken, der Gehilfen und der Umstände sichern.“¹⁴

Wir können den Schmerz also nicht durch immer mehr Schmerzmedizin eindämmen, sonst sind wir bei Hase und Igel immer der Hase. Der Kampf gegen die Lebensäußerung Schmerz durch Analgesie ist schon verloren, denn die Explosion des Einsatzes von Medikamenten und Operationen zeigt die Erfolglosigkeit der Aufrüstung in der Kampfzone. Wir brauchen erstens eine Entmedikalisierung und zweitens eine stärkere Einbeziehung der Handlungsmöglichkeiten der Patienten. Empathie ist also nicht, dem Patienten sein Geschäft mit dem Schmerz gänzlich abnehmen, sondern ihn unterstützen, es selbst zu machen. Nicht gut, gut genug reicht dabei, ist aber besser als getriebene Medikalisierung.

Referenzen

- 1 Probst M., *Der Drahtesel – die letzte humane Technik*, in: Ilundain-Agurruza J., Austin M. W., Reichenbach P., *Die Philosophie des Radfahrens*, Mairisch, Hamburg (2013), S. 29
- 2 Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, Editions Métailié, Paris (2000), S. 13
- 3 ebd., S. 29
- 4 Nguyen U. S., Zhang Y., Zhu Y., Niu J., Zhang B., Felson D. T., *Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data*, *Ann Intern Med* (2011); 155(11): 725-32
- 5 Le Breton D., siehe Ref. 2, S. 16
- 6 Illich I., *Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis*, Rowolt, Reinbek (1975)
- 7 Kendrick D., Fielding K., Bentley E., Kerslake R., Miller P., Pringle M., *Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial*, *BMJ* (2001); 322: 400-405
- 8 Weizsäcker, V. von, *Die Schmerzen* (1926). *Gesammelte Schriften* (GS), Bd. 5, S. 27-47, Suhrkamp, Frankfurt/M. (1987), S. 28
- 9 Tesarz J., Gerhardt A., Schommer Kai., Treede R. D., Eich W., *Alterations in endogenous pain modulation in endurance athletes: an experimental study using quantitative sensory testing and the cold-pressor task*, *Pain* (2013); 154(7): 1022-1029
- 10 Maunder R. G., Hunter J. J., *Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease*, *Psychosom Med* (2001); 63(4): 556-567; Meredith P. J., *Implications of adult attachment theory*

for chronic pain, Aust Occup Ther J (2008); 55(4): 297;
Davies K. A., Macfarlane G. J., McBeth J., Morriss R.,
Dickens C., *Insecure attachment style is associated with
chronic widespread pain*, Pain (2009); 143(3): 200-205

- 11 Le Breton D., siehe Ref. 2, S. 23
- 12 Eisenberger N., *The neural bases of social pain: evidence
for shared representations with physical pain*, Psychosom
Med (2012); 74(2): 126-135
- 13 Schiltewolf M., Buchner M., Heindl B., von Reu-
mont J., Müller A., Eich W., *Comparison of a biopsy-
chosocial therapy (BT) with a conventional biomedical
therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode
of sick leave: a randomized controlled trial*, Eur Spine J.
(2006); 15: 1083-1092
- 14 Hippokrates (ca. 400 vor Christus), aphorismi I.